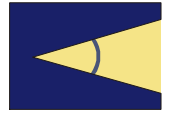


Europäisches **Observatorium**
für Gesundheitssysteme



Gesundheitssysteme im Wandel

Deutschland



Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme (European Observatory on Health Care Systems) ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine, in Assoziierung mit dem Open Society Institute.

Gesundheitssysteme im Wandel

Deutschland

2000

AMS 5012667 (DEU)

Ziel 19

2000

GESUNDHEIT 21 EUROPÄISCHES ZIEL 19 –**FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT**

Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“ fördern.

Schlüsselwörter

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

©Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2000

Dieses Dokument darf ohne Weiteres rezensiert oder in Kurzfassung wiedergegeben werden, allerdings nicht für kommerzielle Zwecke. Anträge auf vollständige oder auszugsweise Vervielfältigung sind an das Sekretariat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme unter folgender Adresse zu richten: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme begrüßt solche Anträge.

Die in diesem Dokument benutzten Bezeichnungen und die Darstellungen des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme von Seiten des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme oder seiner Partnerorganisationen bezüglich des rechtlichen bzw. verwaltungsmäßigen Status von Ländern, Territorien, Städten, Gebieten oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in diesem Dokument benutzten Bezeichnungen für Länder oder Gebiete entsprechen den im Zeitpunkt der Vorbereitung der Originalausgabe dieses Dokuments gültigen Bezeichnungen.

Die in diesem Dokument vorgetragenen Ansichten geben die Meinung der Autoren wieder und repräsentieren nicht unbedingt die Beschlüsse oder die erklärten Grundpositionen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme oder seiner Partnerorganisationen.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme

WHO-Regionalbüro für Europa

Regierung von Norwegen

Regierung von Spanien

Europäische Investitionsbank

Weltbank

London School of Economics and Political Science

London School of Hygiene & Tropical Medicine

in Assoziierung mit Open Society Institute

Inhalt

Vorwort	v
Danksagung	vi
Einführung und historischer Hintergrund	1
Einführende Übersicht	1
Historischer Hintergrund	8
Struktur und Management des Gesundheitssystems	23
Struktur des Gesundheitssystems	23
Planung, Regulierung und Management	32
Dezentralisierung des Gesundheitssystems	40
Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems	43
Finanzierung und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	43
Gesundheitsleistungen und Rationierung	47
Zusätzliche Finanzierungsquellen	50
Gesundheitsausgaben	56
Leistungserbringung im Gesundheitssystem	63
Öffentlicher Gesundheitsdienst	63
Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung	65
Stationäre Versorgung	67
Pflege und Langzeitversorgung	74
Personelle Ressourcen und Ausbildung	80
Arzneimittel	87
Technologiebewertung im Gesundheitssystem (Health Technology Assessment)	92
Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem	105
Budgetsetzung und Ressourcenallokation	105
Finanzierung von Krankenhäusern	106
Vergütung von niedergelassenen Ärzten	114
Reformen im Gesundheitssystem	119
Hauptziel: Kostendämpfung	119
Weitere Gesundheits(system)ziele – Gesundheit für alle	121
Inhalte der Reformgesetze	122
Schlussbemerkungen	131
Bibliographie	135

Vorwort

Die Profile „Gesundheitssysteme im Wandel“ (Health Care Systems in Transition „HiT“) sind länderspezifische Berichte, die eine analytische Beschreibung der einzelnen Gesundheitsversorgungssysteme und der laufenden bzw. geplanten Maßnahmen für Gesundheitsreformen liefern. Die HiTs sind ein Kernelement, das die Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme unterstützt.

Das Observatorium ist eine bisher einzigartige Partnerschaft des WHO-Regionalbüros für Europa, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine, in Assoziierung mit dem Open Society Institute. Diese Partnerschaft unterstützt und fördert eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik durch umfassende und genaue Analysen der Dynamik der Gesundheitsversorgungssysteme in Europa.

Mit den HiT-Profilen wird bezweckt, gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern und Analysten vergleichbare Informationen als Orientierungshilfe für die Entwicklung von Gesundheitssystemen und für Gesundheitsreformen in den europäischen Ländern wie auch außerhalb Europas an die Hand zu geben. Die HiT-Profile sind Bausteine, die verwendet werden können, um:

- Einzelheiten über unterschiedliche Ansätze bei der Finanzierung, Organisation und praktischen Durchführung von Gesundheitsdiensten zu erfahren;
- den Prozess und Inhalt von Programmen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung genau zu beschreiben;
- gemeinsame Aufgaben und Gebiete, die noch genauer analysiert werden müssen, herauszustellen;
- ein Werkzeug für die Verbreitung von Informationen über Gesundheitssysteme und dem Erfahrungsaustausch über Reformstrategien zwischen politischen Entscheidungsträgern und Analysten in den verschiedenen Ländern der Europäischen Region zu liefern.

Die HiT-Profile werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern der Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme erstellt. Hinsichtlich der größtmöglichen Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern, wurde ein standardisierter Rahmen und Fragebogen gewählt. Darin enthalten sind detaillierte Leitlinien und spezifische Fragen, Definitionen und Beispiele, als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eines HiT-Profiles. Quantitative Daten über Gesundheitsdienste basieren auf einer Reihe von unterschiedlichen Quellen, insbesondere auf 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 Erstellung der HiT-Profile bringt etliche methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen erst wenig Informationen über das Gesundheitsversorgungssystem und die Auswirkungen von Reformen vor. Die meisten Informationen in den HiT-Profilen basieren auf von einzelnen Experten in den betreffenden Ländern vorgelegtem und von einschlägigen Experten extern geprüftem Material. Nichtsdestotrotz können einige Aussagen und Beurteilungen durch individuelle Interpretation beeinflusst sein. Außerdem fehlt eine einheitliche Terminologie für die vielfältigen Systeme in der Europäischen Region; dementsprechend können die Aussagen u. U. unterschiedlich verstanden und interpretiert werden. Um das weitestgehend zu verhindern, wurde zwar ein Katalog von Definitionen abgestimmt, trotzdem können immer noch gewisse Diskrepanzen bestehen. Dieses Problem zeigt sich bei jedem Versuch, die Gesundheitssysteme miteinander zu vergleichen.

Die HiT-Profile bieten eine Fülle beschreibender, aktueller und vergleichender Informationen über Systeme der Gesundheitsversorgung, die es politischen Entscheidungsträgern sicherlich erleichtern, aus wichtigen Erfahrungen Lehren für ihre eigene nationale Situation zu ziehen. Die HiT-Profile bieten auch umfassende Informationen, auf die man sich bei eingehenden vergleichenden Analysen von Reformen stützen kann. Diese Serie wird laufend fortgeführt und erstreckt sich auf alle Länder Europas. Das Material wird in regelmäßigen Zeitabständen aktualisiert, so dass die Reformen längerfristig verfolgt werden können. 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 verfasst von Reinhard Busse (Leiter des Madrider Zentrums des European Observatory on Health Care Systems, vorher Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover) unter Mitarbeit von Annette Riesberg (Bundesministerium für Gesundheit, Bonn). Es wurde editiert von Anna Dixon (Londoner Zentrum des European Observatory on Health Care Systems). Die deutsche Übersetzung besorgte Thorsten Körner (Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover) mit Unterstützung von Ellen Nolte (London School of Hygiene & Tropical Medicine).

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme dankt Christa Altenstetter (Professorin für Politische Wissenschaften, The City University of New York) und Franz Knieps (AOK-Bundesverband) für die Durchsicht des HiTs und Verbesserungsvorschläge.

Die vorliegende Serie der HiT-Profile wurde von den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme vorbereitet.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme ist eine Partnerschaft zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science sowie der London School of Hygiene & Tropical Medicine in Assoziierung mit dem Open Society Institute.

Das mit der Erstellung der HiT-Profile befasste Team wird geleitet vom Vorsitzenden des Sekretariats, Josep Figueras, und von den Forschungsdirektoren Martin McKee, Elias Mossialos und Richard Saltman. Die technische Koordination obliegt Suszy Lessof. Die Redakteure der Serie sind Reinhard Busse, Anna Dixon, Judith Healy, Suszy Lessof, Ana Rico und Sarah Thornton.

Für administrative Unterstützung, Design und Anfertigung der Serie ist ein von Phyllis Dahl geleitetes Team unter Beteiligung von Myriam Andersen, Anna Maresso, Caroline White und Wendy Wisbaum verantwortlich.

Besonderer Dank geht an das WHO-Regionalbüro für Europa, aus dessen Datenbank „Gesundheit für alle“ Daten über Gesundheitsdienste bezogen wurden, ferner an die OECD für die Daten über Gesundheitsdienste in Westeuropa und an die Weltbank für die Daten über Gesundheitsausgaben in Mittel- und Osteuropa. Dank gebührt auch den nationalen statistischen Ämtern, die Daten zu den einzelnen Ländern zur Verfügung gestellt haben.

Einführung und historischer Hintergrund

Einführende Übersicht

Politischer und wirtschaftlicher Hintergrund

Die Bundesrepublik Deutschland hat eine Fläche von 356 978 km². Die größte Nord-Süd-Ausdehnung beträgt 876 km, von West nach Ost 640 km. Die Gesamtbevölkerung beträgt 82 Millionen (40 Millionen Männer und 42 Millionen Frauen), die Bevölkerungsdichte 230 Einwohner pro km² (Zahlen für 1998). Diese Zahl schließt über 7 Millionen Ausländer ein, von denen knapp über 2 Millionen Türken sind. Die Bevölkerung ist ungleichmäßig verteilt. Im westlichen Teil leben deutlich mehr Menschen als im östlichen Teil. Von 19 Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern befinden sich nur drei (einschließlich Berlin) im östlichen Teil Deutschlands. Die größte Stadt ist Berlin mit 3,5 Millionen Einwohnern. Weitere dichtbesiedelte Gebiete sind die Rhein-Ruhr-Region mit 11 Millionen Einwohnern und das Rhein-Main-Gebiet um Frankfurt (Abb. 1).

Deutschland ist eine föderale Republik, die aus 16 Bundesländern besteht (Abb. 2). Jedes dieser Länder hat eine eigene Verfassung, die mit dem auf republikanischen, demokratischen und sozialen Prinzipien fußenden Grundgesetz im Einklang stehen muss. Die vom Grundgesetz definierten gesetzgebenden Körperschaften auf der Bundesebene sind die beiden Kammern des Parlaments, Bundestag und Bundesrat.

Der Bundestag besteht aus 672 Mitgliedern, die alle vier Jahre gewählt werden. Seit 1998 regiert eine Mehrheit 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 Repräsentanten, sondern je nach Größe des jeweiligen Landes aus

Abb. 1. Karte von Deutschland¹

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

¹ Die Karten in dieser Publikation drücken in keiner Weise Meinungen des European Observatory on Health Care Systems oder seiner Partnerorganisationen hinsichtlich des rechtlichen Status von Ländern, Territorien, Städten, Gebieten oder ihrer Regierungen oder des Verlaufes von Grenzen aus.

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 durch beide Kammern verabschiedet werden.

Der Bundespräsident (gegenwärtig Johannes Rau) wird von der Bundesversammlung, bestehend aus den Mitgliedern des Bundestages und einer an der Bevölkerung der Bundesländer angepassten Zahl 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.

Abb. 2. Politische Karte von Deutschland mit seinen Bundesländern²



² Die Karten in dieser Publikation drücken in keiner Weise Meinungen des European Observatory on Health Care Systems oder seiner Partnerorganisationen hinsichtlich des rechtlichen Status von Ländern, Territorien, Städten, Gebieten oder ihrer Regierungen oder des Verlaufes von Grenzen aus.

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

- ausschließliche
- konkurrierende
- Rahmengesetzgebung.

Exklusiv dem Bund vorbehaltene Bereiche sind internationale Beziehungen, Verteidigung, Währungsangelegenheiten, Luftfahrt und einige Elemente der Besteuerung. 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. Wenn die Länder dem Bund das Recht einer Rahmengesetzgebung zugestehen, behalten sie dennoch eine wesentliche legislative Mitbestimmung. Dies trifft insbesondere auf die Bereiche höhere Bildung, Naturschutz, Landschaftsgestaltung, Regionalplanung und Wasserwirtschaft zu. Die Länder können weiterhin alle nicht durch das Bundesgesetz geregelten Bereiche gestalten. So sind sie verantwortlich für Erziehung und Kultur 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 innere Verwaltung 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.

Das Kabinett der Bundesregierung besteht aus dem Bundeskanzler (seit 1998 Gerhard Schröder) als Regierungsoberhaupt und den Bundesministern. Der Kanzler wählt seine Minister und schlägt sie dem Bundespräsidenten zur Benennung oder Entlassung vor. Er legt ebenfalls die Zahl der Minister und ihre Verantwortungsbereiche fest. Der Kanzler hat eine mächtige Position, insbesondere da er die Richtlinien der Regierungspolitik festlegt. Die Bundesminister leiten ihre Ministerien unabhängig, aber innerhalb dieser Richtlinien.

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

Deutschland ist Mitglied der G7-Gruppe der führenden Industrienationen. Das Bruttoinlandsprodukt belief sich 1998 auf insgesamt 3 784 Milliarden

DM oder 46 100 DM pro Kopf. Die deutsche Industrie ist stark exportorientiert. Das wirtschaftliche Hauptproblem ist die hohe Arbeitslosenquote. In den fünf neuen Bundesländern ging im Gefolge des Wandels zur sozialen Marktwirtschaft zwischen 1989 und 1994 die Zahl der Beschäftigten um 3,5 Millionen auf 6,3 Millionen zurück. Etwa 4,1 Millionen Personen waren 1999 durchschnittlich arbeitslos, was einer Arbeitslosenquote von 10,5% entsprach. Diese Zahl ist in den neuen Bundesländern mit 17,6% doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern. Sie schwankt regional stark zwischen 13,9% und 22,9% in den neuen Bundesländern und 3,3% und 15,4% in den alten Bundesländern.

Gesundheitsstatus

Aussagefähige Morbiditätsdaten für die deutsche Bevölkerung zu erhalten, ist nicht einfach. Die wichtigste Informationsquelle ist der zweijährlich erscheinende Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheitsbericht, der erstmals 1998 veröffentlicht wurde. Letzterer Report wird regelmäßig aktualisiert und um spezielle zusätzliche Berichte ergänzt werden. Eine weitere Quelle ist die Krankenhaus-Diagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes, das seit 1993 Daten zur Verfügung stellt. Andere Morbiditätsdaten stammen aus statistischen Untersuchungen der Krankenkassen zu hospitalisierten Patienten, Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen, Daten der Rentenversicherungsträger über rehabilitative Maßnahmen, Krebsregistern, Dokumentationsbögen für präventive Maßnahmen und speziellen Studien. Ein bundesweiter periodisch stattfindender Mikrozensus sammelt Daten zum subjektiven Gesundheitszustand in einer kleinen repräsentativen Stichprobe. Dem Mikrozensus von 1995 zufolge betrachten sich etwa 8,4 Millionen Bundesbürger als krank und weitere 0,7 Millionen wurden durch Unfälle verletzt. Insgesamt wurden so 9,1 Millionen (12,3%) der Gesamtbevölkerung als „nicht gesund“ klassifiziert. 1995 trat das Krebsregistergesetz in Kraft. Danach musste jedes Bundesland bis 1999 ein Krebsregister einrichten. Bis diese Register arbeitsfähig sind, kann die Krebsinzidenz und -prävalenz nur geschätzt werden (mit Ausnahme von Krebserkrankungen von Kindern und den Krebsregistern einiger weniger Bundesländer).

Mortalitätsdaten sind zuverlässiger. Diese Daten entstammen den Todesursachenstatistiken der einzelnen Bundesländer und der des Statistischen Bundesamtes. 1998 starben 852 400 Menschen (bei 785 000 Lebendgeburten). Die häufigsten Todesursachen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (etwa 50% aller Todesfälle) und maligne Tumoren (etwa 25%).

Zum Zwecke internationaler Vergleiche kann der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung durch einige Indikatoren illustriert werden. Die

Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen und nicht-malignen Lungenerkrankungen liegt in Deutschland deutlich über dem europäischen Durchschnitt. Im wiedervereinigten Deutschland von 1991 lag die Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren jeweils etwas unter dem EU-12³-Durchschnitt (zuvor hatte Westdeutschland den Abstand zum EU-Durchschnitt kontinuierlich verringert). Säuglings- und Müttersterblichkeit liegen unter dem europäischen Durchschnitt. Sterberaten (standardisiert auf die europäische Bevölkerung) lagen über dem europäischen Durchschnitt für Krankheiten des Kreislaufsystems (74,1 gegenüber 62,4/100 000 für Menschen unter 65 Jahren), für Selbstmord und selbst zugefügte Verletzungen (15,4 gegenüber 11,7 für alle Altersgruppen). Sie lagen im EU-Durchschnitt für bösartige Neubildungen und alle äusseren Ursachen für Unfälle und Vergiftungen. Standardisierte Sterberaten für Verkehrsunfälle lagen unter dem EU-Durchschnitt (12,9 gegenüber 14,1 für alle Altersgruppen), bleiben jedoch ein Problem in den neuen Bundesländern, besonders unter jungen Männern. Die Rate der HIV-Neuinfektionen ist seit Beginn der 1990er Jahre stabil und gehört zu den niedrigsten in der EU (1996 etwa 2,5 neue Fälle/100 000/Jahr); dies könnte einer konzertierten Präventionsstrategie zugeschrieben werden. Die Zahngesundheit in Deutschland bleibt problematisch mit einem der höchsten DMFT-Indizes (decayed, missing and filled teeth) für 12-Jährige in der EU. Deutsche konsumieren mehr Zigaretten und Alkohol als der europäische Durchschnitt.

Die Situation der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland kann vor dem Hintergrund einer 40-jährigen politischen und geographischen Teilung als eine interessante Fallstudie für Änderungen im Gesundheitszustand durch politische, soziale und wirtschaftliche Faktoren in einer ansonsten homogenen Bevölkerung analysiert werden. Der offenkundigste Indikator unterschiedlicher Bevölkerungsgesundheit in den alten Bundesländern verglichen mit den neuen ist die Lebenserwartung bei Geburt. Diese nahm initial in Ostdeutschland schneller zu (ausgehend von einem etwas höheren Ausgangswert), stagnierte aber in den 1960er Jahren. In Westdeutschland nahm die Lebenserwartung bei Geburt seit den 1960er Jahren kontinuierlich zu. Zwischen 1980 und 1990 vergrößerte sich der Unterschied in der Lebenserwartung, besonders für Männer (siehe Tabelle 1). Nach McKee et al. (1996) ist dies unter anderem auf unterschiedliche Ernährung, bessere Lebensbedingungen in Westdeutschland, unterschiedlichen Zugang zu hochtechnisierter Gesundheitsversorgung und bessere Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen in Westdeutschland sowie eine selektive Abwanderung von Rentnern von Ost nach West zurückzuführen.

³ Der Ausdruck EU-12 bezieht sich auf die 12 Mitglieder der Europäischen Union 1991.

Tabelle 1. Lebenserwartung bei Geburt im westlichen und östlichen Deutschland 1950–1996 (in Jahren)

	Männlich			Weiblich		
	West	Ost	Ost-West Differenz	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	72,7	69,2	-3,5	79,2	76,3	-2,9
1992/94	73,4	70,3	-3,1	79,7	77,7	-2,0
1995/97	74,1	71,8	-2,3	80,2	79,0	-1,2

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes 1999 und früher.

Seit der Wiedervereinigung hat sich der Unterschied in der Lebenserwartung zügig verringert, insbesondere bei Frauen. Es ist nicht wahrscheinlich, dass dies auf Entwicklungen vor 1990 zurückzuführen ist. Unter den Veränderungen nach 1990 könnten die folgenden Faktoren teilweise ursächlich für die Angleichung der Lebenserwartung in den neuen Bundesländern an diejenige in den alten Bundesländern sein:

- die Übernahme des westdeutschen Sozialversicherungssystems
- die Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystems (siehe folgende Abschnitte)
- größere persönliche Freiheit (jedoch verbunden mit höherer Arbeitslosigkeit)
- verbesserter Umweltschutz.

Bestehende Gesundheitsprobleme (im wiedervereinigten Deutschland) sind im wesentlichen verbunden mit der Altersstruktur und demographischen Entwicklungen in der deutschen Bevölkerung. Wichtige derzeitige demografische und gesundheitsbezogene Trends sind die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte, der chronisch-degenerativen Erkrankungen, wachsende Erwartungen an medizinische und begleitende Versorgung sowie Anreize für eine übermäßige Nutzung der Gesundheitseinrichtungen. Zusätzlich verlagert sich das Verhältnis der Bevölkerungsanteile älterer Menschen zu Menschen im Erwerbsalter dergestalt, dass die Einnahmen der Sozialversicherung weiter zurückgehen.

Zu erwartende Veränderungen der Bevölkerungsstruktur werden zu einer mäßigen Zunahme des Bedarfs älterer Personengruppen an therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen führen. Der damit verbundene Wandel der Morbidität wird weniger kurative Behandlungen nach sich ziehen. Es steht zu erwarten, dass zusätzlicher Bedarf an Behandlungseinrichtungen 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 Koronar- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und Unfälle.

Historischer Hintergrund

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

Aufstieg, Kontinuität und Vorherrschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der Aufstieg des modernen deutschen Gesundheitssystems beginnt 1883 mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Parlament. Deutschland wird als das erste Land angesehen, das ein nationales Sozialversicherungssystem eingeführt hat. In den folgenden Jahrzehnten wurde das sogenannte Bismarck'sche System auf die Bereiche Arbeitsunfälle (1884), Alter und Erwerbsunfähigkeit (1889), Arbeitslosigkeit (1927) und kürzlich Pflegebedürftigkeit (1994) ausgeweitet. Die Vorherrschaft und strukturelle Kontinuität des Sozialversicherungssystems stellt nach wie vor eine wesentliche Charaktereigenschaft des deutschen Gesundheitssystems bis zum heutigen Tag dar.

Wurzeln der Sozialversicherung sind die genossenschaftlichen Hilfseinrichtungen der Gilden, die im ausgehenden Mittelalter entstanden. Im 19. Jahrhundert übernahm die wachsende Industriearbeiterklasse 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 industriellen Revolution die ohnehin schon erbarmungswürdigen Lebensbedingungen,

insbesondere der in Städten lebenden Arbeiterklasse. Die Regierung reagierte auf zunehmende Arbeiterproteste 1878 mit Verboten sozialistischer und kommunistischer Organisationen, einschließlich der Gewerkschaften. Fünf Jahre nach der Vereinigung der deutschen Länder erließ die Regierung 1876 nationale Vorgaben über Mindestabgaben und -leistungen, sprach sich jedoch gegen gesetzliche Pflichtabgaben aus. Der Kaiser erklärte 1881 soziale Wohlfahrt für die Armen als einen wesentlichen Faktor im Überleben der Nation inmitten einer feindlichen Umwelt. Von paternalistischen, wirtschaftlichen und militärischen Motiven geleitet schlug Reichskanzler Bismarck 1881 die Einrichtung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht vor. Landesregierungen, liberale Mitglieder des preußischen Parlamentes sowie Vertreter aus Wirtschaft, Landwirtschaft und Kirchenkreisen wandten sich gegen ein steuerfinanziertes System und den damit einhergehenden wachsenden Einfluss der Reichsregierung.

Die Gesetzgebung von 1883 stellt einen Kompromiss zwischen diesen Interessengruppen dar, wurde jedoch von Linksliberalen und Sozialdemokraten abgelehnt. Sie richteten sich gegen die Politik von Zuckerbrot und Peitsche und sprachen sich für politische Partizipation von Arbeitern und für besseren Arbeitsschutz in der Industrie aus. Diese Forderungen wurden erst ab den 1890er Jahren schrittweise eingelöst.

Das Gesetzeswerk baute auf existierenden Ortskrankenkassen und berufsbezogenen Krankenkassen (Bergbau, Innungen, Betriebe) auf. Krankenversicherungspflicht wurde für Arbeiter bestimmter Industriezweige mit Stundenlohn oder bis zu einem gewissen Einkommen eingeführt. Sie hatten zwei Drittel der Beiträge zu zahlen, während die Arbeitgeber ein Drittel tragen mussten. Darüber hinaus waren die beiden Opponenten im Klassenkonflikt berechtigt und verpflichtet, gemeinsam in gewählten Vertretungen gemäß ihres 2:1-Beitragverhältnisses teilzunehmen. Kassenmitglieder hatten Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in Höhe von 50% ihres Regeleinkommens bis zu einer Dauer von 13 Wochen, auf Erziehungsgeld und Sterbegeld. Zusätzlich wurde ein Mindestmaß primärer Versorgung einschließlich Medikamenten sichergestellt, während die Erstattung stationärer Aufenthalte von den Kassen auf Einzelfallbasis entschieden werden konnte. Die Kassen waren gemeinnützige Einrichtungen. Anfänglich stand ihnen die Auswahl der Leistungserbringer (Ärzte oder andere medizinische Berufsgruppen) und die Vertragsgestaltung frei. Die Rolle der Reichsregierung und des Parlaments beschränkte sich auf die Festlegung der Sozialpolitik und des rechtlichen Rahmens für die ansonsten selbstverwalteten Krankenkassen, die von regionalen Regierungen beaufsichtigt wurden.

Für soziale Pflichtversicherung zur Abdeckung arbeitsbedingter Unfälle und dadurch bedingter Invalidität übernahmen die Arbeitgeber 100% der Beiträge;

dafür übernahmen sie die gesetzliche Unfallversicherung in eigene Hände, anstatt sie an Dritte abzutreten. Um nicht die Kosten im Versicherungsfall zahlen zu müssen, führten sie zunehmend Maßnahmen und Kontrollen der Unfallverhütung ein. Die gesetzliche Rentenversicherung, in die Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen einzahlten, stellte für Gesundheitsleistungen nach dem Prinzip „Rehabilitation vor Kompensation (= Erwerbsunfähigkeitsrente)“ bereit. Rehabilitative Maßnahmen, beispielsweise für Tuberkulosepatienten, wurden von den meisten zahlenden Institutionen wie Krankenkassen und Gemeinden direkt in Form stationärer Behandlungen in ländlichen Einrichtungen übernommen. Dies führte zu der heterogenen Entwicklung der rehabilitativen Versorgung und der zunehmenden Popularität von Kurbehandlungen, die ihrerseits eine institutionelle Nische bildeten, z.B. für natürliche Heilmethoden und Therapien (die heute der Alternativmedizin zugerechnet werden).

Während der 1880er Jahre boykottierten zahlreiche Arbeiter die gesetzlichen Krankenkassen und unterstützten statt dessen selbstorganisierte Kassen (sogenannte Ersatzkassen). Diese Kassen waren selbstverwaltet und vollständig unter der Aufsicht der Arbeiter. Als diese Option in den frühen 1890er Jahren eingeschränkt wurde, gelang es der Sozialdemokratischen Partei, die Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Krankenkassen zu einem ihrer Machtzentren zu machen. 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 Ersatzkassen versorgten zusehends fast ausschließlich Angestellte (bis 1995). Obwohl die Beiträge der Ersatzkassen nun mit den Arbeitgebern geteilt wurden, blieb die Vertretung bis heute vollständig in Hand der Arbeitnehmer. Die Reichsversicherungsordnung von 1911 stiftete ein gemeinsames rechtliches Fundament für die Sozialversicherung; die Ausführungen zur Krankenversicherung blieben, mit Veränderungen, bis 1988 erhalten. Vorschriften bezüglich Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft sind sogar noch heute geltendes Recht.

Zwischen 1880 und 1883 verdoppelte sich die Zahl der Pflichtversicherten. In den folgenden Jahrzehnten weitete sich der Kreis der gesetzlich Krankenversicherten von 10% im Jahr 1883 auf 88% der Bevölkerung in Westdeutschland im Jahr 1987 (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte) und 100% der ostdeutschen Bevölkerung im Jahr 1949 aus. Das nationale Krankenversicherungssystem der DDR wurde mit der Wiedervereinigung 1990 vom westdeutschen System 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 auch soziale Gruppen wie Arbeitslose, nicht erwerbstätige Familienmitglieder, Rentner, Studenten und Behinderte, die in vielen europäischen Ländern durch öffentliche Einrichtungen finanziert und/oder versorgt werden.

Beiträge und Ausgaben nahmen während des 117-jährigen Bestehens der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu. Dies war bedingt durch Ausweitung des Leistungskataloges – häufig infolge von (Sozial-)Gerichtsentscheidungen – aufgrund staatlicher Verfügungen, insbesondere aber durch Entscheidungen der Selbstverwaltung der Kassen bzw. gemeinschaftliche Beschlüsse mit den Ärzten. Während die gesetzliche Krankenversicherung initial vordringlich die Verarmung infolge von Krankheit verhindern sollte, erstattete sie in zunehmenden Maße Behandlungen und Verordnungen von spezialisierten Leistungsanbietern. Dies spiegelt sich in der Verlagerung von Geld- zu Sachleistungen wider. Dieser Trend beschleunigte sich nach 1969, als in Westdeutschland die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall während der ersten sechs Wochen durch Arbeitgeber eingeführt wurde.

Bei der Betrachtung der gestiegenen Ausgaben sollte nicht übersehen werden, dass die direkte Koppelung von Beiträgen mit laufenden Ausgaben eine solide Basis für die Finanzierung des Gesundheitssystems über zwei Weltkriege, die Geldentwertung von 1923, die Wirtschaftskrise von 1929 und die Währungsreform von 1948 hinweg bot.

Kollektive Erfolge der medizinischen Profession über Krankenkassen und andere Berufsgruppen

Die Verlagerung von Geld- zu Sachleistungen korrespondierte mit einer wachsenden Zahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen. Dies reflektiert auch eine übergeordnete gesellschaftliche Entwicklung der Industriegesellschaft im 19. Jahrhundert mit zunehmender Professionalisierung und Arbeitsteilung. 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 Zahl der pflichtversicherten Patienten, der beschränkte Zugang von Versicherten zu Ärzten, die Abhängigkeit der von Arbeitern dominierten Krankenkassen und der damit einhergehende niedrige soziale Status der Ärzte sowie die Verdoppelung der bevölkerungsbezogenen Ärztezahls zwischen 1887 und 1927. 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 gleichlautenden Forderungen zu bewegen. Am erfolgreichsten war der 1900 gegründete *Leipziger Bund*, später nach seinem Gründer *Hartmann-Bund* genannt, dessen Mitgliederzahl von ursprünglich 21 Ärzten 1910 auf fast 75% aller deutschen Ärzte anwuchs.

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 kassenzugelassenen Ärzte – 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 Kommissionen zwischen Ärzten und 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 musste von allen Kassen kollektiv abgestimmt werden.

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. Die Regierung reagierte auf die Streiks und richtete den Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen (der heute in Form des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen weiterbesteht) als gemeinsame verantwortliche Körperschaft zur Regelung des Leistungsumfangs und der ambulanten Versorgung ein.

Notverordnungen während der wirtschaftlichen und politischen Krisen der frühen 1930er Jahre führten zu Zuzahlungen für Patienten, zur Kontrolle der niedergelassenen Ärzte durch den ärztlichen Dienst der Krankenkassen und zu einem Arzt zu Kassenmitglieder-Verhältnis von 1:600. Dafür erhielten die niedergelassenen Ärzte das Monopol auf die ambulante Patientenversorgung (1931), für das sie jahrzehntelang gefochten hatten. Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen 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, Krankenhausärzte, Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und andere Heilberufe dar.

Nichtärztliche Berufsgruppen (wie Hebammen und Pflegekräfte) waren bereits seit 1854 durch staatliche Verordnungen der Ärzteschaft untergeordnet worden. Ihre Autonomie wurde jetzt noch weiter eingeschränkt, indem ihnen verboten wurde, direkt mit den Krankenkassen Verträge abzuschließen. Wenngleich Vertreter der Naturheilkunde während der ersten Jahre des nationalsozialistischen Regimes ideologisch unterstützt wurden, endete ihr Status als freie Berufsgruppe im Jahr 1939, als ihre Zulassung und Praxis unter Kontrolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes gestellt wurden. 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 Krankenhäuser, ambulante Patienten zu behandeln.

Das ambulante Versorgungsmonopol für niedergelassene Ärzte trug substantiell zur Trennung vom stationären Sektor und der Marginalisierung öffentlicher Gesundheitsdienste bei. Die Spaltung ambulanter und stationärer

Versorgung wurde auch verstärkt durch die zügige Ausweitung und Spezialisierung der Akutkrankenhäuser, in der seit den 1920er Jahren die Mehrzahl des Personals vollzeitbeschäftigt war. Zwischen 1885 und 1938 verdreifachte sich die Zahl der Krankenhausbetten verdreifachte auf 107 pro 100 000 Einwohner. Die Trennung der Verantwortlichkeiten für Finanzierung und Planung zwischen den Verbänden der Ärzte und der Krankenkassen und den öffentlichen Einrichtungen auf staatlicher und Gemeindeebene mit ihren jeweiligen Traditionen und rechtlichen Bestimmungen trug ebenfalls zur sektoralen Spaltung bei.

Ein weiterer Faktor in der Trennung ambulanter und stationärer Versorgung war die frühe ärztliche Professionalisierung und Spezialisierung. Seit den 1880er Jahren hatten nationale und regionale Institutionen die Pionierrolle deutscher Ärzte in der naturwissenschaftlichen Forschung in der Medizin. Um die Jahrhundertwende wurden in 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. Die medizinische Ausbildung und Weiterbildung blieb naturwissenschaftlich ausgerichtet und auf Krankenhäuser beschränkt, wie es noch immer der Fall ist. Der außergewöhnliche Spezialisierungseffekt war ein Resultat dieser Trends und des Wettbewerbs mit anderen Berufsgruppen um Einkommen und Betätigungsfelder. Im weiteren Verlauf sollten Spezialisierung und Professionalisierung (inklusive Vollzeitbeschäftigung und Einrichtung eigener Fachverbände) die Rivalitäten innerhalb der Berufsgruppe zuspitzen. Dies trifft sowohl auf das Verhältnis zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten, als auch auf das zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten zu.

Kontinuität und Wandel in der nationalsozialistischen Ära

Während des nationalsozialistischen Regimes blieben die fundamentalen Strukturen der medizinischen Versorgung und ihrer Finanzierung bestehen.

Die regionalen und die neu geschaffenen nationalen Ärzteverbände wurden als Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert (1934). Ihnen wurde auch das Recht zugestanden, niedergelassene Ärzte ohne Verhandlung mit den Krankenkassen zuzulassen. Im Gegenzug wurde den Ärzten untersagt, zu streiken, und sie wurden mit der Notfallversorgung sowie der Verwaltung und Aufsicht der niedergelassenen Ärzte betraut. Während des Krieges wurde der Versichertenkreis der sozialen Krankenversicherung auf Rentner ausgeweitet (1941).

Im Gegensatz zu der strukturellen Kontinuität standen das Management der Gesundheitsversorgung und die veränderten Machtverhältnisse zwischen den

Hauptakteuren während der Zeit des Nationalsozialismus. 1933 wurden jüdische und sozialistische Angestellte und die Mehrheit der Arbeitervertreter aus den Krankenkassen ausgeschlossen. Krankenkassen (1934), Gesundheitsämter (1935), nichtstaatliche Wohlfahrtsorganisationen und solche, die in der Gesundheitserziehung und der Selbstorganisation der Gesundheitsberufe tätig waren (1933–1935) wurden zentralisiert und einem Leiter unterstellt, der von der NSDAP benannt wurde (*Führerprinzip*). Die Selbstverwaltung wurde von ernannten Mitgliedern der NSDAP durchdrungen. Die Partizipation von Arbeitern und Angestellten wurde auf die eines Beirates beschränkt. Zusätzlich wurde Ärzten und Gemeinden gestattet, Vertreter zu entsenden.

Für die jüdische Bevölkerung und andere von den Nationalsozialisten stigmatisierte Gruppen wurde der Zugang zur medizinischen Versorgung zusehends eingeschränkt oder verwehrt. Dies war Bestandteil der faschistischen Politik des Ausschlusses aus dem gesellschaftlichen Leben, der Verschleppung und Ermordung in Konzentrationslagern. (Während des Zweiten Weltkrieges erfuhren auch die übrige Zivilbevölkerung und Soldaten Einschränkungen ihres Rechtes auf gesundheitliche Versorgung, die sie durch gesetzliche oder private Krankenversicherung erworben hatten.) Nach 1933 wurden öffentliche Mittel aus Sozialfürsorge, Wohlfahrtspflege und Gesundheitserziehung für die Zwecke der Rassenhygiene, der Eugenik und der sozialen Kontrolle missbraucht.

Die Arisierung des Gesundheitssystems beinhaltete, dass ein Viertel der Krankenkassenangestellten und ein Drittel der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst 1933 entlassen wurden. Jüdischen Ärzten wurde 1933 verboten, Kassenpatienten zu behandeln; ab 1937 durften sie nur noch jüdische Patienten behandeln und 1938 wurde ihnen ein generelles Berufsverbot erteilt. Damit waren 12% der Ärzte in Deutschland (und 60% der in Berlin praktizierenden Ärzte) aus der medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Die Mehrheit der Ärzteschaft, der Berufsgruppe mit dem höchsten NSDAP-Mitgliederanteil, begrüßte den Ausschluss der jüdischen Ärzte und profitierte von dem höheren Anteil an Einkommen und Patienten. Darüber hinaus verlagerten sich die Machtverhältnisse weiter von den Kassen zu den Ärzten.

Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg

Nach dem Fall des Dritten Reiches am 8. Mai 1945 wurde das Gesundheitswesen in Deutschland, genau wie alle anderen Gesellschaftsbereiche, in zwei gegensätzliche Systeme aufgespalten. 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 vereinigt wurden. 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 ganz Westdeutschland begrenzen wollten. Die Amerikaner beschränkten sich auf kurzfristige Strategien, versuchten vergeblich eine Public Health Schule aufzubauen und blockierten die Wiedereinführung des Ärztemonopols bis in die 1950er Jahre.

Das nationale Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik (DDR)

Die sowjetische Besatzung nahm demgegenüber von Anfang an einen stark interventionistischen Kurs. Sie verfolgten eine autoritäre Strategie in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und führten gegen den Widerstand der Ärzte schrittweise ein zentralistisches Gesundheitssystem ein. Sie benannten 60 Gesundheitsexperten, um bei der Gestaltung eines neuen Modells beraten zu werden. Dieses Modell wies Elemente der Sozialhygiene und der kommunalen Gesundheitsdienste der Weimarer Republik und Einflüsse von zurückgekehrten Emigranten aus Großbritannien, Schweden und der Sowjetunion auf. Die dortigen Gesundheitssysteme waren von deutschen Ärzten beeinflusst worden, die in den 1920er Jahren emigriert waren.

Das resultierende DDR-Gesundheitssystem unterschied sich von dem der Sowjetunion durch seine strukturelle Trennung der ambulanten und stationären Versorgung, obwohl die Bereiche vielfältig kooperierten und räumlich beieinander lagen. Das Prinzip der Sozialversicherung wurde *de-jure* erhalten und Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilten sich die Beiträge. Die Verwaltung wurde auf zwei große Krankenkassen konzentriert: eine für Arbeiter (89% der Versicherten) und eine für andere Berufsgruppen, Mitglieder landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften, Künstler und Selbständige (11%). *De-facto* war die Rolle des Sozialversicherungssystems allerdings stark eingeschränkt. Wie in den meisten sozialistischen Ländern war das Personal im Gesundheitswesen staatlich angestellt. Die ambulante Versorgung wurde zu einem kleinen Teil in Einzelpraxen, überwiegend jedoch in gemeinde- und betriebsbasierten Ambulatorien geleistet, die multidisziplinär ärztlich und mit Vertretern anderer Heilberufe ausgestattet waren. Gemeinden leisteten präventive Dienste, Gesundheitserziehung, Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder und spezialisierte Versorgung für chronische Erkrankungen wie Diabetes

oder psychiatrische Erkrankungen. Diese Einrichtungen wurden ergänzt durch umfassende staatliche Unterstützung für Wohnraum, Kinderbetreuung und Krippen, was auch der Vermehrung von Bevölkerung und Arbeitskräften dienen sollte.

Auf diese Weise wurde ein Gesundheitssystem errichtet, das die politische Linke zumindest bis in die 1960er Jahre auch für Westdeutschland und in vielen westeuropäischen Ländern anstrebte. Durch unzureichende Finanzierung und Investitionen, Mangel an Personal und modernen Technologien und durch Qualifikationsmängel fielen Qualität und Modernisierungsgrad des DDR-Gesundheitssystems seit den 1970er Jahren jedoch schrittweise hinter den Standard westlicher Industrienationen zurück. Kurz nachdem die nationale Gesundheitsversammlung 1989 eine grundlegende Gesundheitsreform mit erhöhten Investitionen und personellen Ressourcen beschlossen hatte, beendete der Fall der Berliner Mauer die politische Souveränität der DDR.

Fortführung des Sozialversicherungssystems 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 hatten. 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 gleichmäßig geteilt, was auch für die Vertretung in der Selbstverwaltung galt (mit Ausnahme der Ersatzkassen). Die Versicherung arbeitsbedingter Unfälle und Invalidität 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 erteilt mit den zugehörigen Rechten und Pflichten. 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 konstitutionellem Recht erklärt hatte.

Der Zeitraum von 1955 bis 1965 ist charakterisiert worden als eine Periode der Auseinandersetzungen um strukturelle Reformen mit Zielsetzung der Kostendämpfung, die von einer Koalition von Ärzten, Krankenkassen, Medien und Medizinproduktehersteller unterlaufen wurde. Zwischen 1965 und 1975 nahmen die Kosten für das Gesundheitswesen drastisch zu, basierend auf Wirtschaftswachstum, steigenden Preisen und Gehältern (dies schloss die Säkularisierung des Krankenhauspersonals ein), demografischen Trends, zusätzlichen kostenintensiven Technologien und der Modernisierung und Ausweitung der Gesundheitsdienste. Niedergelassene Ärzte entwickelten ein immer ausgefeilteres System der Einzelleistungsabrechnung. Neue Leistungen der sekundären Prävention und teilweise der Arbeitsmedizin wurden den niedergelassenen Ärzten zugewiesen, was den Gemeinden Gelder für Gesundheitsämter sparte, zugleich aber deren Rolle im Gesundheitssystem einschränkte.

Die 1970er Jahre waren auch geprägt durch reformorientierte Sozialpsychiatrie und Pflegedienste, die im wesentlichen durch gemeinnützige Einrichtungen auf Gemeindeebene geleistet wurden. Auch wurden in diesem Zeitraum neue Mitgliedergruppen in die GKV aufgenommen (z.B. Bauern, Behinderte und Studenten). Die Rollen von Bundesländern und Krankenkassen in der Krankenhausfinanzierung wurden 1972 in Richtung einer dualen Finanzierung geklärt und festgeschrieben. Danach zahlen die Krankenkassen für Leistungen und Personal, während die Länder die Investitionen tragen. Daher ist es wichtig festzuhalten, dass Wachstum des Gesundheitswesens und der Gesundheitsausgaben Resultat einer erklärten politischen Strategie waren. Sie zielte darauf ab, infrastrukturelle Defizite und Versäumnisse infolge von Zerstörungen im Zweiten Weltkrieg und der unzureichenden Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in der Nachkriegszeit zu beseitigen.

Nach der Ölkrise (d.h. ab 1975) stiegen die Kosten weiter an und wurden gemeinhin als Kostenexplosion wahrgenommen, was die Kritik an den Status- und Einkommensinteressen der Leistungserbringer nach sich zog. Die Ära der Kostendämpfung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begann 1977 mit dem der Einführung des Krankenversicherungskosten- dämpfungsgesetzes (KVKG). Dies beendete die Phase der schnellen Steigerung der Gesundheitsausgaben, besonders im Krankenhaussektor. Seit 1977 wird von Krankenkassen und Leistungsanbietern im Gesundheitswesen die Verfolgung der Beitragssatzstabilität gefordert, die seither zentrales Ziel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen geblieben ist. Beitragssatzstabilität

knüpft die Entwicklung des Beitragsaufkommens an die Einkommensentwicklung der Versicherten. Die Sicherung der Mitarbeit an diesem Ziel ist eine der Hauptaufgaben der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, einem „Runden Tisch“ für die rivalisierenden Verbände zur gemeinsamen Beschließung von Kostendämpfungsmaßnahmen. Das Gremium ist im Laufe der Jahre auf 75 Vertreter ausgeweitet worden, konnte jedoch aufgrund fortwährender Konflikte den politischen Erwartungen nicht gerecht werden.

Das Grundprinzip der deutschen 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 werden. Daher wurden und werden die Beitragssätze als Gegenstand der internationalen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet.

Der Antrieb zur Kostendämpfung, der sich seit der Wiedervereinigung intensiviert, wurde durch eine lange Serie von Gesetzen realisiert (siehe das Kapitel zu *Reformen im Gesundheitssystem*), die vorwiegend folgende Maßnahmen einsetzten:

- Budgets für Sektoren oder einzelne Leistungsanbieter
- Festbeträge für Arzneimittel
- Beschränkung von Großgeräten und der Anzahl niedergelassener Ärzte pro Planregion
- Erhöhte Zuzahlungen (sowohl bezüglich der Höhe des Betrages als auch der Zahl betroffener Leistungen)
- Ausschluss jüngerer Menschen von der Erstattung einiger zahnärztlicher Leistungen 1997 und 1998.

Die Übertragung des westdeutschen Gesundheitssystems auf die neuen Bundesländer

Die öffentlichen Proteste der ostdeutschen Bürger für politische und wirtschaftliche Reformen führten zum Fall der Berliner Mauer im November 1989 und beendeten die Herrschaft der DDR-Regierung. 1990 unterzeichnete die DDR Übergangsregierung einen Wiedervereinigungsvertrag, der die politische Entscheidung zur schnellen und umfassenden Eingliederung der 17 Millionen Ostdeutschen in das westliche System beinhaltete. Die Umwandlung der neuen Bundesländer beschränkte sich nicht auf das (vielfach kritisierte) wirtschaftliche und politische System, sondern auch auf die Systeme

der sozialen Sicherung und der Gesundheitsversorgung, über die die öffentliche Meinung positiver war. Die Idee eines „dritten Weges“, z.B. mit einer Einheitskrankenkasse für Ostdeutschland, 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 Kassenärztlichen Vereinigungen 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 gewesen waren, in eigener Praxis. Inzwischen gibt es nur noch einige wenige Polikliniken (in Berlin und Brandenburg), die als Netzwerk von Einzelpraxen oder als Gruppenpraxen operieren.

Die westdeutschen Krankenkassen expandierten schnell in die neuen Bundesländer. Dort sind weniger Bürger privat versichert (2% versus 10% in den alten Bundesländern) und mehr Bürger Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen (61% versus 42%). Die Bundesregierung unterstützte den Aufbau der Infrastruktur in den neuen Bundesländern mit einem mehrere Milliarden DM umfassenden Hilfsprogramm. Die Investitionsmittel flossen hauptsächlich an Krankenhäuser und Pflegeheime.

Gesundheitsreformen im wiedervereinigten Deutschland der 1990er Jahre

Diese außergewöhnlichen Aufgaben erhöhten den Druck auf das System und die beschleunigten die Gesetzgebung der Gesundheitsreform in den 1990er Jahren: Gesundheitsstrukturgesetz 1992, Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz (1996), das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997), das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV (1998) und die GKV-Gesundheitsreform 2000 (1999).

Schlüsselemente des Gesundheitsstrukturgesetzes waren:

- die Einführung gesetzlich festgelegter Budgets oder Ausgabenobergrenzen für die Hauptsektoren des Gesundheitswesens;
- eine teilweise Einführung prospektiver Vergütungsmechanismen im Krankenhausbereich (Fallpauschalen und Sonderentgelte für ausgewählte Leistungen seit Anfang 1996) anstelle des vorherigen Kostendeckungsprinzips;

- eine teilweise Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor (z.B. wurde ambulantes Operieren im Krankenhaus zugelassen);
- die Einführung einer Positivliste für Medikamente (die später wieder abgeschafft wurde), erhöhte Zuzahlungen, Niederlassungsbeschränkung;
- die Einführung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen und schließlich
- die freie Kassenwahl für fast alle Krankenversicherten.

Das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz und mehr noch das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz bedeuteten eine Abwendung von reiner Kostendämpfung zu einer möglichen Ausweitung privater Zahlungen. Zuzahlungen wurden nun als eine Maßnahme begriffen, durch die mehr Geld in das System gebracht werden konnte. Die Gesetze beinhalteten

- die Abschaffung der Budgets im ambulanten Bereich und der Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel,
- erhöhte Zuzahlungen für stationäre Aufenthalte, Arzneimittel, rehabilitative Maßnahmen, medizinische Hilfsmittel und Krankentransport,
- den Ausschluss von Zahnersatzleistungen für junge Versicherte, aber auch die Einführung eines privaten Vertragsverhältnisses mit Zahnärzten für Zahnersatzleistungen bei allen anderen Versicherten sowie
- die Entrichtung eines jährlichen Pauschalbeitrages von 20,- DM pro Mitglied für die Instandhaltung von Krankenhäusern.

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV schaffte die meisten dieser neuen Regelungen wieder ab, da sie von der neuen Regierung als den Prinzipien der GKV zuwiderlaufend angesehen wurden. Dies bezog sich insbesondere auf den einheitlichen Leistungsanspruch, die Beitragsgleichheit zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, die auf Einkommen und nicht auf Risiken oder Inanspruchnahme basierte Finanzierung sowie die Leistungsbereitstellung nach dem Sachleistungsprinzip.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat kein zentrales Thema, sondern versucht, eine Reihe (als solche wahrgenommene) Schwächen des Systems zu beheben durch Stärkung der Primärversorgung, integrierte Versorgung, Einrichtung neuer Standards für Technologiebewertung und Qualitätsmanagement, sowie durch Verbesserung der Patientenrechte. Zusätzlich wird das System der Krankenhausfinanzierung verändert.

Struktur und Management des Gesundheitssystems

Struktur des Gesundheitssystems

Eine wesentliche Eigenschaft des politischen Systems – und insbesondere des Gesundheitssystems – in Deutschland ist die Gewaltenteilung zwischen Bund und Ländern. Wesentliche Elemente der Entscheidungsfindung und -umsetzung bezüglich der gesetzlichen Sozialversicherungen sind zusätzlich an Körperschaften öffentlichen Rechtes delegiert worden. Dieser „Korporatismus“ hat mehrere wichtige Aspekte. Zum einen gibt der Staat explizit Rechte an die Selbstverwaltung ab. Zum anderen haben diese Körperschaften Pflichtmitgliedschaft und damit das Recht, eigene Finanzmittel unter staatlicher Aufsicht und Regulierung zu beschaffen. Drittens haben diese Körperschaften das Recht und die Pflicht, mit weiteren Körperschaften Verträge auszuhandeln und zu unterzeichnen und für ihre Mitglieder Leistungen zu erbringen oder zu finanzieren. Als weitere Instanz kommen die Gerichte hinzu. Sie werden extra im Anschluss an die Abschnitte zu Bund, Ländern und Verbänden behandelt.

Die Hauptakteure und ihre wichtigsten gegenseitigen Beziehungen sind in Abbildung 3 aufgeführt.

Das Grundgesetz schreibt vor, dass der Lebensstandard in allen Bundesländern einheitlich sein soll. 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 festlegte). 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 Bundesebene sind Bundesgesundheitsministerium und Parlament die zentralen Akteure im Gesundheitswesen. Das Bundesgesundheitsministerium ist in fünf Abteilungen mit je zwei Unterabteilungen gegliedert:

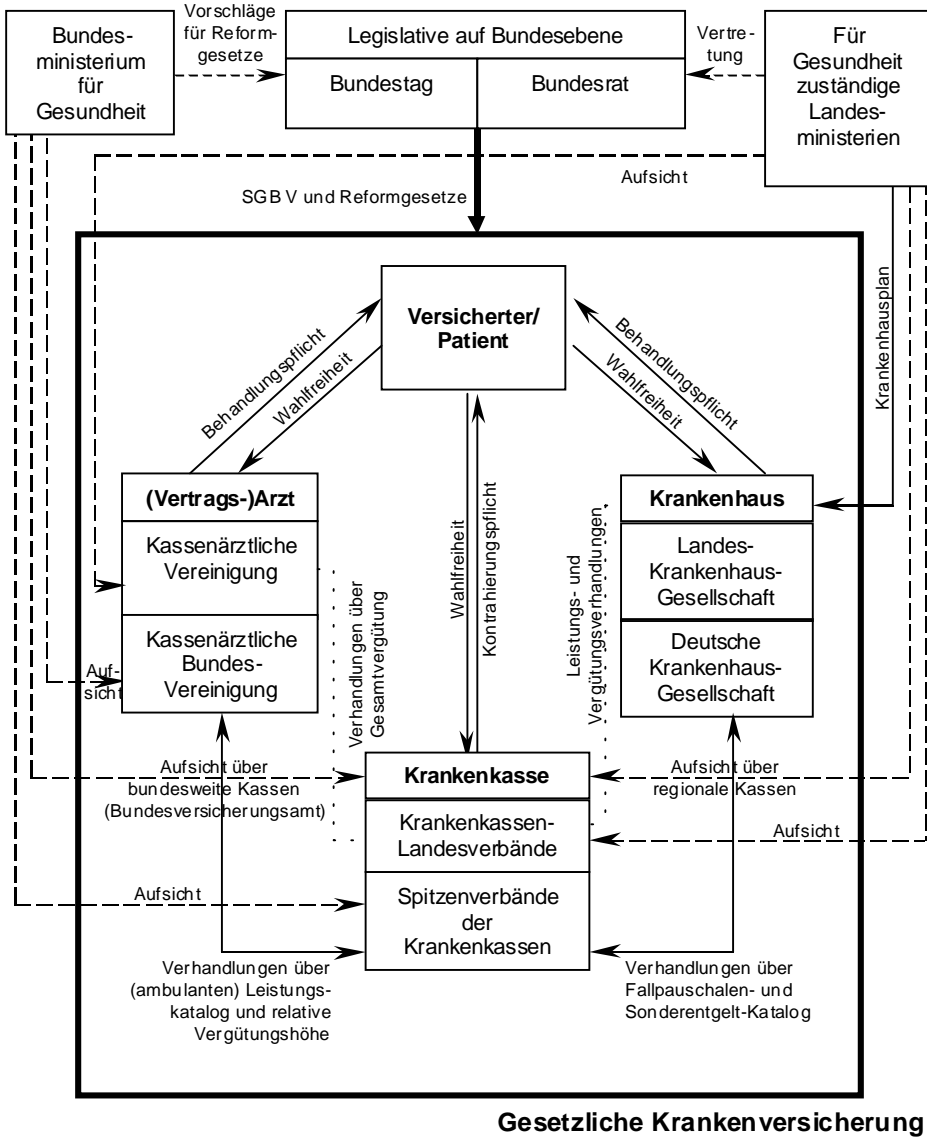
- Verwaltung und internationale Beziehungen
- Arzneimittel, Apothekenwesen, Medizinprodukte und Pflegesicherung
- Gesundheitsversorgung und GKV
- Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbekämpfung
- Verbraucherschutz (hauptsächlich auf Lebensmittel und Bedarfsgegenstände bezogen) und Veterinärmedizin.

Vor 1991 war die für die GKV zuständige Abteilung dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung unterstellt, während die meisten anderen (Unter-) Abteilungen Teil des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit waren. Die für die Pflegeversicherung zuständige Unterabteilung wurde erst 1998 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung an das Bundesgesundheitsministerium übertragen.

Das Bundesgesundheitsministerium wird von nachgeordneten Stellen im Hinblick auf Beratung in wissenschaftlichen Fragen und der Ausführung bestimmter Aufgaben unterstützt (in Abb. 3 nicht aufgeführt):

- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist die zentrale Zulassungsstelle für Arzneimittel und überwacht die Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten.
- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat zur Aufgabe, der Öffentlichkeit und beruflichen Anwendern Informationen aus allen Biowissenschaften zur Verfügung zu stellen. Nachdem das DIMDI ursprünglich auf Medizin und Gesundheitsversorgung fokussierte, bietet es jetzt eine große Bandbreite an Datenbanken zu allen Bereichen der Bio- und Sozialwissenschaften an.
- Das Robert-Koch-Institut hat das Erkennen, Verhüten und Bekämpfen von Krankheiten zur Aufgabe. Es bewertet, analysiert und erforscht Krankheiten von hoher Gefährlichkeit, weitem Verbreitungsgrad oder großer öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung.

Abb. 3. Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen



- Das Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut) ist für die Zulassung von Sera und Impfstoffen zuständig.

- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die Erhaltung und Förderung von Gesundheit zur Aufgabe.
- Das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) beschäftigt sich mit der Verbesserung des Verbraucherschutzes in den Bereichen Lebensmittel, Chemikalien, Kosmetika, veterinärmedizinische Arzneimittel und Krankheiten, Pflanzenschutz und Seuchenschutz. Eine weitere Aufgabe ist die Zulassung von veterinärmedizinischen Arzneimitteln.

Die ersten drei der oben aufgeführten Institutionen sind Nachfolgeorganisationen des Bundesgesundheitsamtes, das unabhängiger vom Bundesgesundheitsministerium war, jedoch aufgelöst wurde, nachdem ihm Fehler bei der HIV-Testung von Arzneimitteln aus humanem Blutplasma vorgeworfen worden waren.

Andere Bundesinstitutionen mit Bedeutung für das Gesundheitswesen sind das Bundesversicherungsamt und das Bundesaufsichtamt für das Versicherungswesen (nicht in Abb. 3 aufgeführt).

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde 1977 zur Beratung der Regierung gegründet (nicht in Abb. 3 aufgeführt). Ihre Hauptaufgaben sind, Daten über medizinische und wirtschaftliche Aspekte des Gesundheitswesens zu sammeln und zu präsentieren – mit dem Ziel, sowohl die Regierung, als auch die Verbände über Verbesserungen der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zu beraten. Weiterhin gibt die Konzertierte Aktion Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungsvergütung, der gesundheitlichen Versorgung und der Struktur des Gesundheitssystems. Das Komitee besteht aus 75 stimmberechtigten Personen aus allen relevanten Organisationen des deutschen Gesundheitswesens sowie nicht stimmberechtigten Vertretern der Bundesregierung (unter Vorsitz des Bundesgesundheitsministeriums).

Seit 1985 wird die Konzertierte Aktion durch einen Sachverständigenrat unterstützt, der jährlich ein Gutachten oder ein Sondergutachten zu speziellen Fragen des Bundesgesundheitsministeriums erstellt. Letzteres war in den 1990er Jahren die Regel. Der Sachverständigenrat besteht aus sieben Experten aus den Bereichen Medizin, Wirtschaft und Pflege. Die Gutachten werden hoch geschätzt als Quelle von Daten und Empfehlungen. Ihr Einfluss auf Verbesserungen im Gesundheitssystem ist jedoch nicht klar.

Seit 1999 verfügt das Bundesgesundheitsministerium über einen Ethikbeirat, der mit 13 Personen aus den Bereichen Biologie, Medizin, Krankenpflege, Philosophie, Psychologie, Sozialwissenschaften und Theologie besetzt ist.

Ein weiteres beratendes Gremium war der Bundesgesundheitsrat, der sich mit der Förderung der öffentlichen Gesundheit und der Vorbeugung von

Krankheiten befasste. Andere Bundesministerien mit Relevanz für Gesundheit sind das Ministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit sowie das Ministerium für Bildung und Forschung (nicht in Abb. 3 aufgeführt)

Länderebene

Die föderale Struktur wird besonders durch die 16 Länderregierungen repräsentiert und in gewissem Umfang durch die Landesparlamente. 1998 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 eingegliedert mit 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 häufiger anzutreffen.

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

- Öffentlicher Gesundheitsdienst und Umwelthygiene
- Gesundheitsförderung, Prävention und AIDS
- staatliche Krankenhäuser
- Krankenhausplanung
- Überwachung der Gesundheitsberufe und ihrer Berufsverbände
- Psychiatrie und illegale Drogen
- Arzneimittel und Überwachung von Apothekern und ihren Berufsverbänden.

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

Korporatistische Ebene

Die korporatistische Ebene innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seitens der Leistungserbringer insbesondere aus den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und seitens der Kostenträger aus den Krankenkassen und ihren Verbänden.

Kassenärztliche Vereinigungen bestehen, dem föderalen Prinzip folgend, in jedem Land. In drei Ländern gibt es mehr als eine (Nordrhein-Westfalen hat zwei, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg haben jeweils vier), so dass

sich ihre Gesamtzahl auf 23 beläuft. Zusätzlich gibt es die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Sitz in Köln. Jeder Arzt, der Kassenpatienten ambulant behandelt, ist Pflichtmitglied der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die KV'en unterscheiden ordentliche Mitglieder, insbesondere niedergelassene Ärzte, und andere Mitglieder (im wesentlichen Krankenhausärzte, die im Rahmen von Ermächtigungen ambulant behandeln) (siehe Abschnitt zu *Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung*). Alle KV'en haben eine gewählte Vertretung und einen aus deren Reihen gewählten Vorstand. Infolge des kürzlich ergangenen Psychotherapeutengesetzes wurden Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzbezeichnung zu den KV'en zugelassen. Dies geschah, um Leistungen und Vergütung der Psychotherapie durch Ärzte und Psychologen anzupassen.

Kassenzugelassene Zahnärzte sind in ähnlicher Weise wie die Ärzte in länderbezogenen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen organisiert und verfügen über eine Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Krankenhäuser werden nicht durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern durch privatrechtlich organisierte Gesellschaften, repräsentiert. Diese werden jedoch zunehmend mit rechtlicher Verantwortung ausgestattet. Krankenhausgesellschaften existieren auf Länderebene und mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als bundesweiter Vertretung mit Sitz in Düsseldorf.

Die Kostenträger umfassen unabhängige Krankenkassen, die in regionalen und bundesweiten Verbänden organisiert sind. Mitte 1999 gab es 453 gesetzliche Krankenkassen mit etwa 72 Millionen Versicherten (50,7 Millionen Mitglieder und deren Angehörige) und 52 private Krankenversicherungen mit etwa 7,1 Millionen Vollversicherten.

Krankenkassen werden in sieben unterschiedliche Arten unterteilt:

- 17 regional gegliederte *Allgemeine Ortskrankenkassen* (AOK) – ihr Bundesverband ist in Bonn
- 13 *Ersatzkassen* – Siegburg
- 359 *Betriebskrankenkassen* (BKK) – Essen
- 42 *Innungskrankenkassen* (IKK) – Bergisch-Gladbach
- 20 *Landwirtschaftliche Krankenkassen* (LKK) – Kassel
- 1 *Bundesknappschaft* – Bochum
- 1 *See-Krankenkasse* – Hamburg.

Alle Kassen sind so genannte Körperschaften öffentlichen Rechtes und haben von den Mitgliedern gewählte Selbstverwaltungen.

In den meisten Kassen besteht die Selbstverwaltung aus einem hauptamtlichen Vorstand mit zwei bis drei Personen, der für den Routinebetrieb

der Kasse verantwortlich ist, und einem Verwaltungsrat, der die Satzung der Kasse verabschiedet, den Haushaltsplan und die Beitragssätze festlegt sowie den Vorstand benennt. 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 demokratisch gewählt. Viele Vertreter haben Verbindungen zu Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden.

Die Gesamtzahl der Krankenkassen hat seit Öffnung der AOKen und der Ersatzkassen für alle Versicherten durch das Gesundheitsstrukturgesetz stetig abgenommen (siehe Abschnitt zum *Historischen Hintergrund*). Die erste Welle der Zusammenschlüsse betraf 1994/95 die AOKen. Da einige der Ortskrankenkassen sehr klein waren, schlossen sie sich pro Land zu einer einzigen AOK zusammen. Die Innungskrankenkassen folgten 1995, teilweise bevor sie allgemein zugänglich wurden. Die letzte Welle von Zusammenschlüssen betraf die BKKen, ebenso häufig vor Eintritt in den Wettbewerb (siehe Tabelle 2). Seit Anfang 1999 haben die „offenen“ BKKen mehr Mitglieder als die weiterhin „geschlossenen“, d.h. solche mit ausschließlicher Betriebsmitgliedschaft (für weitere Details siehe Abschnitt zu *Finanzierung und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung*).

Tabelle 2. Anzahl der Krankenkassen in Deutschland, 1993–1999

	1.1.1993	1.1.1994	1.1.1995	1.1.1996	1.1.1997	1.1.1998	1.6.1999
AOKen	269	235	92	20	18	18	17
BKKen	744	719	690	532	457	386	359
IKKen	169	160	140	53	43	43	42
Sonstige	39	39	38	37	36	35	35
Insgesamt	1 221	1 152	960	642	554	482	453

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 1999.

Krankenkassen haben gesetzlich das Recht und die Pflicht, von ihren Mitgliedern Beiträge zu erheben, inklusive der Festlegung des Beitragssatzes, der erforderlich ist, die versicherten Leistungen abzudecken. Das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz von 1996 griff in dieses autonome Recht ein, indem es für alle Krankenkassen die Beitragssätze zum 1.1.1997 um 0,4% senkte.

Auch die anderen gesundheitsbezogenen Sozialversicherungen haben den Krankenkassen analoge Einrichtungen:

- Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung decken kurative und rehabilitative Maßnahmen bei berufsbedingten Unfällen und Krankheiten ab;

- Versicherungsanstalten der gesetzlichen Rentenversicherung sind für die meisten rehabilitativen Maßnahmen zuständig;
- seit 1995 wurden von den Krankenkassen Pflegekassen eingerichtet (siehe Abschnitt zu *Pflege und Langzeitversorgung*).

Außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es gesetzlich verankerte Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Veterinärmediziner. Mitglieder dieser Berufsgruppen sind gesetzlich verpflichtet, der entsprechenden Kammer in ihrem Bundesland beizutreten. Die Kammern werden durch Landesgesetze reguliert. Sie sind zuständig für Weiterbildung, Anerkennung von Fachgebieten- und Zusatzbezeichnungen, Fortbildung, berufliche und ethische Grundsätze und für Beziehungen des Berufsstandes zu Politik und Öffentlichkeit. Um diese Aktivitäten auf Bundesebene zu koordinieren, haben die Landesärztekammern eine Arbeitsgemeinschaft in Form der Bundesärztekammer gebildet, die aber aufgrund ihres Status nur Empfehlungen aussprechen kann. Mitglieder der Kammern haben einige Sonderrechte, wie zum Beispiel das Recht auf eigene Versorgungswerke zum Zwecke der Altersversorgung.

Krankenpflegekräfte, Hebammen, Physiotherapeuten und andere Gruppen sind nicht als Professionen im gesetzlichen Sinne anerkannt und daher nicht in Kammern organisiert.

Weitere Akteure

Freiwillige Organisationen neben den oben beschriebenen rechtlich festgelegten Akteuren sind zu zahlreich, um sie hier im Einzelnen aufzuführen. Sie können sowohl nach dem Schwerpunkt ihrer Aktivitäten (beispielsweise wissenschaftlich, berufsständig, politisch-lobbyistisch oder wirtschaftlich) oder nach den Gruppen, die sie repräsentieren, aufgeteilt werden.

Es gibt mehr als 100 medizinisch-wissenschaftliche Organisationen; sie sind zusammengeschlossen in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Ärzteorganisationen außerhalb der Kammern können in eher fachlich-berufsständige und in mehr politisch-lobbyistisch orientierte unterschieden werden. Erstere Gruppe beinhaltet den Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands und ähnliche Berufsverbände. Diese Gruppen arbeiten einerseits an fachlichen Standards, nehmen jedoch auch die Interessen ihrer Mitglieder innerhalb der Ärzteschaft wahr. Eine andere Gruppe ärztlicher Organisationen ist die der örtlichen Ärztevereine mit den Hauptaufgaben der Fortbildung und Bereitstellung eines Forums für Ärzte aller Fachrichtungen innerhalb einer Region. Die klar der Lobbyarbeit zugewandten Organisationen beinhalten den Verband Deutscher Ärzte – Hartmannbund, den

Nachfolger der 1900 zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte gegründeten Leipziger Bund (siehe Abschnitt über *Historischen Hintergrund*), mit Mitgliedern hauptsächlich aus dem niedergelassenen Bereich und den 1948 gegründeten Marburger Bund, der die Interessen der Krankenhausärzte vertritt. 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.

Die größte freiwillige berufsbezogene Organisation von Pflegekräften ist der unabhängige Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände als Vertretung der katholischen, evangelischen Pflegeverbände und der des Roten Kreuzes. Ähnliche, aber weniger bekannte Organisationen gibt es für Berufsgruppen wie Physiotherapeuten und Hebammen. Psychologen werden durch den Verband Deutscher Psychologen repräsentiert.

Die wichtigste Organisation für Apotheker außerhalb ihrer Kammer ist der Verband Deutscher Apotheker als Vertretung selbständiger Apotheker, die in Deutschland ein Monopol auf die Verteilung von Arzneimitteln haben (siehe Abschnitt zu *Arzneimitteln*). Zusammen mit den Apothekerkammern bildet er die Vereinigung der Apothekerverbände.

Die Verbände der deutschen pharmazeutischen Industrie haben kürzlich eine wesentliche Veränderung vorgenommen, indem die großen forschenden und international operierenden Unternehmen ihren eigenen Verband forschender Arzneimittelhersteller gegründet haben (37 Hersteller, die zusammen über zwei Drittel des Marktes innehaben), so dass der verbleibende Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (ca. 300 Mitglieder) die Organisationen der kleineren Pharmaunternehmen geworden ist. Eine der Ursachen für die Aufspaltung war die uneinheitliche Haltung gegenüber Positiv- und Negativlisten. Zwei weitere Vertretungen für Gruppen von Pharmaherstellern mit besonderen Interessen sind der Bundesfachverband der Pharmahersteller (ca. 300 Mitglieder) für frei verkäufliche Arzneimittel und der Deutsche Generikaverband (bis 1999 Verband aktiver Pharmaunternehmen).

Die letzte wichtige Gruppe aufseiten der Leistungserbringer ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege als Spitzenorganisation der sechs führenden Wohlfahrtsverbände, die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Krankentransporteinrichtungen besitzen und managen. In diesem letzten Bereich stellen die gemeinnützigen Verbände übrigens die Mehrheit der Leistungen bereit. Die sechs Verbände sind: die Arbeiterwohlfahrt (mit Wurzeln in der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung), das Deutsche Rote Kreuz, der katholische Deutsche

Caritasverband, das Diakonische Werk, die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband.

Aufseiten der Kostenträger sind die 52 größten privaten Krankenversicherungsunternehmen (1997) durch den Verband der privaten Krankenversicherung vertreten, einer einflussreichen Lobby zur Wahrnehmung ihrer Interessen. 25 der 52 privaten Versicherer sind Aktiengesellschaften.

Versicherte oder Patienten werden nicht durch eine einflussreiche Organisation vertreten. Obgleich es ein breites Spektrum an krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen gibt (mit bis zu 10 000 Mitgliedern), repräsentieren sie nicht alle Patienten. Ein kleiner Allgemeiner Patientenverband ist wenig bekannt (und wird anders als die meisten der oben aufgeführten Organisationen nicht zu Bundestagsanhörungen eingeladen). Eine interessante Entwicklung ist, dass die hauptsächlich öffentlich geförderte Stiftung Warentest neuerdings dem Gesundheitswesen besondere Aufmerksamkeit widmet. Sie hat begonnen, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer zu untersuchen und die Öffentlichkeit entsprechend zu beraten.

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

Planung, Regulierung und Management

Bundesebene

Auf der Bundesebene werden Angelegenheiten geregelt, die zur Sicherstellung gleicher Verhältnisse im Versicherungsschutz und Leistungsumfang notwendig sind; dazu gehört auch das Setzen von Regeln der Erbringung und Finanzierung von Sozialleistungen. Alle gesetzlichen Sozialversicherungen werden durch das Sozialgesetzbuch (SGB) als dem Eckstein der Sozialversicherungsgesetzgebung geregelt; sie fallen jedoch in den Verantwortungsbereich unterschiedlicher Ministerien. Alle Teile des Sozialgesetzbuches haben seit Januar 1991 die Sozialversicherungen der neuen Bundesländer in gleicher Weise geregelt wie im früheren Bundesgebiet, allerdings mit einigen Übergangsregelungen.

Gesundheitsbezogene Sozialleistungen sind durch verschiedene Sozialversicherungen geregelt, wovon die gesetzliche Krankenversicherung die wichtigste ist. Weitere gesetzliche Versicherungen sind Unfallversicherung, Rentenversicherung (welche die meisten rehabilitativen Maßnahmen trägt) und,

seit 1995, die Pflegeversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung (seit 1991 unter der Verantwortung des Bundesgesundheitsministeriums) ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt, das durch zahlreiche Reformgesetze abgewandelt und ergänzt worden ist. Buch I definiert generell die Rechte und Pflichten der Versicherten, während die Bücher IV und X Verantwortung und Verwaltungsabläufe definieren, die allen Sozialversicherungen gemein sind.

Kapitel 1 des SGB V legt die Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Die verbleibenden Kapitel regeln folgende 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)
- Aufgaben und Organisation des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Kapitel 9);
- Sammlung, Speicherung, Gebrauch und Schutz von Daten (Kapitel 10);
- Sonderregelungen für die neuen Bundesländer (hinzugefügt durch den Einigungsvertrag als Kapitel 12).

Kapitel 4 ist das Kernkapitel der Verbands- oder Selbstverwaltungsstruktur des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Es schreibt fest, was durch gemeinsame Ausschüsse der Krankenkassen und der Leistungsanbieter geregelt werden kann und muss (beispielsweise Details des Leistungskataloges oder der relativen Punktwerte von Leistungen) oder direkt verhandelt wird (beispielsweise die Gesamterstattung für ambulante oder zahnärztliche Leistungen); die Ebene, auf der diese Verhandlungen stattfinden; wie die Zusammensetzung der gemeinsamen Komitees entschieden wird; was geschieht, wenn keine Einigung erzielt werden kann (Details werden in den jeweiligen Kapiteln behandelt).

Während der gesetzliche Rahmen durch das Parlament im SGB V bundeseinheitlich geregelt wird, ist das Bundesministerium für Gesundheit verantwortlich für die Aufsicht darüber, ob die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die gemeinsamen Ausschüsse sich entsprechend verhalten (siehe auch unter *Korporatistischer Ebene*). Die Aufsicht über bundesweite Krankenkassen liegt beim Bundesversicherungsamt, das auch für die Berechnung des Risikostrukturausgleichs zuständig ist.

Die Pflegeversicherung ist ebenfalls unter der Verantwortung des Bundesministeriums für Gesundheit geregelt durch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI). Dieses ähnelt in wesentlichen Inhalten dem SGB V (wobei es nur ein Drittel seines Umfangs hat). Weitere gesundheitsbezogene Aufgaben auf Bundesebene beinhalten die Bereiche Umweltverschmutzung und ionisierende Strahlung, die im Verantwortungsbereich des Ministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit liegen und die Aufsicht über die privaten Krankenversicherer durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (unter Aufsicht des Bundesfinanzministeriums).

Länderebene

Die Länderregierungen sind verantwortlich für die Unterhaltung der Krankenhausinfrastruktur. Sie verfolgen dieses Ziel durch den Krankenhausplan mit Festlegung der Investitionen. Letztere werden unabhängig vom tatsächlichen Krankenträger und gemäß der Prioritäten der Länderregierungen finanziert. Während die Verantwortung für Großinvestitionen (d.h. Gebäude und Großgeräte) unumstritten ist, bleibt unklar, inwieweit die Länder für Instandhaltung und Reparaturen zuständig sind. Mit Ausnahme von Bayern haben sich alle Länder seit 1993 geweigert, diese Kosten zu übernehmen. Zur Kompensation der ausgefallenen Mittel zur Krankenhausinstandhaltung und -reparatur hat das 2. GKV-Neuordnungsgesetz eine jährliche Sonderabgabe von 20,- DM pro Krankenkassenmitglied für drei Jahre festgelegt. Diese Bestimmung wurde jedoch 1998 wieder gestrichen.

Eine zweite zentrale Aufgabe der Länder ist der öffentliche Gesundheitsdienst (unter Berücksichtigung einiger Bundesgesetze, die Krankheiten mit Gefährdung der öffentlichen Sicherheit betreffen). Etwa die Hälfte aller Bundesländer betreiben diese Dienste selber, während die andere Hälfte sie an die Kommunen abgetreten hat. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassen die Aufsicht über Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen, Prävention und Überwachung übertragbarer Krankheiten, Aufsicht über lebensmittelverarbeitende Betriebe, Arzneimittel und Medikamente, Umwelthygiene, Gesundheitsberatung, Bereitstellung kommunaler psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, Gesundheitserziehung und -förderung und Gesundheitsuntersuchungen von Schulkindern.

Seit den 1970er Jahren wurden die meisten präventiven Maßnahmen, wie Screeningprogramme und Gesundheit Check-ups für Kinder und Erwachsene, in den Leistungskatalog der GKV übernommen und werden seither von niedergelassenen Ärzten erbracht (Details im Abschnitt zum *Öffentlichen Gesundheitsdienst*).

Die Länder sind außerdem zuständig für die vorklinischen und klinischen Studienabschnitte der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung, die Aufsicht über die regionalen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die in dem Bundesland aktiven Krankenkassen (siehe auch unter *Korporatistische Ebene*).

Die Länder koordinieren ihre Aktivitäten im (öffentlichen) Gesundheitswesen durch die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ministerialbeamten der obersten Landesgesundheitsbehörden und die Gesundheitsministerkonferenz. Sie 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.

Korporatistische Ebene

Die Körperschaften auf seiten der Kostenträger, d.h. die Krankenkassen, haben eine zentrale Stellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Sozialgesetzbuch legt ihre Rechte und Pflichten fest (siehe oben). 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, Mengen und Qualitätssicherungsmaßnahmen mit den Leistungserbringern für alle Versicherten festzulegen. Leistungen, die durch entsprechende Verträge abgedeckt werden, sind im allgemeinen für alle Versicherten ohne vorherige Zustimmung der Kassen zugänglich. Zustimmungen sind jedoch erforderlich für Kuraufenthalte, rehabilitative Maßnahmen und Kurzzeitpflege. In Zweifelsfällen müssen die Kassen Gutachten zur medizinischen Notwendigkeit einer Maßnahme beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, einer Gemeinschaftseinrichtung aller Krankenkassen, einholen.

Eine Reform, die beabsichtigte, diese Leistungen zu Satzungsleistungen zu machen (zusammen mit Krankentransport und Physiotherapie) 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 die Satzungsleistungen außerhalb des Risikostrukturausgleichs fallen.

Die Körperschaften auf seiten der Leistungserbringer müssen die akute medizinische Versorgung sicherstellen. Die bekanntesten Beispiele sind die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die durch den Versorgungsauftrag ein Monopol und die Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung haben. Dieses Monopol bedeutet, dass Krankenhäuser, Kommunen, Krankenkassen und andere nicht berechtigt sind, ambulante medizinische Versorgung anzubieten. Der Sicherstellungsauftrag beinhaltet die Pflicht, die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu beachten, landesweit für alle Fachrichtungen die Versorgung zu sichern und ein prospektiv verhandeltes Budget mit den Krankenkassen zu vereinbaren, das die Kassenärztlichen Vereinigungen unter ihren Mitgliedern aufteilen (siehe Abschnitt zur *Vergütung von niedergelassenen Ärzten*).

Die rechtliche Verpflichtung zur ambulanten Versorgung beinhaltet die Bereitstellung ausreichender Notfallkapazitäten mit ausreichender Erreichbarkeit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen die durch den Gesetzgeber und durch Verhandlungen mit den Krankenkassen festgelegten Gesundheitsleistungen bereitstellen. Sie müssen gegenüber den Krankenkassen garantieren, dass die Versorgung den rechtlichen und vertraglichen Anforderungen genügt. Wegen der Notwendigkeit, die Versorgung zu regeln und zu kontrollieren, wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechtes eingerichtet. Dies erleichtert ihre Arbeit, die permanent durch ärztliche Freiheit in Diagnostik und Therapie beeinflusst wird, und unterstützt das Prinzip einer demokratisch legitimierten Gemeinschaftseinrichtung.

Die ambulante medizinische Versorgung ist klassischerweise der Sektor, in dem die korporatistischen Institutionen die größte Macht haben. Das Sozialgesetzbuch V beschränkt sich darauf, den Rahmen festzulegen, also generelle Kategorien von Leistungen, Zielen und Umfang der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Diese Verhandlungen regeln sowohl die Form der Vergütung als auch Details des ambulanten Leistungskataloges. Im allgemeinen sind so sowohl Umfang der erstattungsfähigen Leistungen als auch die Vergütung eng geregelt, teilweise gesetzlich, zumeist aber durch Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.

Die wichtigste Einrichtung für Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten hinsichtlich des Leistungskataloges ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. 1923 gegründet, ist dies die älteste Gemeinschaftseinrichtung des deutschen gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Der Ausschuss besteht aus je neun Mitgliedern der beiden Verhandlungspartner (gewöhnlich Vorstandsmitglieder der jeweiligen Verbände), zwei neutralen Mitgliedern, von denen von beiden Seiten jeweils eine vorgeschlagen wird und einem neutralen Vorsitzenden, der von beiden Seiten akzeptiert werden muss und im Falle einer Nichteinigung die entscheidende Stimme hat.

Während der letzten Jahrzehnte hat der Bundesausschuss rund 20 Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln, Medizinprodukten und der Versorgung durch nichtärztliches Personal wie Physiotherapeuten („Heilmittel“), eine bedarfsgerechte Planung niedergelassener Ärzte und die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erlassen. Die Richtlinien haben unterschiedliche Zielgruppen. Eine Gruppe der Richtlinien versucht, das Verhalten niedergelassener Ärzte zu steuern. Die Richtlinien für bedarfsgerechte Planung stellen die Grundlage für die tatsächliche Planung auf Länderebene durch Länderausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (siehe Abschnitt über *Berufstätige Personen und Ausbildung*). Schließlich bestimmen die Richtlinien zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Kriterien für tatsächliche Entscheidungen über einzelne Technologien durch den Bundesausschuss.

Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz gab dem Bundesausschuss im Juli 1997 neue Befugnisse. Er ist jetzt zuständig für Technologiebewertung des bestehenden ambulanten Leistungskataloges, für die Erstellung einer Positivliste der nichtärztlichen Versorgung („Heilmittel“) und für neue Richtlinien zur rehabilitativen Versorgung. Der Bundesausschuss hat verschiedene Arbeitsausschüsse; einer von ihnen schlug Maßnahmen vor zu Entscheidungen über Effektivität neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden, deren Kriterien erstmalig in den Richtlinien von 1990 festgelegt wurden. Nach der Erweiterung der Kompetenzen des Ausschusses wurde er in Arbeitsausschuss *Ärztliche Behandlung* umbenannt und hat seither neue Richtlinien zur Evaluation verabschiedet (siehe Abschnitt zur *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

Ein weiterer gemeinsamer Ausschuss von Ärzte- und Krankenkassenvertretern trifft Entscheidungen über den relativen Punktwert aller Leistungen des ambulanten Leistungskataloges, d.h. den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (siehe Abschnitt zur *Vergütung von niedergelassenen Ärzten*).

Durch das Fehlen korporatistischer Einrichtungen im Krankenhaussektor, handeln Krankenhäuser einzeln Verträge mit den Krankenkassen aus. Üblicherweise nehmen alle Krankenkassen mit mehr als 5% Patientenanteil im entsprechenden Krankenhaus an den Verhandlungen teil. Bedingungen betreffs Umfang und Zahl der angebotenen Leistungen und der Vergütung sind jedoch für alle Krankenkassen gültig. Nachdem das Bundesgesundheitsministerium vergeblich vorgeschlagen hat, die Krankenhausgesellschaften in Körperschaften öffentlichen Rechtes zu überführen, wurde eine abgeschwächte Regelung im 2. GKV-Neuordnungsgesetz getroffen und so die gesetzlichen Möglichkeiten der Gesellschaften gestärkt (etwa den Katalog prospektiver Fallpauschalen und Sonderentgelte mit den Kassen zu verhandeln). Die GKV-Gesundheitsreform 2000 stärkt diesen „quasi-korporatistischen“ Charakter der Deutschen Krankenhausgesellschaft weiter durch Einführung eines neunzehnköpfigen Krankenhaus-Ausschusses: Dieser umfasst neun Mitglieder von den Krankenkassen, fünf von den Krankenhäusern, vier von der Bundesärztekammer und den Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Außerdem wird ein Koordinierungsausschuss damit beauftragt, Bereiche der Über- und Unterversorgung zu identifizieren und Behandlungsleitlinien zu verabschieden. Der Koordinierungsausschuss hat 20 Mitglieder: Neun von den Krankenkassen, jeweils drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einem Vertreter der Bundesärztekammer und die Vorsitzenden des Bundesausschusses sowie des Krankenhaus-Ausschusses.

Die Aufsicht über korporatistische Entscheidungen – egal, ob sie von einer einzelnen Einrichtung, in Form eines Vertrages zwischen Körperschaften oder von einem gemeinsamen Ausschuss getroffen wurden – ist ein vielschichtiges Unterfangen innerhalb der Selbstverwaltungsorgane, der Regierung und der Sozialgerichte. Die „Regierung“ ist in Fällen, die bundesweite Krankenkassen, Bundesverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer, gemeinsame Ausschüsse und ihre Entscheidungen und Verträge auf Bundesebene betreffen, das Bundesgesundheitsministerium bzw. das Bundesversicherungsamt. Für Akteure, Entscheidungen und Verträge auf Länderebene ist das jeweils für die GKV zuständige Landesministerium verantwortlich.

Aufsicht und Durchführung können in verschiedene Stufen unterteilt werden:

- formale Bestätigung oder Zurückweisung von Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane;

- das Recht, Entscheidungen, die eigentlich den Selbstverwaltungsorganen zustehen, selbst zu treffen, wenn diese trotz erneuter Beschlussfassung nicht dem Gesetz entsprechen (oder wenn diese nicht getroffen werden);
- Androhung rechtlicher Maßnahmen gegenüber Institutionen, die absichtlich oder unabsichtlich die ihnen zugewiesenen Aufgaben nicht erfüllen.

Während die Drohung, Krankenkassen zu schließen hauptsächlich mit finanzieller Instabilität und Inkompetenz verbunden ist, zielen die Hauptdrohungen gegenüber den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf ihr Verhalten als korporatistische Institution ab. Im ersten Schritt kann ein staatlicher Kommissar eingesetzt werden, wenn kein Vorstand gewählt wird oder der gewählte Vorstand sich weigert, sich gemäß der ihm obliegenden rechtlichen Pflichten zu verhalten (§ 79a SGB V). Im Falle, dass 50% oder mehr Mitglieder einer KV oder KZV sich weigern, Kassenpatienten zu behandeln, verliert diese ihren Sicherstellungsauftrag, der dann an die Krankenkassen fällt (§ 72a SGB V). Diese beiden Drohungen wurden erst 1992 eingeführt (in Kraft seit 1993) – als Resultat der Ankündigung einiger Selbstverwaltungsorgane, bestimmte rechtliche Anforderungen zu missachten. Die Einsetzung eines staatlichen Kommissars wurde nur einmal 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.

Sozialgerichte

Viele korporatistische Entscheidungen und Regierungsregelungen können vor den Sozialgerichten in Frage gestellt werden, die auf lokaler, regionaler und Bundesebene als eigenständiges Gerichtssystem existieren. Sie entscheiden in Streitfällen zwischen Einzelpersonen und Institutionen der Sozialversicherung oder zwischen Institutionen der Sozialversicherung. Beispiele aus dem Gesundheitsbereich umfassen: Patienten, die ihre Krankenkasse verklagen, weil sie die Kostenübernahme verweigert; Ärzte erheben Einspruch gegen Berechnungen des Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschusses; oder ein Medizinproduktehersteller erhebt Einspruch gegen die Nichtaufnahme seines Produktes in den Leistungskatalog durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Dezentralisierung des Gesundheitssystems

Wie aus dem oben Geschilderten ersichtlich wird, ist das deutsche Gesundheitssystem in hohem Maße dezentralisiert, mit dem hervorstechenden Element der Abtretung staatlicher Macht an korporatistische Akteure. Während die meisten legalen Rechte und Pflichten der korporatistischen Vereinigungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer das Resultat eines langen Prozesses ist, stellt die Übertragung des westdeutschen Systems auf die neuen Bundesländer eine echte Delegation staatlicher Verantwortung an korporatistische Akteure dar (siehe Abschnitt zum *Historischen Hintergrund*).

Privatisierung ist eine weitere wichtige Eigenschaft des deutschen Gesundheitssystems. Einige Bereiche des Gesundheitssektors basieren vollständig auf privaten Leistungsanbietern, insbesondere niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und der Verteilung von Arzneimitteln durch private Apotheken. In anderen Bereichen existieren sowohl privat gemeinnützige, privatwirtschaftliche und öffentliche Anbieter, wie dies im stationären Bereich (mit einem Trend zur Privatisierung, siehe Tabelle 3) und bei den Pflegeeinrichtungen der Fall ist. Private Versicherer koexistieren ebenfalls mit gesetzlichen Krankenkassen.

Tabelle 3. Entwicklung der öffentlichen und privaten Eigentümerschaft von Krankenhäusern, 1990–1998

	Öffentlich		Gemeinnützig		Privat		Gesamt Betten
	Betten	% Anteil	Betten	% Anteil	Betten	% Anteil	
1990	387 207	62,8	206 936	33,5	22 779	3,7	616 922
1998	295 382	55,3	202 270	37,9	36 118	6,8	533 770
Veränderung	-24%		-2%		+59%		-12%

Quelle: eigene Berechnung, basierend auf Angaben des Statistischen Bundesamtes.

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 wurden. Letztere haben vor der Bundesrepublik existiert (die tatsächlich von den Bundesländern gegründet wurde). Vielmehr hat das Umgekehrte von Devolution in Deutschland stattgefunden: Die Bundesländer haben gewisse Rechte und Verantwortungen gemäß der Verfassung an die Bundesebene abgegeben und andere behalten.

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

Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems

Finanzierung und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren gegenwärtig rund 450 Krankenkassen bilden den wesentlichsten Teil der Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland. Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist verpflichtend für Arbeiter und Angestellte, deren Jahreseinkommen einen gewissen Betrag nicht übersteigt (Jahresarbeitsentgelt- oder auch Versicherungspflichtgrenze: 77 400 DM in den alten Bundesländern bzw. 63 900 DM in den neuen Bundesländern im Jahr 2000) und ist freiwillig für solche mit einem darüber liegenden Einkommen. Derzeit sind 88% der Bevölkerung durch die GKV krankenversichert; 74% sind Pflichtmitglieder mit mitversicherten Angehörigen und 14% sind freiwillige Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen. Neun Prozent der Bevölkerung sind privat krankenversichert, 2% durch freie Heilfürsorge abgesichert (z.B. Polizisten, Soldaten und Zivildienstleistende) und 0,1% nicht krankenversichert.

Die Beiträge richten sich nach dem Einkommen des Versicherten und nicht nach Risiken. Nichtverdienende Ehepartner und Kinder sind ohne zusätzliche Kosten mitversichert. Beiträge hängen dabei ausschließlich von der Höhe des Verdienstes aus Erwerbstätigkeit ab und nicht von Kapitalerträgen oder sonstigen Einkommen. Die Beiträge steigen proportional mit dem Einkommen bis zu einer Obergrenze, der so genannten Beitragsbemessungsgrenze, die auf gleicher Höhe wie die o.g. Versicherungspflichtgrenze liegt. Die Gesamtsumme der Einkommen aller Versicherten bis zu dieser Grenze (das so genannte beitragspflichtige Einkommen) gehört zu den wichtigsten Zahlen der Gesundheitspolitik, da ihre jährliche Wachstumsrate das Ausmaß der Kostendämpfungsmaßnahmen bestimmt. 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.

Beiträge werden zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt. Bei dem derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz von 13,5% sind dies für den Arbeitnehmer 6,75% des Einkommens vor Steuern bis zur Beitragsbemessungsgrenze und ebensoviel für den Arbeitgeber zusätzlich zum Lohn. Für Personen mit Einkommen bis 630,- DM zahlt lediglich der Arbeitgeber Krankenkassenbeiträge (10% des Lohnes bei allen Kassen). Bis 1998 waren diese geringfügigen Einkommen nicht krankenversicherungspflichtig. Für berentete und arbeitslose Personen übernehmen die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung die finanzierende Rolle des Arbeitgebers.

Traditionell hatte die Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten keine freie Krankenkassenwahl und wurde der jeweiligen ortsgebundenen, oder berufsbezogenen Kasse 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 etwas die Hälfte der Bevölkerung zumindest eine partielle Kassenwahl.

Das Gesundheitsstrukturgesetz 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 und Innungskrankenkassen haben die Wahl, ob sie „geschlossen“ bleiben (d.h. 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.

Um alle Krankenkassen in eine vergleichbare Ausgangsposition im Wettbewerb zu versetzen, wurde ein Risikostrukturausgleich zum Ausgleich der durch Unterschiede in der Mitgliederstruktur bedingten Finanzkraft der

Krankenkassen in zwei Schritten eingeführt (1994 und 1995 – letztere Änderung schloss berentete Versicherte und ersetzte dadurch die vormalige Aufteilung tatsächlicher Ausgaben für Rentner zwischen den Krankenkassen). Der Mechanismus verlangt von allen Krankenkassen, Ausgleichszahlungen für Unterschiede in tatsächlichen Beitragseinnahmen und durchschnittlichen Ausgaben zu leisten.

Der Risikostrukturausgleich berücksichtigt einerseits Unterschiede im Einkommensniveau der Mitglieder und andererseits bedarfsbedingte Ausgabenunterschiede nach Alter und Geschlecht. Zu ihrer Berechnung werden die tatsächlichen durchschnittlichen Ausgaben für Leistungen im einheitlichen Leistungskatalog für Gruppen in einjährigen Altersschritten für beide Geschlechter zu Grunde gelegt (d.h., die jeweilige Berechnung ist immer retrospektiv).

Die Summe der 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 Risikostrukturausgleichssatz, der für den Abgleich tatsächlicher Beiträge und den Beitragsbedarf zugrunde gelegt wird, um die Ausgleichszahlungen für die Krankenkassen zu berechnen. Dadurch gleicht der Risikostrukturausgleich Einkommensunterschiede der Versicherten der einzelnen Krankenkassen unter Berücksichtigung der beitragsfrei Mitversicherten aus (da diese lediglich in der Ausgabenseite der Berechnung auftauchen).

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

- Schon vor Einführung der freien Kassenwahl begann der Zusammenschluss von Krankenkassen (siehe Abschnitt zur *Struktur des Gesundheitssystems*).
- Zunehmend wechseln Versicherte die Krankenkasse. Es gibt keine zuverlässigen Zahlen über den Umfang des Kassenwechsels. Als Indikator kann jedoch der Nettozugang oder -verlust von Mitgliedern der Kassen gelten. Beispielsweise haben die AOKen 1997 479 000 Mitglieder verloren; 1998 waren es 400 000 und 1999 292 000, während die BKKen in den jeweiligen Jahren 335 000, 516 000 und 971 000 Mitglieder dazugewonnen haben. 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 Befragungsergebnisse unterstrichen: 58% der Personen, welche die Kasse wechselten, nannten einen niedrigeren Beitragssatz als Hauptgrund. Versicherte, die einen Wechsel in Betracht zogen, nannten sowohl Beitragssatz als auch Leistungskatalog als gleich bedeutsam. 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.
- Der Risikostrukturausgleich hat Unterschiede in den Beitragssätzen vermindert. Dieser Trend ist insbesondere in den alten Bundesländern zu beobachten, seit kurzem aber auch in den neuen Ländern. Während 1994 27% aller GKV-Mitglieder Beiträge zahlten, die mehr als ein Prozent vom Durchschnitt abwichen, waren dies 1999 nur noch 7%.
- Die Mitgliederbewegungen zwischen den Kassen haben Strukturunterschiede der versicherten Risiken nicht ausgeglichen (was zu sinkenden Ausgleichszahlungen geführt hätte). Im Gegenteil hat diese erste Gelegenheit zur Veränderung der Kassenmitgliedschaft bestehende Unterschiede noch verstärkt: Gesundere, jüngere, besser verdienende Personen wechselten häufiger zu günstigeren Kassen, was zur Erhöhung der Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen führte (siehe Tabelle 4). Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass ein Risikostrukturausgleich dauerhaft erforderlich sein wird und nicht nur für eine Phase der Strukturangleichung.

Tabelle 4. Transfersummen im Risikostrukturausgleich (RSA) – absolute Zahlen und relativ zu den Ausgaben in den neuen und alten Bundesländern, 1995–1998

	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer		Deutschland	
	RSA ¹ /Ausg. ² (Mrd. DM)	RSA in % der Ausgaben	RSA/Ausg. (Mrd. DM)	RSA in % der Ausgaben	RSA/Ausg. (Mrd. DM)	RSA in % der Ausgaben
1995	13,49/190,29	7,1%	4,61/38,53	12,0%	18,05/228,82	7,9%
1996	14,22/196,39	7,2%	4,90/40,03	12,2%	19,12/236,42	8,1%
	– 1. Januar 1997: Erste Gelegenheit zum Kassenwechsel –					
1997	15,07/192,13	7,8%	5,15/39,22	13,1%	20,22/231,35	8,7%
	– 1. Januar 1998: Zweite Gelegenheit zum Kassenwechsel –					
1998	16,07/195,07	8,2%	5,47/39,06	14,0%	21,54/234,13	9,2%

Anmerkungen: ¹ RSA = Risikostrukturausgleich; ² Ausgaben = Gesamtausgaben der Krankenkassen ohne Verwaltungskosten; eigene Berechnungen basierend auf Daten des Bundesgesundheitsministeriums vom Dezember 1999

Gesundheitsleistungen und Rationierung

Gesundheitsleistungen

Durch Kapitel 3 des Sozialgesetzbuches V sind folgende Leistungen (meist in allgemeiner Formulierung) gesetzlich in den Leistungskatalog eingeschlossen:

- Prävention von Krankheit
- Früherkennung von Krankheiten
- Behandlung von Krankheit (ambulante ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Medikamente und Hilfsmittel, nichtärztliche medizinische Behandlung, Krankenhausbehandlung, häusliche Pflege und einige Bereiche der rehabilitativen Versorgung)
- Krankentransport.

Zusätzlich zu diesen Sachleistungen haben die Kassen arbeitsunfähigen Mitgliedern ab der siebten Woche Krankengeld zu zahlen, nachdem für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber beträgt 100% des Regeleinkommens. Das Krankengeld der Krankenkassen beträgt 80% des Einkommens und wird bis zu 78 Wochen pro Krankheitsperiode gezahlt. Zwischen 1989 und 1996 boten die Krankenkassen ihren Mitgliedern als dritte Leistungsform Maßnahmen der Gesundheitsförderung an. Während das 2. GKV-Neuordnungsgesetz diese Leistungen abschaffte, wurden sie durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 teilweise wieder eingeführt.

Das Sozialgesetzbuch regelt präventive Leistungen und solche der Früherkennung im Detail (z.B. Krankheiten, für die Vorsorgeuntersuchungen übernommen werden und zeitliche Abstände, mit denen die entsprechenden Untersuchungen stattfinden sollen), überlässt jedoch viele weitere Regelungen dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Ausschuss hat großen Spielraum in der Festlegung des Leistungskataloges für kurative, diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Einzelheiten des Entscheidungsfindungsprozesses hinsichtlich der vergütbaren Leistungen werden im Abschnitt zur *Technologiebewertung im Gesundheitssystem* geschildert. Alle abrechenbaren Maßnahmen sind im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ mit ihren der Vergütung dienenden Punktzahlen aufgelistet (siehe Abschnitt zu *Vergütung von niedergelassenen Ärzten*). Der Umfang des Leistungskataloges ist groß und reicht von der allgemeinen körperlichen Untersuchung in der Arztpraxis über Hausbesuche, Geburtsvorbereitung, Sterbebegleitung, chirurgische Eingriffe und Laborleistungen bis zu bildgebenden Verfahren

inklusive der Kernspintomografie. Bis 1997 waren explizite Ausschlüsse von Leistungen nicht möglich, was jedoch mit dem Auftrag zur (Neu-) Bewertung von Technologien geändert wurde. Die Osteodensitometrie war die erste Leistung, für die ein Ausschluss in Erwägung gezogen wurde.

Während Regelungen für Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung eher allgemein gehalten sind, beinhaltet SGB V recht detaillierte Bestimmungen für zahnärztliche und hier insbesondere für prothetische Leistungen. Ein Grund hierfür ist das faktische Nichtfunktionieren des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen. 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 schloss diese Leistungen wieder ein.

Zum nichtärztlichen Sektor der medizinischen Versorgung (d.h. „Heilmittel“ in der Sprache des Gesetzes) zählen Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten und Beschäftigungstherapeuten. Versicherte Patienten haben Anspruch auf entsprechende Leistungen, sofern sie nicht durch das Bundesgesundheitsministerium 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 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannt ist. Die Bedingungen für die Verordnung solcher Leistungen sind in den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses festgeschrieben. Danach kann nichtärztliche medizinische Behandlung nur verordnet werden, wenn eine Erkrankung erkannt, geheilt, gelindert, oder Verschlimmerung verhindert und gesundheitlicher Schaden abgewandt werden kann. Das gilt auch, wenn die Gesundheitsgefährdung von Kindern verhindert und das Risiko der Pflegebedürftigkeit verhindert oder vermindert werden kann. Wie zuvor erwähnt (siehe Abschnitt über die *Struktur des Gesundheitssystems*), sind psychotherapeutisch tätige Psychologen die Ausnahme von der Regel, da sie als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr „nichtärztlichen“ Status haben.

Der Leistungsumfang in Krankenhäusern hängt von zwei Faktoren ab: Dem Krankenhausplan der Landesregierung und den Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus (als Ergebnis des Umstandes, dass Krankenhäuser nicht über eine gemeinsame korporatistische Organisation verfügen). Während Entscheidungen auf staatlicher Ebene den Kapitalfluss für Investitionen bestimmen, entscheiden die Verhandlungen darüber, welche

Kosten erbrachter Leistungen von den Krankenkassen erstattet werden. Diese duale Finanzierung ist Ergebnis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 (siehe den Abschnitt über *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Ambulante Pflege ist getrennt geregelt. Durch die Verantwortungsteilung zwischen Krankenkassen und Pflegekassen gibt es hier Klärungsbedarf. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz bestimmt, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auch für diesen Sektor Richtlinien verabschieden wird.

Prioritätensetzung und Rationierung: Sichtweisen von Öffentlichkeit und Experten

Einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 1998 zufolge unterstützt eine Mehrheit – sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern – unbegrenzte Erstattung von Gesundheitsleistungen. Etwa 50% der Befragten wollten zusätzliche Mittel durch Einsparungen in anderen Bereichen verfügbar machen, während allgemein höhere Steuern und Versicherungsbeiträge nur von wenigen befürwortet wurden. Deutliche Ost-West-Unterschiede gab es zu den Optionen „mehr private Krankenversicherung“ und „höhere Belastung für Patienten“. In den neuen Bundesländern unterstützten dies nur halb so viele wie in den alten Bundesländern (wo dies auch nur wenig Unterstützung fand). Wenn Prioritäten gesetzt werden müssen, solle dies durch Ärzte geschehen – mit höherer Unterstützung in den neuen Bundesländern – während Öffentlichkeit und Manager von Gesundheitsdiensten gemeinsam erst in zweiter Linie genannt wurden. Den Leistungskatalog auf einen Kern essentieller Leistungen zu reduzieren oder eine altersabhängige Prioritätensetzung vorzunehmen, wird von der Mehrheit zugunsten gleichwertiger Behandlungsangebote unabhängig von Alter, Einkommen und Sozialstatus abgelehnt. Dies ist in den neuen Bundesländern ausgeprägter als in den alten – möglicherweise wegen der längeren Geschichte der Betonung von Gleichbehandlung.

In einer ähnlichen Befragung im Jahr 1993 gaben 55% der Befragten an, die Krankenkassen sollten „alles“ zahlen, während 41% ausdrückten, dass bestimmte Krankheiten ausgenommen werden sollten: tabakbedingte Erkrankungen (32%), alkoholbedingte Erkrankungen (28%), Verletzungen durch Risikosportarten (26%), Drogengebrauch (23%), Schwangerschaftsabbrüche (11%), stressbedingte Erkrankungen (3%) und Schwangerschaften (1%). In einer anderen Erhebung von 1995 sprachen sich 41% der Befragten für die Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken bei der Berechnung der Krankenkassenbeiträge aus – hauptsächlich durch ein Bonussystem für einen gesunden Lebensstil (29%) und seltener durch zusätzliche Beiträge für Personen mit Risikoverhalten (7%).

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. In einer anderen Studie vom Sommer 1998 zeigte, dass eine Bevölkerungsmehrheit die Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gegen die Kostenübernahme für Lifestyle-Medikamente wie Viagra unterstützt (59%) (siehe Abschnitt über *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

1997 stimmten Ärzte und Öffentlichkeit in der Auffassung überein, dass im deutschen Gesundheitssystem erhebliche Effizienzreserven vorhanden sind (89%). Im Gegensatz zur Bevölkerung hielten die Ärzte jedoch mehrheitlich Rationierung für unumgänglich (70%). 59% der Befragten gaben an, Rationierung gäbe es bereits.

In einer Delphi-Studie von 1995 drückten Gesundheitsexperten mehrheitlich aus, dass sie weitergehende Einschnitte im Gesundheitswesen und Einschränkungen der Therapiefreiheit bis zum Jahr 2000 erwarteten. Die meisten von ihnen begrüßten Veränderungen bei Methoden der Erstattungs-fähigkeitsprüfung für neue Medikamente, Zusatzversicherungen der Krankenkassen (die derzeit nicht zulässig sind), die Einführung eines Gatekeeper-Systems und – in geringerem Umfang – Bonusregelungen und Strafen im Zusammenhang mit jährlichen Gesundheits-Check-ups. Die Verpflichtung, die günstigsten möglichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu nutzen wurde von einer knappen Mehrheit zurückgewiesen, wobei eine deutliche Mehrheit sich gegen Qualitätsminderungen in der medizinischen Versorgung durch wirtschaftliche Einschränkungen, die Abschaffung der freien Arztwahl oder Rationierung nach Alter, Einkommen und Sozialstatus aussprach.

Zusätzliche Finanzierungsquellen

Obleich die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland die Diskussion um Gesundheitsausgaben und Reformen des Gesundheitswesens dominiert, macht ihr Anteil an den gesamten Ausgaben nur knapp über 60% aus. Andere Sozialversicherungen, wie Renten- und Unfallversicherung und neuerdings Pflegeversicherung, tragen jeweils 1 bis 3% bei, wodurch sich der Anteil der Sozialversicherungen an den Gesundheitsausgaben der vergangenen 25 Jahre auf 66–68% erhöht.

Im deutschen GKV-basierten System können noch drei weitere Finanzquellen benannt werden: Steuern, Zuzahlungen (siehe unten) und private

Krankenversicherung (siehe unten). Gemäß OECD-Daten (siehe Tabelle 5), wurden Steuern als größte zusätzliche Einkommensquelle in den 1990er Jahren von den Zuzahlungen abgelöst. Dieser Trend wird für die 1998er Daten noch ausgeprägter sein. Eine neuere Berechnung der Gesundheitsausgaben für 1992 und 1994 durch das Statistische Bundesamt siedelt die Zuzahlungen jedoch um 1,4% niedriger an (während der Steueranteil etwa gleich hoch und die private Krankenversicherung etwa 1% höher veranschlagt wird; siehe Abb. 12 im Abschnitt über *Budgetsetzung und Ressourcenallokation*).

Steuern werden zur Finanzierung verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens herangezogen. Hierzu gehören Teilerstattungen für Teile der privat abgerechneten Gesundheitsausgaben von Beamten (siehe unten), Krankenversicherungsbeiträge oder Kostenübernahme für Gesundheitsleistungen für Sozialhilfeempfänger, freie staatliche Heilfürsorge, Kapitalinvestitionskosten für Krankenhäuser, der öffentliche Gesundheitsdienst und Subventionen für die landwirtschaftlichen Krankenkassen (die übrigen Kassen beziehen keine Einnahmen aus Steuern).

Tabelle 5. Finanzquellen 1970–1995 (in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben)

Finanzquelle	1970	1975	1980	1985	1990	1993	1994	1995
Öffentlich								
Gesetzliche Sozialversicherung	58,3	66,7	67,0	66,3	65,4	66,0	67,0	68,2
Steuern	14,5	12,4	11,7	11,2	10,8	11,5	10,6	10,0
Privat								
Zuzahlungen	13,9	9,6	10,3	11,2	11,1	11,3	11,3	10,8
Private Krankenversicherung	7,5	5,8	5,9	6,5	7,2	6,7	6,8	6,6
Andere	5,8	5,6	5,1	4,9	5,4	4,4	4,3	4,4

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 1999.

Anmerkung: In allen Tabellen beziehen sich Daten bis einschließlich 1990 auf Westdeutschland und ab 1991 auf das wiedervereinigte Deutschland inklusive der neuen Bundesländer.

Zuzahlungen

Zuzahlungen haben im deutschen Gesundheitssystem eine lange Tradition, vor allem für Arzneimittel. Hier hat sich die Höhe der Zuzahlungen über die Jahre in absoluten Zahlen erhöht, blieb aber als Prozentanteil an den Gesamtkosten stabil bei unter 5% der Ausgaben für verschriebene Arzneimittel bis 1992 (als es 3,5% waren). Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurden Zuzahlungen in zwei Schritten neu geregelt. Zunächst wurde eine neue Zuzahlung pro Packung eingeführt (1993), die dann von der Packungsgröße abhängig gemacht wurde (1994). Diese Maßnahmen verdoppelten den Patientenanteil an den Ausgaben

für verschriebene Arzneimittel auf 8% 1993 und 9% 1994. Das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz erhöhte die Zuzahlung pro Packung auf 4, 6 bzw. 8 DM, wodurch der beschriebene Prozentanteil auf 10% anstieg. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden die Zuzahlungen weiter auf 9, 11 oder 13 DM erhöht, wodurch der Prozentanteil auf 14% stieg. Die neuen Zuzahlungen bedeuteten auch, dass über 20% der verordneten Medikamente vollständig von den Patienten bezahlt werden mussten, was den Anteil der frei verkäuflichen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamente erhöhte. Die neue Regierung senkte die Zuzahlungen durch das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Wirkung vom 1.1.1999 auf 8, 9 oder 10 DM, womit der Patientenanteil an den Arzneimittelausgaben auf etwa 11% sank.

In anderen Bereichen wurden Zuzahlungen in den 1970er Jahren durch einen erweiterten Leistungskatalog reduziert (insbesondere Zahnersatz), später jedoch wieder erhöht. Neue Bereiche der Zuzahlung in den 1980er Jahren waren Krankenhausaufenthalte, rehabilitative Maßnahmen und Krankentransport. Die meisten dieser Neuerungen waren Kostendämpfungsmaßnahmen mit einer Verlagerung der Ausgaben von den Krankenhäusern zu den Patienten – sie beabsichtigten nicht, 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 wurde Zuzahlung aus zwei Gründen befürwortet: zum einen, um Einnahmen zu erhöhen (durch Senkung der Ausgaben für zahnärztliche Leistungen, Physiotherapie und Krankentransport und durch die Verpflichtung des Patienten Arzneimittelkosten über den Festbetrag selbst zu tragen), und zweitens zur Honorierung „verantwortlichen Verhaltens“ (ebenfalls bei zahnärztlicher Behandlung) 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.

Die Kostenbeteiligung wurde 1997 merklich erhöht. Kronen und Zahnersatz wurden für nach 1978 Geborene aus dem Leistungskatalog entfernt. Arzneimittelzuzahlungen wurden deutlich erhöht, ebenso Zuzahlungen zu Kuraufenthalten und rehabilitativen Maßnahmen (Einzelheiten siehe Tabelle 6).

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. Statt dessen mussten Patienten ihre Behandlung privat bezahlen und bekamen nachträglich eine festgesetzte Summe von der Krankenkasse, den sogenannten Festzuschuss, erstattet. Damit wurde die Zahnersatzbehandlung der erste auf der Basis direkter

**Tabelle 6. Zuzahlungen/Zusatzversicherungen in Deutschland 1989–2000
(alte Bundesländer)**

	1989– 1990	1991– 1992	1993	1994– 1996	1. Halbj. 1997	2. Halbj. 1997	1998	1999	2000
Ambulante medizinische Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arzneimittel (DM)									
- ohne Festbetrag ^a	3	3							
- mit Festbetrag ^b	0	0							
- Preis bis zu 30 DM ^{a,b}			3						
- Preis >30 bis 50 DM ^b			5						
- Preis über 50 DM ^b			7						
- kleine packung (N1) ^{a,b}				3	4	9	9	8	8
- mittlere Packung (N2) ^{a,b}				5	6	11	11	9	9
- große Packung (N3) ^{a,b}				7	8	13	13	10	10
Konservative Zahnbehandlung	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zahnersatz	50% ^c 40% ^c 35% ^d	50% ^c 40% ^c 35% ^d	50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}	50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}				50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}	50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}
- für vor 1979 Geborene					50% ^e 40% ^{c,e} 35% ^{d,e}	55% ^e 45% ^{c,e} 40% ^{d,e}	100% über Festzu- schuss		
- für nach 1978 Geborene					100%	100%	100%		
Kieferchirurgie^f	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Krankentransport bei									
- stationärer Behandlung oder bei Notfällen (DM pro Fahrt)	20	20	20	20	20	25	25	25	25
- ambulanter Behandlung	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nichtärztliche Behandlung (z.B. Physiotherapie)	10%	10%	10%	10%	10%	15%	15%	15%	15%
Krankenhausaufenthalte und stationäre rehabilitative Maßnahmen nach Krankenhausaufenthalten (DM pro Tag)^g	5	10	11	12	12	17	17	17	17
Stationäre präventive Kur oder rehabilitative Maßnahme ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt (DM pro Tag)	10	10	11	12	25	25	25	25	17

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Anmerkungen: ^a maximal Preis des Medikamentes; ^b plus 100% der Kosten oberhalb des Festbetrages; ^c bei Patienten mit regelmäßigen jährlichen Kontrollen in den letzten fünf Jahren; ^d bei Patienten mit regelmäßigen jährlichen Kontrollen in den letzten zehn Jahren; ^e 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); ^f falls Essen, Sprechen oder die Atmung stark beeinträchtigt sind, sonst 100%; ^g begrenzt auf 14 Tage im Kalenderjahr; einige Werte sind in den neuen Bundesländern niedriger.

„Verträge“ zwischen Patienten und Leistungserbringern beruhende Bereich innerhalb der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl die Höhe der privaten Abrechnung gesetzlich begrenzt war, schätzte das Ministerium, dass mindestens ein Drittel der Zahnärzte mehr berechnete. Konsequenterweise wurde die Regelung Ende 1998 wieder von der früheren Regelung mit prozentualen Zuzahlungen abgelöst (siehe Tabelle 6).

Zuzahlungen für Patienten sind durch eine Reihe von Maßnahmen begrenzt:

- Personen mit sehr niedrigem Einkommen⁴ und solche, die Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe beziehen, sind von den meisten Zuzahlungen ausgenommen – mit der erwähnenswerten Ausnahme von Zuzahlungen für stationäre Aufenthalte (§61 SGB V).
- Personen bis zum Alter von 18 Jahren sind von Zuzahlungen mit Ausnahme der Zusatzversicherung für Kronen und Zahnersatz und für Krankentransporte befreit.
- Für alle anderen Krankenkassenmitglieder ist die Zuzahlung für Arzneimittel, nichtärztliche medizinische Behandlung und Krankentransport (nicht jedoch für stationäre und rehabilitative Maßnahmen) auf maximal 2% des Bruttoeinkommens für Alleinstehende begrenzt (§62(1) SGB V). Wenn von diesem Einkommen zwei oder mehr Personen leben, erniedrigt sich diese Höchstgrenze (§62(2) SGB V).⁵ Auch für die Absenkung der Zuzahlungen für Kronen und Zahnersatz gibt es spezielle Vorschriften (§62(2a) SGB V).
- Chronisch Kranke, die mindestens 1% ihres Bruttoeinkommens für Arzneimittel, nichtärztliche medizinische Behandlung und Krankentransport aufgewandt haben, sind für die Dauer der chronischen Erkrankung von diesbezüglichen weiteren Zuzahlungen ausgenommen. Im Gegensatz zu der vorstehenden Bestimmung gilt diese Regelung nur für die betroffene Einzelperson.

Private Krankenversicherung

Die deutsche private Krankenversicherung hat zwei Facetten: zum einen, einen bestimmten Teil der Bevölkerung voll zu versichern, und zum anderen, Zusatzversicherungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen anzubieten. Beides wird von den 52 privaten Krankenversicherern angeboten, die im Verband der privaten Krankenversicherung zusammengeschlossen sind.

⁴ d.h. bis zu DM 21504/17 472 (West/ Ost) für eine Person, DM 29 568/24 024 für zwei Personen und DM 5376/4368 für jede weitere Person (im Jahr 2000).

⁵ d.h. um DM 8064/6552 (West/ Ost) für die zweite und DM 5376/4368 für jede weitere Person (im Jahr 2000).

Zusätzlich gibt es noch etwa 45 kleinste, meist regional begrenzte private Krankenversicherer. In Bezug auf die Beiträge ist das private Vollversicherungssegment viermal größer als das der Zusatzversicherungen.

Die 7,1 Millionen voll privat Krankenversicherten (9% der Bevölkerung) fallen in drei Hauptgruppen:

- Frühere GKV-Versicherte, die gewechselt haben, nachdem ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat (siehe oben);
- 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);
- arbeitende sowie berentete Beamte wie Lehrer, Universitätsprofessoren, Ministerialbeamte etc., die von der GKV faktisch ausgeschlossen sind, weil sie durch die Regierung den Großteil ihrer privaten Abrechnungen für Gesundheitsleistungen erstattet bekommen (sie sind privat krankenversichert, um den restlichen Anteil abzudecken).

Voll privat Krankenversicherte genießen im allgemeinen gleich- oder höherwertige Leistungen wie die Mitglieder der GKV. Dies hängt allerdings 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 kinderlose Paare. Um Problemen entgegen zu wirken, die durch die – häufig steil – mit dem Lebensalter der Versicherten steigenden Prämien in Kombination mit der Nicht(wieder)aufnahme in die GKV unter normalen Umständen bedingt sein können, sind die privaten Krankenversicherer gesetzlich verpflichtet, ein der GKV gleichwertiges Versicherungspaket zu Beiträgen anzubieten, die nicht höher als der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV sind. Diese Option wird bisher jedoch von recht wenigen Privatversicherten genutzt.

Anders als GKV-Mitglieder müssen privat Versicherte medizinische Leistungen in der Regel direkt zahlen, um anschließend von den Versicherern ihre Kosten erstattet zu bekommen. 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) oder höher. Durch

die echte Einzelleistungsvergütung bei privat Krankenversicherten sind die Kosten in den vergangenen zehn Jahren durchschnittlich um zwei Drittel schneller gestiegen als in der GKV; in der ambulanten Versorgung und bei Arzneimitteln, wo die Kostendämpfungsbemühungen der GKV besonders erfolgreich waren, sind sie sogar doppelt so schnell gestiegen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. Änderungen der Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der privaten Krankenversicherung zwischen 1988 und 1998 (nur alte Bundesländer)

	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
Ambulante Versorgung	+ 51%	+ 96%
Zahnärztliche Versorgung	- 4%	+ 84%
Arzneimittel	+ 24%	+ 61%
Stationäre Versorgung	+ 62%	+ 50%
Gesamt	+ 44%	+ 72%

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung 1999.

Der zweite Markt für private Krankenversicherer sind Zusatzversicherungen, beispielsweise zur Absicherung von Sonderleistungen bei stationären Aufenthalten, wie Doppelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung. Da die gesetzlichen Krankenkassen nicht berechtigt sind, diese Leistungen anzubieten, müssen hierfür private Zusatzversicherungen erworben werden. Es wird geschätzt, dass 1997 rund 7 Millionen Bundesbürger irgendeine Form solcher Zusatzversicherungen hatten. Im Vergleich zu 1996 ist diese Zahl durch die Einführung der Zusatzversicherungen für Kronen und Zahnersatz stark gestiegen. Diese Leistungen waren 1996 für nach 1978 Geborene aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen worden; sie sind seit dem 1.1.1999 jedoch wieder aufgenommen.

Gesundheitsausgaben

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitssystem teuer, sowohl in absoluten Zahlen (siehe Abb. 4) und noch ausgeprägter als Prozentanteil am BIP (siehe Abb. 5). Während die Gesundheitsausgaben zwischen 1975 und 1990 stabil bei etwa 8,7% des westdeutschen BIP blieben, stiegen sie seit der Wiedervereinigung deutlich an (siehe Tabelle 8) und überstiegen die relativen Werte anderer Länder (siehe Abb. 6). Der Hauptgrund für dieses, am BIP

Tabelle 8. Trends der Gesundheitsausgaben, 1970–1997

Gesamt ausgaben für Gesundheit	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Wert in aktuellen Preisen (Millionen DM)	42 356	90 380	130 128	169 637	212 106	359 723	373 089	380 500
Wert in Preisen von 1990 (Millionen DM)	103 967	156 584	181 718	189 814	212 106	301 528	306 313	–
Wert in aktuellen Preisen, pro Kopf (US \$)	175	375	649	979	1 279	2 128	2 278	2 339
Anteil am BIP (%)	6,3	8,8	8,8	9,3	8,7	10,4	10,5	10,4
Öffentlicher Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben (%)	72,8	79,1	78,7	77,5	76,2	78,2	78,3	77,4

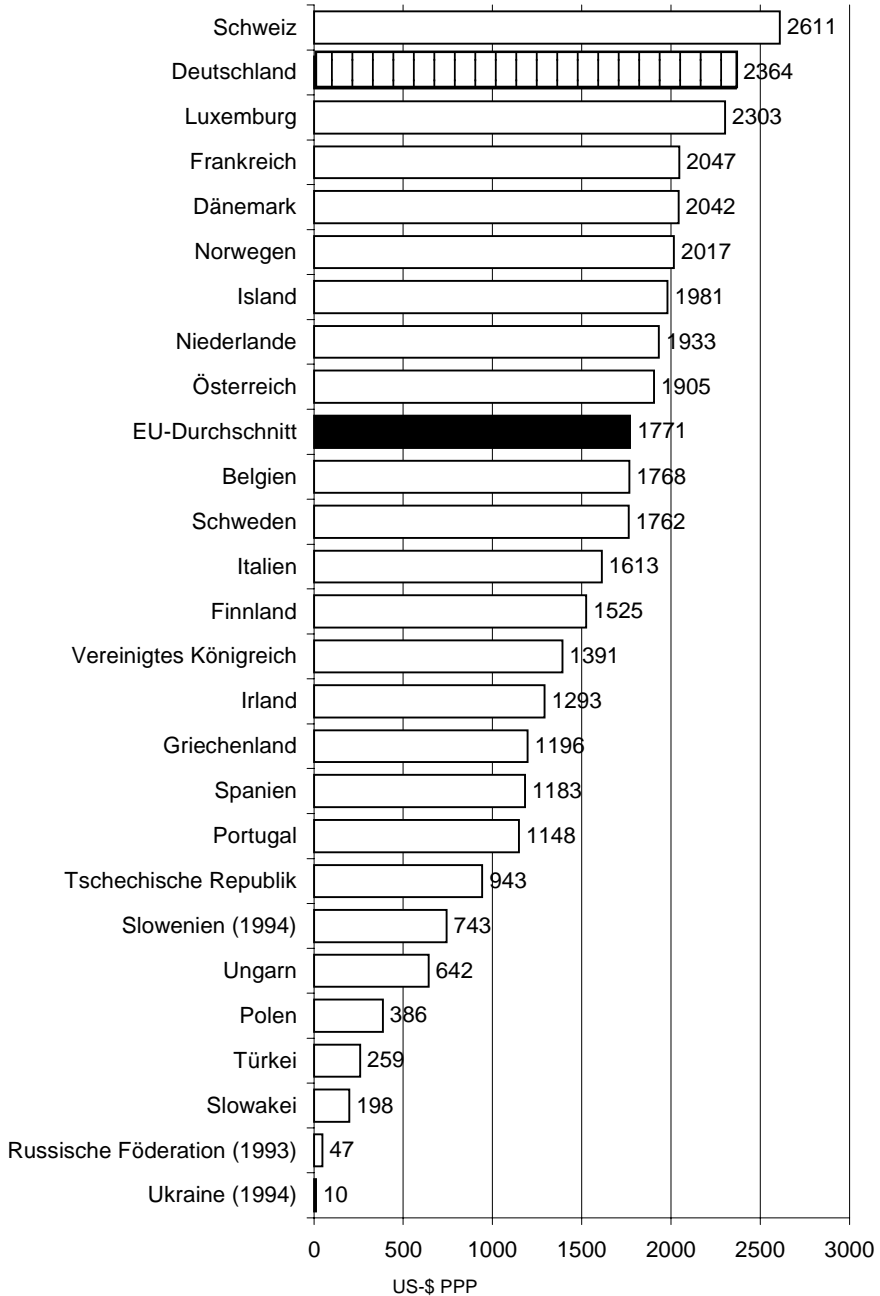
Quelle: OECD Gesundheitdaten 1999.

gemessen, hohe Ausgabenniveau ist, dass die Gesundheitsausgaben in den neuen Bundesländern annähernd so hoch sind wie in den alten Bundesländern, während das BIP in den neuen Bundesländern noch deutlich geringer ist.

Der Anteil öffentlicher Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben ist seit 1975 stabil und vergleichbar mit den meisten anderen Ländern mit gesetzlicher Krankenversicherung und mit den skandinavischen Ländern (siehe Abb. 7).

Durch die umfassende ambulante Versorgung mit annähernd allen Fachdisziplinen liegen die Ausgaben für stationäre Versorgung im internationalen Vergleich relativ niedrig. Sie sind jedoch in den vergangenen 30 Jahre stark und meist schneller als die beitragspflichtigen Einkommen angestiegen. Die deutliche Erhöhung der stationären Ausgaben Anfang der frühen 1970er Jahre kann durch die Einführung der Krankenhausplanung mit der Zielsetzung, einen wahrgenommenen Bettenmangel auszugleichen, sowie das Prinzip der vollen Kostendeckung erklärt werden. Seit 1975 waren die Ausgaben für die stationäre Versorgung, die von 1,9% des BIP 1975 auf 2,4% des BIP 1995 kletterten, die in ihrem Wachstum am wenigsten begrenzten im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Anstieg bei den Krankenhausaussgaben erklärt etwa zwei Drittel des Ausgabenwachstums der GKV seit 1975 und das gesamte Wachstum seit 1988, d.h. während der Phase der großen Kostendämpfungsgesetze. Erst neuerdings sind die Ausgaben im stationären Bereich besser unter Kontrolle (siehe Abschnitt zur *Finanzierung von Krankenhäusern*). Andererseits haben Kapitalinvestitionen bis 1990 stetig abgenommen und sind seither nur temporär durch Investitionen in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung wieder angestiegen (siehe Tabelle 9).

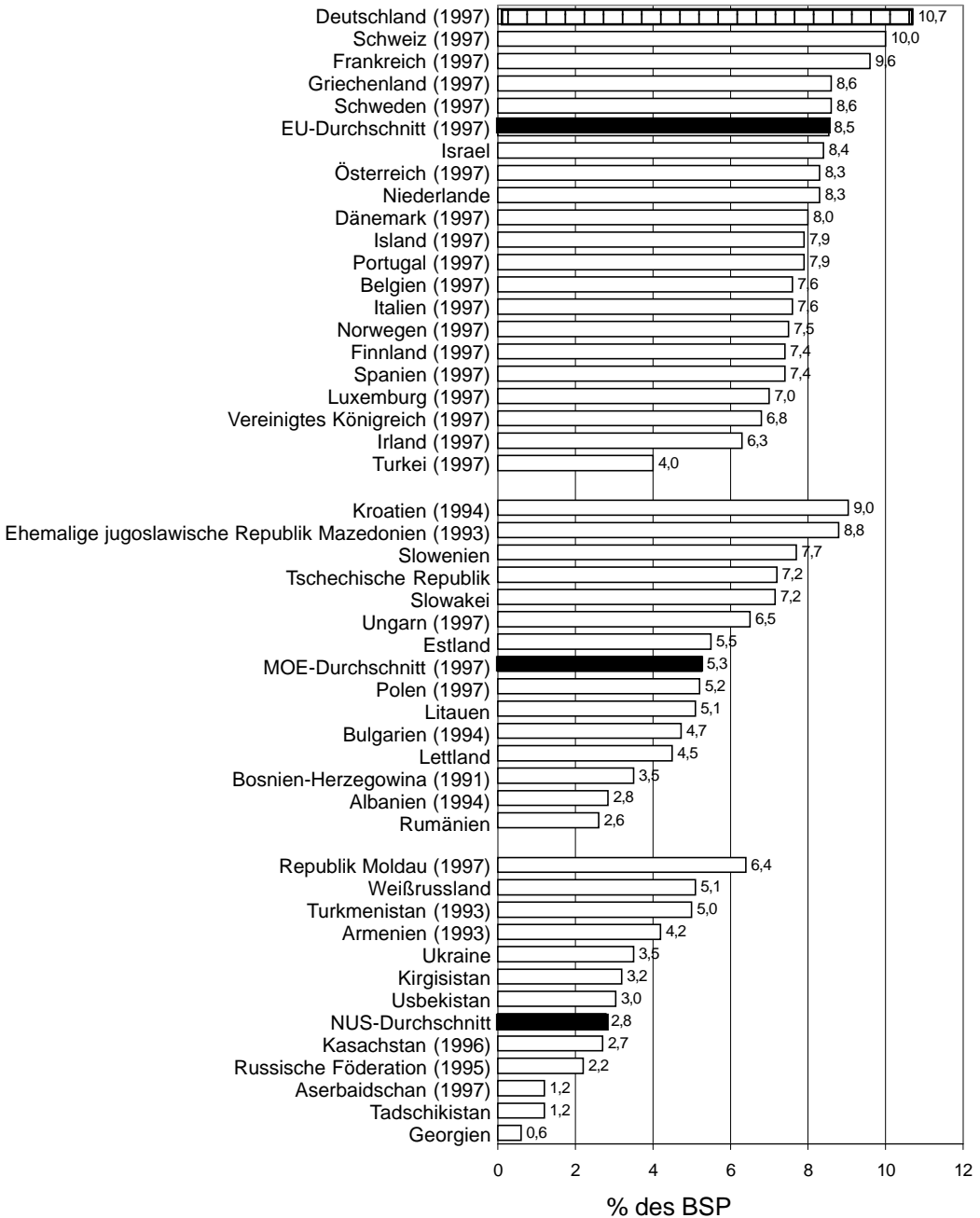
Abb. 4. Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in US-\$ pro Kopf der Bevölkerung (US-\$ PPP) in der Europäischen Region der WHO, 1997 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

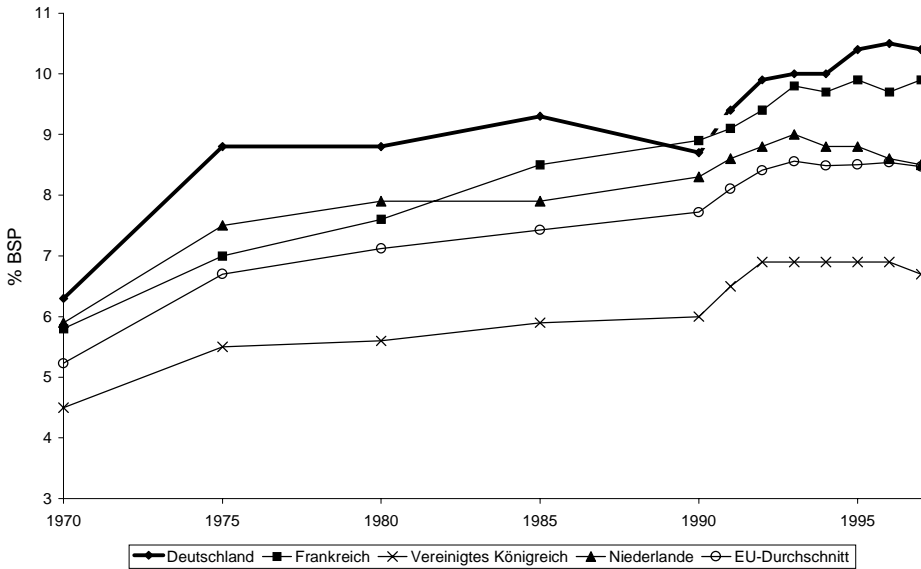
Deutschland

Abb. 5. Gesundheitsausgaben insgesamt als Prozentsatz des Bruttonozialprodukts (BSP), 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Abb. 6. Trends der Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Ländern, 1970–1997 (Prozent des BSP)



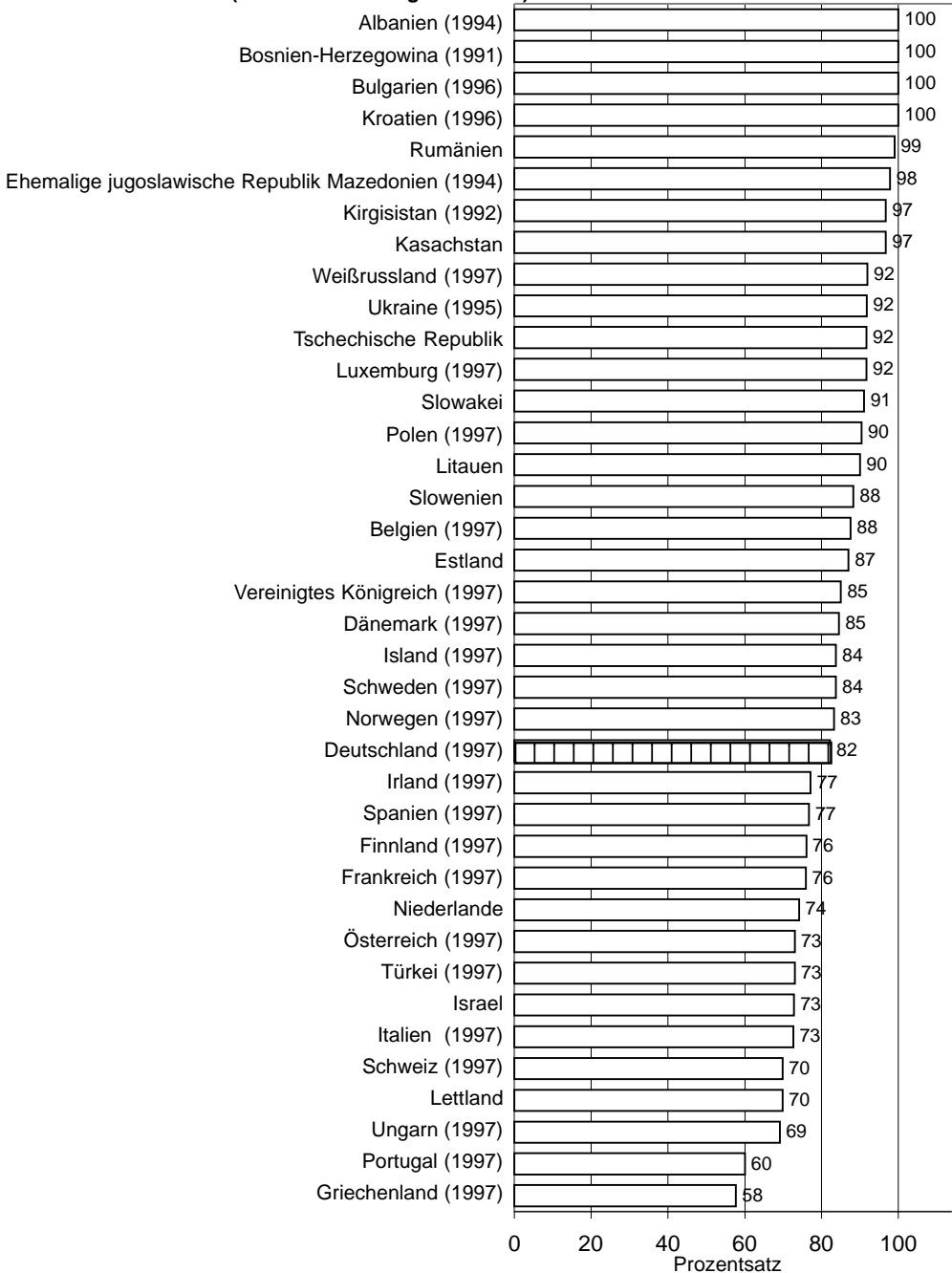
Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Tabelle 9. Gesundheitsausgaben nach Kategorien, 1980–1996 (in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben)

Gesamtausgaben für	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Stationäre Versorgung (%)	33,2	34,0	34,7	34,4	33,9	35,5	35,8	34,6	35,0
Arzneimittel (%)	13,3	13,8	14,2	14,3	14,2	12,4	12,3	12,3	12,7
Öffentliche Investitionen (%)	3,9	3,4	3,1	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,0

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 1999.

Abb. 7. Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen, als Prozentsatz der gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region der WHO, 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Leistungserbringung im Gesundheitssystem

Ein charakteristisches Merkmal des deutschen Systems der gesundheitlichen Leistungserbringung ist die klare institutionelle Trennung zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst, durch niedergelassene Ärzte erbrachte primäre und sekundäre ambulante Versorgung und stationäre Versorgung in Krankenhäusern. Die Trennung zwischen den letzteren beiden Sektoren ist strenger als in allen anderen Ländern und wurde lediglich durch die Erlaubnis zum ambulanten Operieren in den Krankenhäusern und begrenzte ambulante prä- und poststationäre Versorgung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz etwas aufgebrochen.

Die folgenden Kapitel sind daher entsprechend der drei genannten Bereiche gruppiert.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Obwohl 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:

- Aufsicht über Angestellte in medizinischen Versorgungseinrichtungen
- Prävention und Monitoring übertragbarer Krankheiten
- Gewerbliche Aufsicht über Nahrungsmittel, Arzneimittel und Medikamente
- Bestimmte Bereiche der Umwelthygiene
- Gesundheitliche und soziale Beratung
- Gemeindenähe (sozial-)psychiatrische Versorgung
- Gesundheitserziehung und -förderung
- Medizinische Untersuchung von Schulkindern und bestimmten anderen Gruppen.

Diese Leistungen werden durch etwa 360 Gesundheitsämter in Deutschland erbracht, die sich voneinander in Größe, Struktur und Aufgabenstellung unterscheiden.

In den ersten Jahrzehnten des Bestehens der Bundesrepublik verteidigten die Bundesländer ihre Verantwortung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gegen mehrfache Versuche der Bundesregierung, ihren Einfluss auf diesen Bereich auszuweiten. In den 1980er Jahren ließ dieser Widerstand etwas nach, was zum Einschluss verschiedener Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens in das Sozialgesetzbuch und damit zur Überlassung der Leistungserbringung von öffentlichen Gesundheitsleistungen an niedergelassene Ärzte führte.

Ursprünglich waren Impfungen, Reihenuntersuchungen auf Tuberkulose und andere Krankheiten, sowie Gesundheitserziehung und -beratung Aufgabe der Gesundheitsämter. Seit den 1970er Jahren wurden jedoch Bestimmungen des Sozialgesetzbuches auf diesen Bereich ausgedehnt. Bis 1970 war lediglich die vorgeburtliche Versorgung in den Leistungskatalog der GKV eingeschlossen. Seit 1971 ist Krebsvorsorge für Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 45 Jahren in den Katalog aufgenommen worden. Gleichzeitig wurden regelmäßige Untersuchungen für Kinder unter vier Jahren eingeführt; diese wurden 1989 auf Kinder bis sechs Jahre und 1997 auf Jugendliche ausgeweitet. Ebenfalls 1989 wurden die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder bis 12 Jahre (z.B. in Kindergärten und Grundschulen) und die Individualprophylaxe für 12- bis 20-Jährige als GKV-Leistungen eingeführt; letztere wurde 1993 auf 6- bis 20-Jährige ausgeweitet. Regelmäßige Gesundheits-Check-ups auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes für GKV-Versicherte über 35 Jahre wurden ebenfalls 1989 eingeführt. Eine weitere Änderung war 1989 die Einführung von Gesundheitsförderung als verpflichtende Aufgabe der Krankenkassen (1996 wieder abgeschafft). Rechtlich wurden auch Impfungen und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen zu Aktivitäten der Gesundheitsförderung gezählt (bis 1996; seit 1997 ist der entsprechende Paragraph mit „Krankheitsprävention“ überschrieben).

Nachdem Gesundheitsförderung und -prävention dem öffentlichen Gesundheitsdienst verloren gingen, wurde dieser von der Öffentlichkeit noch weniger wahrgenommen und schrumpfte in seiner Größe. Die Zahl der im öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigten Ärzte fiel von 4900 (1970) auf 3300 (1996), während die Zahl der im öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigten Zahnärzte noch stärker von 2500 auf 800 und die Zahl der Sozialarbeiter von 4000 auf 2500 abnahm (alle Angaben für Westdeutschland)

Nach Aufnahme von Gesundheitsförderung und -prävention in den Leistungskatalog der GKV kontrollierten niedergelassene Ärzte einen großen Teil der präventiven Maßnahmen. Für einige dieser Leistungen haben sie sogar ein rechtliches Mandat (Screening und Check-ups), was die Verpflichtung zur Erbringung dieser Leistungen einschließt, während sie für andere Leistungen die Vergütungsfähigkeit mit den Krankenkassen aushandeln konnten (z.B. Impfungen). Daher werden präventive Maßnahmen jetzt unter den gleichen Vorgaben wie kurative Leistungen erbracht und ihre exakte Definition ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Abtretung der Impfverantwortung hatte jedoch zur Folge, dass die Durchimpfungsrate im internationalen Vergleich in Deutschland eher niedrig ist (siehe Abb. 8).

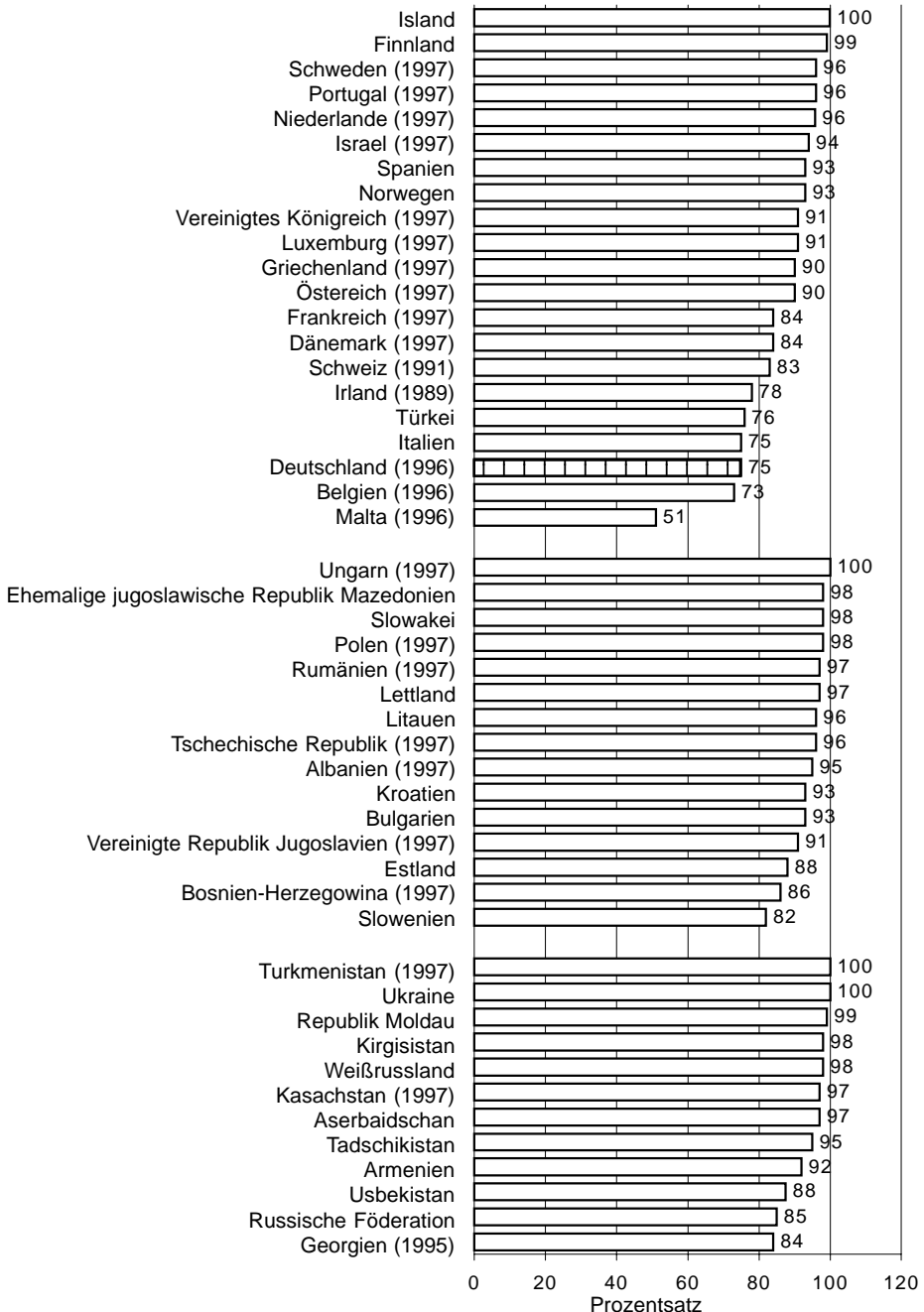
Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung

Die gesamte ambulante Versorgung, sowohl haus- als auch fachärztlicher Art, ist fast ausschließlich auf Basis niedergelassener Ärzte organisiert. Die Mehrheit dieser Ärzte arbeitet in Einzelpraxen; lediglich 25% teilen eine Praxis. Räumlichkeiten, Ausstattung und Personal werden von den niedergelassenen Ärzten selbst finanziert.

Niedergelassene Ärzte bieten annähernd alle Fachrichtungen an; die häufigsten sind in Tabelle 10 mit ihrer Entwicklung seit 1990 aufgelistet. Die Tabelle beinhaltet auch zwei Aspekte, die den ambulanten und den stationären Sektor verbinden. Zum einen haben etwa 5% der niedergelassenen Ärzte eine Berechtigung zur Behandlung von Patienten in Krankenhäusern. Dies betrifft meist die kleinen operativen Fächer, in denen Krankenhäuser so wenig Fälle haben, dass sie diese ein- bis zweimal wöchentlich durch niedergelassene Belegärzte operieren lassen.

Alle anderen Ärzte überweisen ihre Patienten zur stationären Behandlung in Krankenhäuser und behandeln sie anschließend ambulant weiter, d.h. die postoperative Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Chirurgen geleistet und nicht durch Krankenhausärzte. Zum anderen haben zusätzlich zu den niedergelassenen Ärzten etwa 11 000 Ärzte eine Ermächtigung zur ambulanten Behandlung. Dies sind häufig die ärztlichen Leiter von stationären Abteilungen, denen die Erlaubnis, bestimmte Leistungen anzubieten oder Patienten zu bestimmten Zeiten zu behandeln (z.B. wenn Praxen geschlossen sind) erteilt wurde. Unter Verwendung der Vergütung als Näherungswert der erbrachten Leistungen, erbringen diese etwa 2% der ambulanten Versorgung

Abb. 8. Durchimpfungsrate für Masern in der Europäischen Region der WHO, 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Deutschland

zu (dazu 5% durch die ambulanten Einrichtungen der Universitätskliniken). Nicht in Tabelle 10 aufgenommen sind die 7 800 in Praxen angestellten Ärzte.

Deutschland hat kein „Gatekeeping-System“ und Patienten können kassenzugelassene Ärzte frei wählen. Gemäß Sozialgesetzbuch (§76 SGB V) wählen Krankenkassenmitglieder einen Hausarzt, den sie innerhalb des Abrechnungsquartals nicht wechseln dürfen. Da es für diesen Ansatz des selbstgewählten Gatekeepers keinen Kontrollmechanismus gibt, konsultieren viele Patienten direkt niedergelassene Fachärzte. Hausärzte sind Allgemeinmediziner und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung. Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung können wählen, ob sie als Haus- oder Fachärzte tätig sein wollen (§ 73 SGB V). Dies ist bedeutsam, da Fach- und Hausärzte unterschiedliche Abrechnungsmöglichkeiten haben. Trotz Bemühungen der Bundesregierung, den Status der Hausärzte aufzuwerten, hat die Zahl der Fachärzte in den vergangenen Jahrzehnten schneller zugenommen als die der Hausärzte. So ist der Anteil der Hausärzte an der Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte 1998 auf unter 40% gesunken (siehe Tabelle 10).

Stationäre Versorgung

Wie oben ausgeführt, konzentrieren sich die Krankenhäuser in Deutschland auf die stationäre Versorgung. Lediglich Universitätskliniken haben mit ihren Polikliniken formelle Einrichtungen der ambulanten Versorgung, die ursprünglich für Ausbildungs- und Forschungszwecke gegründet wurden. In jüngster Zeit wurde ihre Rolle in der Versorgung mit hochspezialisierten ambulanten Leistungen (z.B. für ambulante Chemotherapie) durch spezielle Verträge von den Krankenkassen anerkannt. Ambulantes Operieren ist ein weiterer neuer Aufgabenbereich für deutsche Krankenhäuser (siehe unten).

Es gibt in Deutschland etwa 2260 Krankenhäuser mit insgesamt annähernd 572 000 Betten (6,97 Betten pro 1000 Bevölkerung) und eine durchschnittliche Belegungsrate von knapp über 80%. Von den 2030 Allgemeinkrankenhäusern sind 790 in öffentlicher Trägerschaft, 820 haben gemeinnützigen Status (international „private not-for-profit“) und 420 sind in privater Trägerschaft; die entsprechenden Bettenanteile betragen 55%, 38% und 7% (siehe auch Abschnitt zu *Dezentralisierung des Gesundheitssystems*). Die Zahl der Krankenhausbetten pro Kopf variiert zwischen den Bundesländern (siehe Abschnitt zu *Finanzierung von Krankenhäusern*). 1994 betrug der Bettenanteil der Universitätskliniken an allen allgemeinen und psychiatrischen Betten 8,3%, der Anteil der Betten in Krankenhäusern in den Krankenhausplänen 87,5%, der Bettenanteil in anderen Krankenhäusern mit Verträgen mit den Krankenkassen 1,5% und der

Tabelle 10. Fachgebiete der GKV-Vertragsärzte 1990–1998

	(1) niederge- lassene Ärzte 1990	(2) Zunahme 1990–1998 in %	(3) niederge- lassene Ärzte 1998	(4) niedergelas- sene Ärzte mit Berech- tigung zu stationären Behandlung (Belegärzte) 1998	(5) Krankenhaus- ärzte mit Er- mächtigung zur ambulan- ten Behand- lung 1998
Anästhesisten	508	+264%	1 848	142	1 117
Augenärzte	4 092	+27%	5 191	605	98
Chirurgen	2 539	+35%	3 435	512	1 781
Frauenärzte	7 306	+31%	9 580	1 574	862
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	2 967	+31%	3 900	1 592	151
Hautärzte	2 535	+30%	3 299	25	99
Internisten (mit und ohne Zusatzbezeichnung)	12 720	+25%	15 951	330	2 584
Kinderärzte	5 128	+14%	5 824	39	701
Labormediziner	419	+38%	577	–	90
Neurologen	3 228	+50%	4 847	23	636
Orthopäden	3 460	+39%	4 815	487	279
Psychotherapeuten	842	+215%	2 653	–	363
Radiologen	1 439	+59%	2 282	–	751
Urologen	1 744	+43%	2 490	475	216
Alle Fachärzte	50 567	+37%	69 024	5 939	10 360
Allgemeinmediziner	38 244	+14%	43 659	142	503
Gesamt	88 811	+27%	112 683	6081	10 863

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999; Spalte 4 ist in Spalte 3 eingeschlossen; Spalte 5 ist zusätzlich; – = keine Angabe, aber geringfügig.

Anteil in Krankenhäusern ohne solche Verträge (d.h. ausschließlich für Privatzahler bzw. -versicherte) 2,7%. Somit sind über 95% aller Krankenhausbetten öffentlich finanziert, soweit die Investitionskosten betroffen sind. Wie bereits erwähnt, geschieht dies unabhängig von der Trägerschaft.

Zusätzlich gibt es in Deutschland rund 1400 Einrichtungen mit insgesamt 190 000 Betten (2,32 Betten pro 1000 Bevölkerung), die der präventiven und rehabilitativen Versorgung dienen. Die Trägerschaft dieser Einrichtungen unterscheidet sich deutlich von derjenigen der Allgemeinkrankenhäuser: Hier sind 15% der Betten öffentlich, 16% gemeinnützig und 69% privat.

Im Jahr 1998 betrug die Zahl der Beschäftigten in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern 1,038 Millionen Personen, oder 850 400 vollzeitäquivalente Stellen (davon 12% Ärzte) und lag damit 4% niedriger als das Beschäftigtenmaximum im Jahr 1995. Die Zahl der Beschäftigten in präventiven und rehabilitativen Einrichtungen belief sich auf 91 500

vollzeitäquivalente Stellen (davon 8% Ärzte) und lag damit rund 10% unter dem Maximum von 1996.

Bis 1992 veränderte sich die Zahl der Krankenhausbetten, der stationären Fälle und die Verweildauer graduell, aber kontinuierlich und war von allen Beteiligten vorhersehbar. Die Reduktion 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 Bettenauslastung und Gesamtzahl der stationären Aufenthaltstage pro Kopf stabil blieben. Zuerst von Umstrukturierungen betroffen waren Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, die sich nach der Wiedervereinigung 1990 an westdeutsche Standards der Infrastruktur, Planung und Finanzierung anpassen mussten. Seit 1993 erfuhren Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern erhebliche Änderungen ihrer Rahmenbedingungen durch festgesetzte Budgets, die Möglichkeit, Verluste und Gewinne zu erwirtschaften, ambulantes Operieren und die Einführung prospektiver Vergütungsformen seit 1996. Dies hat die Indikatoren der Inanspruchnahme sehr viel schneller verändert, als es vorher der Fall war.

Zwischen 1991 und 1998 nahm die durchschnittliche Verweildauer in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern um 24% in den alten und 35% in den neuen Bundesländern ab (siehe Tabelle 11). In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen betrug der Rückgang 15% bzw. 18% (siehe Tabelle 12). Im gleichen Zeitraum nahm die Fallzahl in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern pro 1000 Bevölkerung um 6% in den alten und 24% in den neuen Bundesländern zu. Die resultierende Zahl der Aufenthaltstage pro Kopf ist damit sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern gesunken. Die Bettenauslastung hat in den alten Bundesländern abgenommen, während sie in den neuen Bundesländern zugenommen hat. In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erreichte die Bettenauslastung in den neuen Bundesländern 1995 die der alten Bundesländer, bevor sie in ganz Deutschland mit dem Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz deutlich zurückgingen. Insgesamt glichen sich Nutzung und Ausgaben in den neuen Bundesländern innerhalb bemerkenswert kurzer Zeit denen der alten Bundesländer an (siehe Ost-West-Ratios in Tabelle 11 und Tabelle 12).

Diese Entwicklungen im Bereich der Krankenhäuser einerseits sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen andererseits sind wesentlich weniger deutlich, wenn die Daten gemeinsam betrachtet werden. Insgesamt betrachtet scheint der stationäre Sektor in Deutschland stabiler zu sein, als er es tatsächlich ist. Im internationalen Vergleich liegen die Gesamtzahl der Krankenhausbetten, die stationären Aufnahmen und die Aufenthaltsdauer

Tabelle 11. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme I: Allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern, 1991–1998

	Betten/ 1000 Einwohner			Fälle/ 1000 Einwohner			Verweildauer (Tage)			Bettenauslastung (%)		
	West	Ost	Ratio	West	Ost	Ratio	West	Ost	Ratio	West	Ost	Ratio
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

Quelle: basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes 1999 und vorläufige Daten für 1998.

Tabelle 12. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme II: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den alten und neuen Bundesländern, 1991–1998

	Betten/ 1000 Einwohner			Fälle/ 1000 Einwohner			Verweildauer (Tage)			Bettenauslastung (%)		
	West	Ost	Ratio	West	Ost	Ratio	West	Ost	Ratio	West	Ost	Ratio
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

Quelle: basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes 1999 und vorläufige Daten für 1998.

deutlich über dem Durchschnitt (siehe Tabelle 13, Abb. 9 und Abb. 10). Während die Zahl der Betten in Akutkrankenhäusern in Deutschland seit 1991 reduziert wurde, geschah dies nicht schneller als in Frankreich oder den Niederlanden, d.h. Deutschlands Bettenkapazität liegt weiterhin bei 150% des EU-Durchschnitts (siehe Abb. 10).

Ambulantes Operieren: Obgleich Krankenhäuser erst seit 1993 offiziell zum ambulanten Operieren berechtigt sind, ist das ambulante Operieren in Deutschland nichts Neues. Durch die Aufteilung des ambulanten und stationären Sektors haben niedergelassene Chirurgen, Augenärzte, Orthopäden und andere

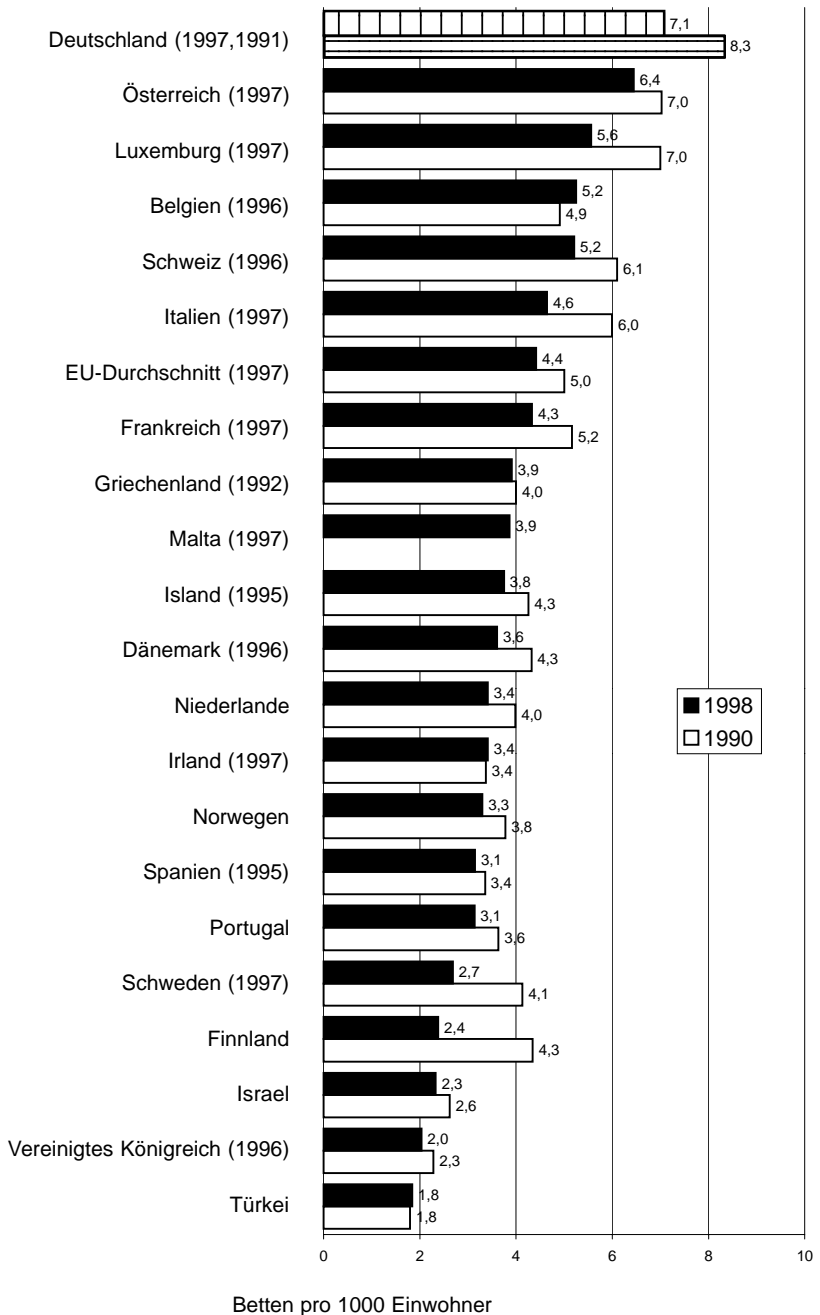
Tabelle 13. Stationäre Inanspruchnahme und Leistungen in Akutkrankenhäusern in der Europäischen Region der WHO, 1998 oder zuletzt verfügbares Jahr

Länder	Betten pro 1000 Einwohner	Fälle pro 100 Einwohner	Verweil- dauer (Tage)	Bettenaus- lastung (%)
Westeuropa				
Belgien	5,2 ^b	18,0 ^b	7,5 ^b	80,6 ^c
Deutschland	7,1 ^a	19,6 ^a	11,0 ^a	76,6 ^a
Dänemark	3,6 ^b	18,8 ^b	5,6 ^b	81,0 ^b
Finnland	2,4	20,5	4,7	74,0 ^c
Frankreich	4,3 ^a	20,3 ^c	6,0 ^b	75,7 ^a
Griechenland	3,9 ^f	–	–	–
Irland	3,4 ^a	14,9 ^b	6,7 ^b	82,3 ^b
Island	3,8 ^c	18,1 ^c	6,8 ^c	–
Israel	2,3	18,4	4,2	94,0
Italien	4,6 ^a	16,5 ^a	7,0 ^a	76,0 ^a
Luxemburg	5,6 ^a	18,4 ^d	9,8 ^b	74,3 ^d
Malta	3,9 ^a	–	4,5	72,2 ^a
Niederlande	3,4	9,2	8,3	61,3
Norwegen	3,3	14,7 ^b	6,5 ^b	81,1 ^b
Portugal	3,1	11,9	7,3	75,5
Schweden	2,7 ^a	16,0 ^b	5,1 ^b	77,5 ^b
Schweiz	5,2 ^b	14,2 ^a	11,0 ^a	84,0 ^a
Spanien	3,1 ^c	10,7 ^c	8,5 ^b	76,4 ^c
Türkei	1,8	7,1	5,5	57,3
Vereinigtes Königreich	2,0 ^b	21,4 ^b	4,8 ^b	–
Österreich	6,4 ^a	24,7 ^a	7,1 ^a	74,0 ^a
MOE				
Albanien	2,8 ^a	–	–	–
Bosnien-Herzegowina	3,4 ^g	7,4 ^g	9,7 ^g	70,9 ^g
Bulgarien	7,6 ^b	14,8 ^b	10,7 ^b	64,1 ^b
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	3,5 ^a	8,1	8,9	66,5
Estland	6,0	17,9	8,8	74,6
Kroatien	4,0	13,4	9,6	88,2
Lettland	–	–	–	–
Litauen	–	–	–	–
Polen	–	–	–	–
Rumänien	–	–	–	–
Slowakei	7,1	19,3	10,3	77,9
Slowenien	4,6	15,9	7,9	75,4
Tschechische Republik	6,5	18,4	8,8	70,8
Ungarn	5,8	21,7	8,5	75,8
NUS				
Armenien	6,0	6,0	10,7	30,2
Aserbaidschan	8,0	5,6	–	–
Georgien	4,6 ^b	4,8 ^b	8,3 ^b	26,8 ^d
Kasachstan	6,6	14,9	13,0	91,2
Kirgisistan	6,7	15,8	12,9	81,7
Republik Moldau	9,1	16,9	15,4	77,6
Russische Föderation	9,0	19,9	14,0	82,5
Tadschikistan	6,2	9,7	13,0	59,9 ^b
Turkmenistan	6,0 ^a	12,4 ^a	11,1 ^a	72,1 ^a
Ukraine	7,4	17,9	13,4	88,1
Usbekistan	–	–	–	–
Weißrussland	–	–	–	88,7 ^d

Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

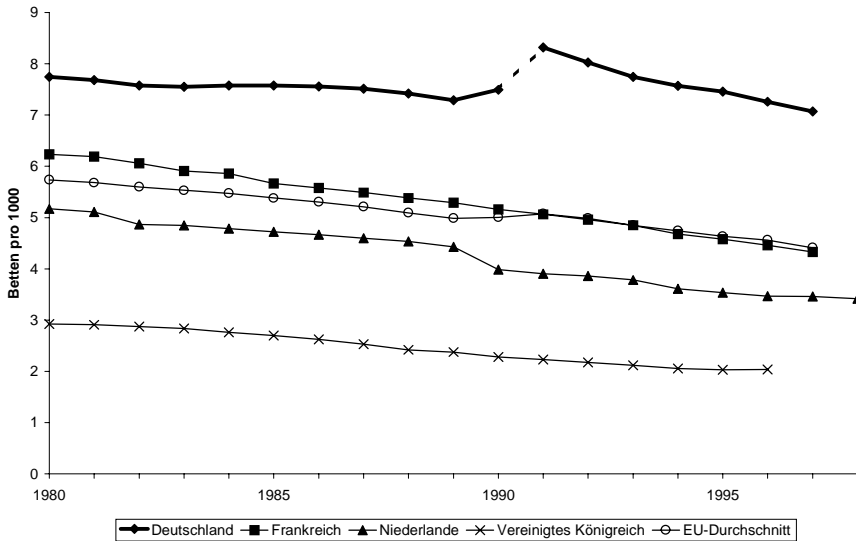
Anmerkung: ^a 1997, ^b 1996, ^c 1995, ^d 1994, ^e 1993, ^f 1992, ^g 1991, ^h 1990.

Abb. 9. Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 1000 Einwohner in Westeuropa, 1990 und 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Abb. 10. Anzahl der Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern in Deutschland und ausgewählten Ländern, 1980–1997 (pro 1000 Einwohner)



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

niedergelassene Fachärzte kleinere ambulante Operationen durchgeführt. Seit den 1980ern wurde dies durch Einführung entsprechender Positionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt, um zusätzliche Kosten der operierenden Ärzte zu decken (Ausstattung, Assistenzpersonal usw.) und der notwendigen Anästhesie zu decken. 1991 machten ambulante Operationen etwa 2% der Krankenkassenausgaben im ambulanten Sektor aus. 1993 wurden zusätzliche EBM-Positionen für die postoperative Versorgung aufgenommen. Die Abrechnungsfrequenz dieser Positionen kann als Hinweis auf die Bedeutung des ambulanten Operierens in Deutschland genutzt werden, obwohl sie keine Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Sektor zulassen, da die Abrechnung gemäß der gleichen Ziffern erfolgt (d.h. denen des ambulanten Sektors). Ambulantes Operieren nahm in der ersten Hälfte der 1990er Jahre stärker zu als bei Festlegung des Budgets antizipiert worden war. Die Wachstumsraten sind sogar noch höher, wenn das Punktvolumen der Leistungen betrachtet wird, da Leistungen mit den geringsten Zuschlägen nur um 27% zunahm, während solche mit hohen Zuschlägen zwischen 1990 und 1994 um mehr als 300% zunahm.

Asmuth et al. (1999) zufolge, boten im Jahr 1997 45% der Krankenhäuser ambulante Operationen und 55% der Krankenhäuser ambulante prä- und/ oder post-stationäre Versorgung an.

Pflege und Langzeitversorgung

Sozialdienste werden durch eine Reihe meist privater Anbieter geleistet, welche die Pflege von älteren Menschen, geistig Kranken und körperlich oder geistig Behinderten durch Familienangehörige und Laienhelfer ergänzen. Die Kostenübernahme findet auf Basis des Subsidiaritätsprinzips, d.h. einer Bevorzugung privater (Selbstzahlung oder Versicherung) vor öffentlicher Unterstützung, statt. Im Vergleich zur Gesundheitsversorgung tragen öffentliche Mittel von Bund und Gemeinden jedoch einen höheren Anteil an Geld- und (in geringerem Maße) Sachleistungen an Sozialdiensten, da die Bedürftigen häufig keinen Zugang zu Leistungen aus beschäftigungsabhängigen Versicherungen haben, oder weil Bedürfnisse nicht durch Versicherungsleistungen gedeckt werden. Die Bundesländer sind verantwortlich für die Planung (und die Absicherung der Leistungsbereitstellung) institutioneller Versorgung und für Sonderschulen. Die meisten Anbieter institutioneller Pflege gehören zu sechs Organisationen, die in der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege* zusammengeschlossen sind (siehe Abschnitt über *Struktur des Gesundheitssystems*). Wohlfahrtsorganisationen haben 60 000 eigenständige Einrichtungen mit annähernd 1,2 Millionen Beschäftigten eingerichtet. Im Bereich der Sozialdienste betreiben sie 50% der Altenheime, 80% der Heime für Behinderte und fast 70% der Jugendeinrichtungen.

Andere Aspekte der Sozialfürsorge in Deutschland sind:

- die traditionelle Priorität (§ 93 BSHG) für Wohlfahrtsorganisationen, Sozialdienste zu leisten;
- die gesetzliche Pflegeversicherung (siehe weiter unten);
- die Bereitstellung umfassender Versorgung schwer körperlich oder geistig Behinderter in Einrichtungen außerhalb der Gemeinde;
- regionale Unterschiede in gemeindenahen Angeboten;
- eine gesetzliche Beschäftigungsquote für Behinderte;
- Sonderschulen, die Ausbildung für Kinder anbieten, für die Schulen der Sekundarstufe und behindertengerechte Schulen ungeeignet sind (z.B. Kinder mit Lernbehinderung und Verhaltensstörungen).

1995 waren 8,3% der Bundesbevölkerung (6,6 Millionen) offiziell als schwerbehindert anerkannt (was nicht mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist – siehe unten). Vier Prozent waren jünger als 25 Jahre alt und 51% älter als 65 Jahre – damit ein Viertel dieser Altersgruppe – womit Deutschland die höchste Rate registrierter Schwerbehinderter in den westlichen Industrieländern hat. Von den Schwerbehinderten im Erwerbsalter waren mit 17,9% 1,7 mal mehr arbeitslos als in der Gesamtbevölkerung.

Die Mehrheit der älteren Menschen (91%) lebt zu Hause in der Gemeinde. 1996 lebten 5% der Bundesbürger im Alter zwischen 65 und 79 Jahren und 8,2% der Altersgruppe zwischen 80 und 84 Jahren in Altersheimen. Der Anteil der in Altersheimen Lebenden nimmt in der Gruppe von 85 bis 89 Jahren auf 17,6% zu und beträgt in der Gruppe über 90 Jahren ein Drittel. Es gibt 8300 Altenheime mit durchschnittlich 80 Bewohnern. 51% der Altenheimbewohner erhalten Krankenpflege, die durch die gesetzliche Pflegeversicherung finanziert wird.

Gesetzliche Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde 1994 eingeführt – als Sozialgesetzbuch IX – als Antwort auf zunehmende öffentliche Besorgnis über die Lage älterer Menschen und einer öffentlichen Debatte über unzureichenden Zugang zur Pflege und unzureichende Unterstützung insbesondere im ambulanten Sektor. Alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (einschließlich Rentner und Arbeitslose) sowie alle voll privat Krankenversicherten wurden Pflichtmitglieder der Pflegeversicherung – womit dies die erste Versicherung mit praktisch bevölkerungsweiter Mitgliedschaft wurde. Die Pflegeversicherung wird durch die Krankenkassen (als eine eigenständige Entität neben der Krankenversicherung aber ohne eigene Selbstverwaltung) und durch die privaten Krankenversicherer verwaltet.

Die Beitragspflicht für die Pflegeversicherung besteht seit Anfang 1995. Erstattungen für ambulante Pflegeleistungen begannen im April 1995, für stationäre Pflege im Juli 1996. Gemäß den Prinzipien der GKV zahlen Versicherte und Arbeitgeber gemeinsam 1,7% (bis Juni 1996 nur 1%) des monatlichen Bruttoeinkommens, also jeweils 0,85%. Um die Arbeitgeber von diesen zusätzlichen Lohnnebenkosten zu entlasten, wurde ein gesetzlicher Feiertag in einen Arbeitstag umgewandelt. Das Land Sachsen hat als einziges Bundesland den Feiertag beibehalten; hier zahlen die Arbeitnehmer einen Beitrag von 1,35% und die Arbeitgeber 0,35%.

Anwärter auf Leistungen aus der Pflegeversicherung werden durch regionale Medizinische Dienste untersucht und eingestuft, die gemeinsam von allen gesetzlichen Krankenkassen betrieben werden (die Privaten Krankenversicherer vergeben hierfür meist Verträge). Versicherungsleistungen werden gewährt, wenn Pflegebedürftigkeit für mindestens sechs Monate erwartet wird. Kurzzeitpflege wird weiterhin von den Krankenkassen finanziert (und von privaten Krankenversicherern, wenn dies entsprechend abgedeckt ist). Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Abhängigkeit von Art, Häufigkeit und Dauer der Pflegebedürftigkeit in Stufen eingeteilt:

- Stufe I: Unterstützung ist für mindestens zwei Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität (mindestens einmal täglich) und Haushalt (mehrmals wöchentlich) mit einer durchschnittlichen täglichen Gesamtdauer von wenigstens 90 Minuten erforderlich.
- Stufe II: Unterstützung ist mindestens dreimal täglich und insgesamt wenigstens drei Stunden täglich erforderlich.
- Stufe III: Unterstützung ist ganztags (einschließlich der Nächte) für insgesamt täglich wenigstens fünf Stunden erforderlich.

Jeder Leistungsberechtigte für ambulante Pflege hat die Wahl zwischen Geldleistungen für Heimpflege durch Angehörige (Pflegestufe I DM 400 monatlich, Pflegestufe II DM 800, Pflegestufe III DM 1300, plus Mittel für eine professionelle Vertretung von bis zu DM 2800 pro Jahr für Urlaubszeiten der pflegenden Angehörigen) oder für ambulante Pflegedienste (bis zu DM 750/1800/2800 monatlich in den Pflegestufen I/II/III). Zusätzlich können pflegende Angehörige unentgeltlich Schulungen besuchen und sind unfall-, invaliditäts- und rentenversichert. Für Personen, die stationärer Pflege bedürfen, stehen Mittel für Tages- und Nachtpflege und für Unterbringung in Altenheimen und spezialisierten Pflegeeinrichtungen zur Verfügung (bis zu DM 2000/2500/2800 monatlich in den entsprechenden Pflegestufen).

Die Einnahmen der Pflegeversicherung überschritten die Ausgaben in den ersten drei Jahren um über neun Milliarden DM – hauptsächlich dadurch bedingt, dass die Beitragspflicht begann, bevor Leistungen erstattet wurden – erreichten aber 1998 ein stabiles Verhältnis zu den Ausgaben. Ende 1998 erhielten 1,71 Millionen Menschen (2,4% aller Versicherten) Leistungen aus der Pflegeversicherung (ohne Berechnung von Leistungsberechtigten, die privat versichert waren); 1,2 Millionen (1,7% aller Versicherten) erhielten Leistungen für ambulante Pflege und 510 000 (0,7%) für Pflege in entsprechenden Einrichtungen (davon etwa ein Zehntel in Einrichtungen für Behinderte). Der Prozentanteil der für Leistungen aus der Pflegeversicherung Berechtigten ist altersabhängig und reicht von unter 0,6% bei den unter 50-Jährigen, 1,7% bei den 60–65-Jährigen und 4,7% bei den 70–75-Jährigen bis 29,6% in der Gruppe der über 80-Jährigen. Die Altersabhängigkeit ist in der stationären Pflege ausgeprägter als in der ambulanten Pflege: weniger als 0,1% der unter 30-jährigen sind berechtigt, während es bei den über 80-Jährigen 11% sind.

Von den Anspruchsberechtigten für ambulante Pflegeleistungen sind 50% in Pflegestufe I, knapp 40% in Pflegestufe II und etwas über 10% in Pflegestufe III. 77% der genannten Personen wählen Geldleistungen. Weniger als 10% wählen ausschließlich Sachleistungen (d.h. Versorgung im eigenen Haushalt durch ambulante Pflegedienste) und 12% wählten eine Kombination von Geld-

und Sachleistungen. Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege werden nur in einem kleinen Teil der Fälle beansprucht – teilweise durch unzureichende Verfügbarkeit, insbesondere in ländlichen Regionen. Solche mit Anspruch auf stationäre Pflegeleistungen sind im Schnitt in höheren Pflegestufen: Jeweils etwa 40% in den Pflegestufen I und II und etwas über 20 % in Pflegestufe III.

Ambulante Pflegedienste werden auf einer Fallbasis abgerechnet, während Pflege in entsprechenden Einrichtungen nach Pflegesätzen finanziert werden. Die Preise werden zwischen Pflegekassen und Verbänden der Leistungsanbieter auf Länderebene verhandelt. Die Sicherstellung des Zugangs zu ambulanter Pflege wurde den gesetzlichen Pflegekassen übertragen, während die Sicherstellung stationärer Pflege den Bundesländern obliegt. Im Fall der Pflege besteht das Prinzip der dualen Finanzierung, wobei die Bundesländer die Investitionskosten für stationäre Einrichtungen voll und für ambulante Einrichtungen teilweise tragen. Die Bundesländer sind zuständig für die Planung, sind aber rechtlich nicht berechtigt, die Zahl der Anbieter ambulanter Pflege zu begrenzen, um den Wettbewerb zu stärken.

Das Sozialgesetzbuch XI beendete explizit die rechtliche Bevorzugung von Wohlfahrtsverbänden vor privatwirtschaftlichen Anbietern, um Wettbewerb bei Preisen und Qualität einzuführen. Daher nehmen private Anbieter in den jährlichen Verhandlungen mit den Krankenkassen teil. In der Praxis einigen sich private Anbieter und Wohlfahrtsverbände jedoch vor diesen Verhandlungen auf gemeinsame Preisforderungen.

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung stärkte die Möglichkeiten der Selbstversorgung von pflegebedürftigen Menschen. Die Leistungen pflegender Angehöriger – meist Frauen – wurden offiziell durch finanzielle Entschädigung und Integration in das System der sozialen Sicherung anerkannt. Die Gesetzliche Pflegeversicherung stellt jedoch eher basale als umfassende Unterstützung für Anspruchsberechtigte und ihre Familien bereit, die häufig zusätzlicher Sozialhilfeleistungen durch die Gemeinden bedürfen. Der Anteil der Sozialhilfe zur Unterstützung Pflegebedürftiger lag 1997 10% niedriger als 1995. Da die Versicherungsleistungen nicht Unterbringungskosten für Altersheime einschließen, sind ältere Menschen in diesen Einrichtungen in besonderem Maße betroffen. Wohlfahrtsorganisationen und Selbsthilfegruppen haben ebenfalls kritisiert, dass die Bedürfnisse von dementen Patienten und Schwerpflegebedürftigen durch die strengen Einschlusskriterien der Pflegeversicherung nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt werden. Es wird kritisiert, dass die somatische Orientierung der Dienste und ihrer Vergütung und die Staffelung der Leistungen nicht dem Rechtsprinzip „Rehabilitation vor Rente“ entsprächen.

Die Einführung der Pflegeversicherung führte auch zu einer zahlenmäßigen Zunahme berufstätiger Krankenpflegekräfte und Altenpflegekräfte, insbesondere in den ambulanten Pflegediensten. Die Zahl der vollzeitbeschäftigten Kräfte in der ambulanten und stationären Pflege erhöhte sich in drei Jahren um ein Drittel und wird wegen der demografischen Entwicklung als weiter zunehmend eingeschätzt.

Psychiatrische Versorgung

Seit dem Bericht eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses von 1975, der den Grad der Institutionalisierung und die geringe Qualität der Versorgung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen kritisierte, wandelte sich die psychiatrische Versorgung in Deutschland graduell hin zu gemeindenahen Versorgungsangeboten. Während dieses Prozesses der Enthospitalisierung fiel die Zahl der psychiatrischen Betten von 150 000 im Jahr 1976 in den alten Bundesländern auf 69 000 in Gesamtdeutschland im Jahr 1995. Im gleichen Zeitraum verringerte sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern von 152 auf 44 Tage.

Die Situation der psychiatrischen Versorgung in den neuen Bundesländern war 1990 vergleichbar der Lage in Westdeutschland vor der Psychiatriereform in den 1970er Jahren. Der Mangel an spezialisierten gemeindenahen Einrichtungen wurde durch Personalknappheit weiter verstärkt. Große stationäre Einrichtungen mit 300 bis 1800 Betten leisteten eine vergleichsweise geringe Pflegequalität. Es wurde geschätzt, dass etwa 60% der 1990 so hospitalisierten Patienten keiner stationären Versorgung bedurften. Folgerichtig förderten staatliche Stellen und Krankenkassen insbesondere die Einrichtung gemeindenaher ambulanter und stationärer Pflegeangebote in den neuen Bundesländern. Trotzdem wird hier die soziale Integration und der Zugang zu gemeindenahen Einrichtungen als inadäquat eingestuft, obgleich Deutschland insgesamt im internationalen Vergleich eine günstige Position belegt. 1995 wurde geschätzt, dass immer noch 24% bis 40% der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern keiner stationären Versorgung bedurften und dass somit etwa 10 000 Krankenhauspatienten in Pflegeheime transferiert werden könnten.

Der Prozess der Enthospitalisierung führte zu einer Zunahme gemeindenaher Pflegeheime für chronisch psychisch Kranke. Es gab 1992 250 ambulante psycho-soziale Pflegedienste, die Beratung und Therapie für 8000 geistig kranke Patienten anboten. Die Dezentralisierung der Pflege ging nicht unbedingt mit einer Dezentralisierung der Planung und Finanzierung einher. So sind ambulante Dienste durch deutliche regionale Unterschiede gekennzeichnet, die in hohem Maße von Budgets und lokalen politischen Entscheidungen abhängen, Verträge

mit privaten Leistungsanbietern zu verhandeln. Das öffentliche Gesundheitswesen bietet selbst sozial-psychiatrische Dienste für die am stärksten benachteiligten psychisch Kranken an, indem es Hausbesuche und Beratungen leistet. Es gibt einen allgemeinen Mangel an umfassenden Angeboten in den Gemeinden. Tageskliniken, die meist den psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern angegliedert sind, werden durch Kranken- und Rentenkassen als Maßnahmen der sozialen Rehabilitation finanziert, wenn die Patienten Anspruch auf diese Leistungen haben. Krankenhäuser bieten auch flexible Kriseninterventionsdienste an, die meist durch die Krankenversicherung oder öffentliche Zuschüsse finanziert werden.

Die ambulante Versorgung für psychisch Kranke wird auch durch die wachsende Zahl der Psychiater, Neurologen und Psychotherapeuten im ambulanten Sektor verstärkt (siehe Abschnitt zu *Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung*). Zusätzlich wurde der Prozess der Enthospitalisierung von psychiatrischen Patienten durch Zunahme an Privatkliniken begleitet, die Kurzzeitpflege und rehabilitative Leistungen für Patienten mit Suchterkrankungen und psychosomatischen Leiden anbieten (die sich nicht im Krankenhausplan der Bundesländer befinden).

Sozialdienste für körperlich und geistig Behinderte

Sozialdienste für körperlich und geistig behinderte Menschen sind in Deutschland durch ein gut ausgestattete und hochspezialisierte Institutionen und Schulen gekennzeichnet. Obwohl diese umfassenden Dienste zunehmend innerhalb der Gemeinden und auf ambulanter Basis geleistet werden, spielen stationäre Einrichtungen insbesondere für schwer- und mehrfachbehinderte Menschen weiterhin eine große Rolle.

Ähnlich wie für geistig Kranke gibt es ein weites Spektrum an privaten Organisationen und lokalen Gemeindeeinrichtungen, die Unterstützung für Behinderte und ihre Familien anbieten. Durch unklare Finanzierungsverantwortlichkeiten haben die Betroffenen jedoch keinen konkreten Anspruch auf gemeindenaher Angebote wie behindertengerechte Kindergärten und Schulen. Dies führt zu erheblichen regionalen Unterschieden und zur Unterversorgung in ländlichen Gebieten.

Personelle Ressourcen und Ausbildung

Personelle Ressourcen

Ärzte

Die Zahl berufstätiger Ärzte in Deutschland ist in den vergangenen 25 Jahren kontinuierlich gestiegen. Die durchschnittliche jährliche Zunahme hat sich von 3% in den 1980er Jahren auf 2% in den 1990er Jahren verringert. Von der Gesamtzahl der 357 700 Ärzte waren 1998 287 000 berufstätig – einer Rate von 3,5 pro 1000 Bevölkerung entsprechend. Von diesen arbeiteten 135 800 in Krankenhäusern, 124 600 im ambulanten Sektor (davon 112 700 GKV-zugelassene Ärzte, 7800 angestellte Ärzte und 4100 ausschließlich für Privatpatienten), 10 500 im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Verwaltung und Verbänden und 16 100 in anderen Bereichen (z.B. pharmazeutische Industrie).

Gemäß der §§ 99–105 Sozialgesetzbuch V müssen „bedarfsgerechte“ Pläne entwickelt werden, um die Zahl der kassenzugelassenen niedergelassenen Ärzte zu regulieren. Ursprünglich diente dies dazu, auch die Versorgung weniger häufiger Fachgebiete in ländlichen Regionen sicherzustellen. Seit den 1980er Jahren lag der Fokus jedoch auf der Vermeidung der Überversorgung. Seit 1993 bestimmt das Sozialgesetzbuch, dass in Gebieten, in denen die Versorgung 110% der durchschnittlichen Versorgungsdichte des jeweiligen Fachgebietes übersteigt keine Praxisneuzulassung mehr zulässig ist. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat entsprechende Richtlinien verabschiedet, die diese Obergrenzen definieren. Die Richtlinien klassifizieren die Planungsgebiete in 10 Gruppen – von großen Metropolen bis hin zu ländlichen Gebieten – und definieren als Bedarf pro Gruppe die tatsächliche Zahl an Ärzten, die 1990 in dem entsprechenden Gebietsgruppe tätig waren (bezogen auf die Bevölkerung). „Überversorgung“ ist definiert als 110% dieser Zahl. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Morbidität und sozioökonomischer Status der Bevölkerung oder die Versorgung mit Krankenhausbetten werden nicht in diese Berechnung einbezogen. Daher schwankt der „Bedarf“ für bestimmte Fachgebiete erheblich (bis zu einem Faktor von 7,5), da die regionalen Unterschiede festgeschrieben wurden (für Einzelheiten siehe Tabelle 14).

Anfang 1999 waren von insgesamt 417 Planungsgebieten 380 geschlossen für die Zulassung neuer chirurgischer Praxen, 370 für Kinderärzte und 363 für Hautärzte. Für Allgemeinmediziner war die Zulassung jedoch in nur 212 Planungsgebieten gesperrt, d.h. dass in knapp 50% der Gebiete das definierte Maximum nicht erreicht war.

Tabelle 14. „Bedarfsgerechte“ Anzahl von Ärzten pro Bevölkerung, die als einhundertprozentige Versorgung in dem jeweiligen Fachgebiet definiert wurde - höchster und niedrigster Wert (definiert als ein Facharzt pro X Bevölkerung)

	Höchste Dichte	Niedrigste Dichte	Vielfaches von höchster zu niedrigster Dichte
Allgemeinmediziner/Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	1/1 674	1/2 968	1,77
Anästhesisten	1/18 383	1/137 442	7,48
Augenärzte	1/11 017	1/25 778	2,34
Chirurgen	1/21 008	1/62 036	2,95
Frauenärzte	1/6 711	1/14 701	2,19
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	1/16 419	1/42 129	2,57
Hautärzte	1/16 996	1/60 026	3,53
Internisten	1/3 679	1/9 992	2,72
Kinderärzte	1/12 860	1/27 809	2,17
Neurologen	1/11 909	1/47 439	3,98
Orthopäden	1/13 009	1/34 214	2,63
Radiologen	1/24 333	1/156 813	6,44
Urologen	1/26 017	1/69 695	2,68

Quelle: basierend auf Daten derKassenärztlichen Bundesvereinigung 1999.

Tabelle 15. Berufstätige im Gesundheitswesen in Deutschland, 1980–1997 (pro 1000 Bevölkerung)

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Berufstätige Ärzte	2,2	2,6	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,4	3,5
Berufstätige Zahnärzte	0,6	0,6	0,7*	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Berufstätige Apotheker	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6

Quelle: Statistisches Bundesamt 1998 (* keine exakten Zahlen verfügbar, extrapoliert von Daten aus 1989 und 1991)

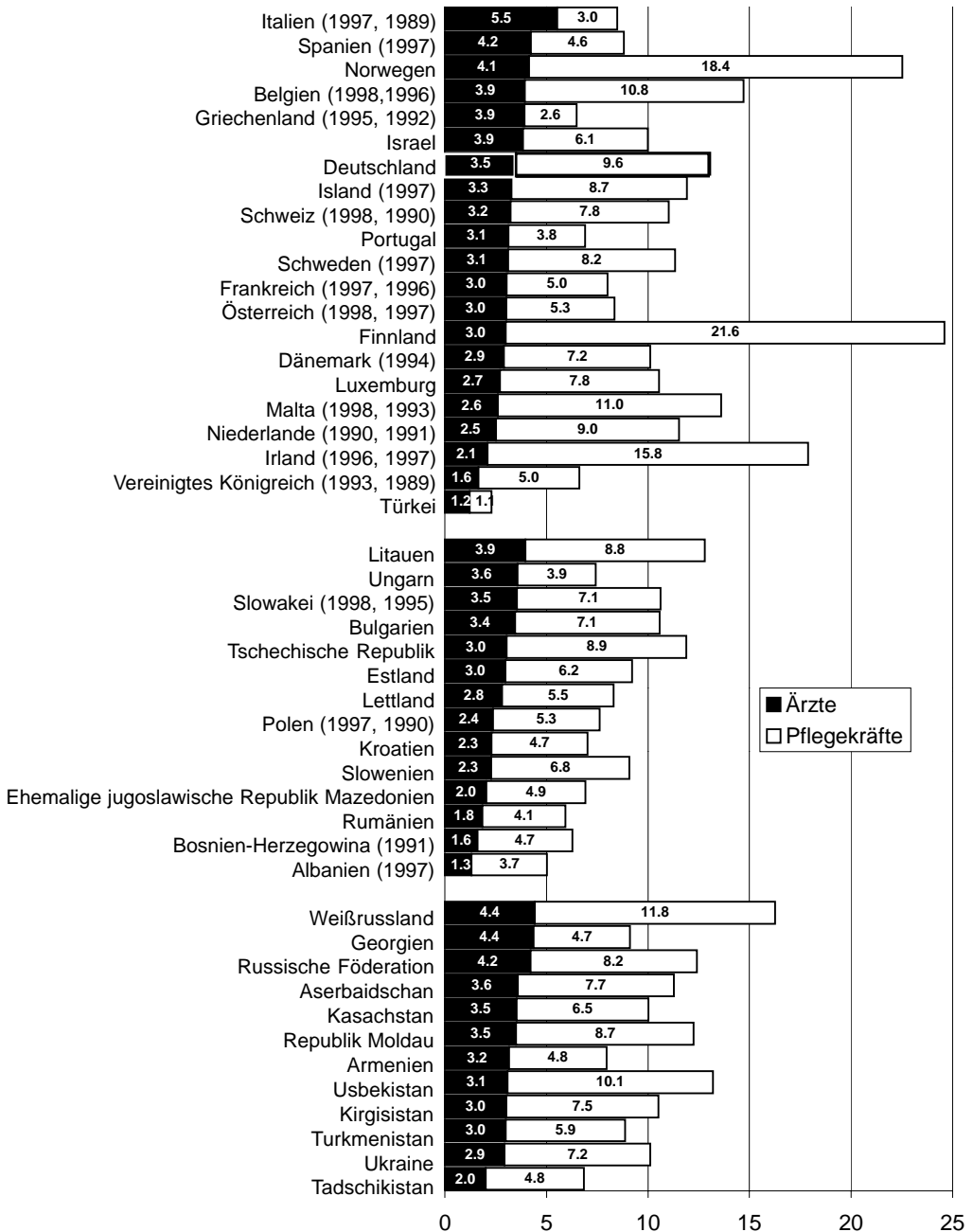
Bemerkung: Daten zu Pflegekräften sind nicht verfügbar, da sie nicht routinemäßig erhoben werden.

Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Da Krankenpflegefachkräfte in Deutschland rechtlich nicht als eigenständige Profession gelten, besteht für sie keine Registrierungspflicht und entsprechend sind auch keine guten Daten vorhanden. Da Schätzungen zufolge befindet sich ihre Zahl im Durchschnitt der Europäischen WHO Region (siehe Abb. 11).

Ein interessantes Instrument wurde in das Gesundheitsstrukturgesetz aufgenommen: Die Pflege-Personal-Regelung mit täglicher Dokumentation der Pflegeaktivitäten und Einstufung der Patienten in eine von neun Gruppen mit

Abb. 11. Zahl der Ärzte und Pflegenden pro 1000 Einwohner in Ländern der Europäischen Region der WHO, 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Pro 1000 Einwohner

Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Deutschland

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 Pflege-Personal-Regelung wurde eingeführt, um den (wahrgenommenen) Mangel an Pflegekräften zu beenden. Es wurde erwartet, dass neue Stellen geschaffen würden. Im 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde die Regelung wieder abgeschafft – mit der offiziellen Begründung, dass die Regelung zwischen 1993 und 1995 zur Schaffung von fast 21 000 neuen Pflegestellen geführt hätten, während vom Gesetzgeber nur 13 000 vorgesehen waren.

Die Bedingungen für unabhängige nichtärztliche Gesundheitsberufe – beispielsweise Physiotherapeuten und Sprachtherapeuten – werden durch das Sozialgesetzbuch geregelt (§§ 124 und 138 SGB V). § 124 reguliert die Zulassungskriterien für Leistungserbringer (Ausbildung, Praktika, Praxisausstattung, vertragliche Vereinbarungen), falls sie an der Versorgung GKV-versicherter Patienten teilnehmen wollen.

Ausbildung

Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen ist eine gemeinsame Aufgabe zwischen den Ausbildungsstätten, dem Gesundheitswesen, der beruflichen Selbstverwaltung und dem Staat. Die meisten aktuellen Debatten resultieren aus Spannungen zwischen den einzelnen Interessengruppen.

Gemäß der föderalen Struktur sind die 16 Bundesländer allgemein verantwortlich für die Regulierung und Finanzierung der Ausbildung und für die Registrierung und Aufsicht von Berufsgruppen wie den Gesundheitsberufen. Traditionell unterscheiden sich die Gesundheitsberufe von anderen Berufsgruppen durch nationale Bestimmungen zur primären Ausbildung und durch die weitgehende Autonomie ihrer Kammern in der Regelung der Spezialisierung (sekundäre Berufsausbildung) und Weiterbildung. Nationale Standards für Curricula und Examen wurden für das Medizinstudium 1871, 1875 für Pharmazie und 1907 für die Krankenpflegeausbildung eingeführt. Heute gibt es einheitliche curriculare Rahmen für 16 der 22 nicht-akademischen Gesundheitsberufe (z.B. Heilpraktiker/innen, Technische Assistenten/innen, Arzthelfer/innen, Kinderkrankenpfleger/schwestern, Pflegehelfer/innen, Rettungs- und Transportpersonal). Bundeseinheitliche Regelungen für die Altenpflege sind ebenfalls in Vorbereitung.

Berufliche Grundausbildung und Zulassung

Die primäre nichtakademische und akademische Berufsausbildung ist in Deutschland im allgemeinen kostenlos. Private Schulen bieten jedoch Kurse

für therapeutische Berufe an und verlangen monatliche Gebühren um DM 600 bis 1000. In Ausbildungsberufen des Gesundheitsbereiches erhalten die Auszubildenden ein monatliches Einkommen. Universitäre Ausbildung wird durch die Länder finanziert, während die klinische Ausbildung in Krankenhäusern allgemein durch die GKV im Rahmen ihrer Verträge mit den jeweiligen Krankenhäusern finanziert wird.

Die meisten deutschen Universitäten bieten humanmedizinische (36), zahnmedizinische (31) und/oder pharmazeutische Studiengänge an (23); Veterinärmedizin wird von fünf Fakultäten angeboten. Es gibt zahlreiche Einrichtungen für die Ausbildung von Krankenpfleger/innen (1995 42 000 Anfänger in 1050 Zentren), für therapeutische Berufe wie Physiotherapeuten/innen oder Diätassistenten/innen (12 000 Anfänger, 340 Zentren), technische Assistenten/innen (5800 Anfänger, 110 Zentren), Rettungssanitäter/innen (1900 Anfänger, 30 Zentren) oder Altenpfleger/innen (16 000 Anfänger, 125 Zentren).

Die Grundausbildung in den meisten nichtakademischen Gesundheitsberufen erfordert einen qualifizierten Abschluss nach der Sekundarstufe und dauert üblicherweise drei Jahre. Der Zugang zu deutschen Universitäten ist im allgemeinen auf Abiturienten/innen beschränkt. Studienplätze in gesundheitsbezogenen Studiengängen werden durch die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze vergeben, was sich nach Schulnoten, Wartezeit und besonderen Quoten (z.B. für Ausländer und Behinderte) richtet. Fünfzehn Prozent der Humanmedizin-Studienplätze werden durch Auswahlgespräche in den Hochschulen vergeben. Die Studiendauer beträgt zwischen 4 Jahren (Pharmazie) und 6 Jahren (Humanmedizin).

Die Curricula für akademische Gesundheitsberufe sind hochgradig standardisiert und um 3 bis 4 zentrale Prüfungen organisiert. 1999 wurde jedoch eine langjährig angestrebte Experimentierklausel für das Studium der Humanmedizin eingeführt, die einzelnen medizinischen Fakultäten erlaubt, unter Wahrung der bundesweiten Standards Reformcurricula anzubieten (beispielsweise zwei zentrale Abschlussexamina). Das politische Ziel waren grundsätzliche Reformen mit mehr „bedside-teaching“, primärmedizinischer Orientierung, problemorientiertem Lernen und Integration von naturwissenschaftlichen Grundlagen und klinischen Fächern. Der erste Reformstudiengang wurde als Wahlmöglichkeit für 63 Studierende an der Berliner Humboldt-Universität im Herbst 1999 begonnen.

Seit den frühen 1980er Jahren haben Kostenargumente Gesundheitspolitiker dazu motiviert, die Zahl der Studienplätze in den akademischen Gesundheitsberufen zu reduzieren (während dies von den primär für die Ausbildung Verantwortlichen nicht allgemein akzeptiert wurde). Seit 1990 hat die Zahl der Absolventen um etwa 15% abgenommen auf 9500 in

Humanmedizin und 1800 in Zahnmedizin. Damit war die Zahl der Absolventen in den Gesundheitsberufen (16 500 einschließlich Veterinärmedizin) 1998 gleichauf mit den Wirtschaftswissenschaften und überstieg die der Juristen um etwa 4000. Zusätzlich graduierten 1998 5700 Psychologen.

Nach dem Universitätsabschluss können Absolventen von den für Gesundheit verantwortlichen Landesministerien zugelassen werden, wofür bei Ärzten noch eine 18-monatige klinische Tätigkeit als Arzt im Praktikum erforderlich ist.

Sekundäre Berufsausbildung (Spezialisierung) und Weiterbildung

Absolventen der Human- und Veterinärmedizin sind zur Weiterbildung und damit zur Spezialisierung, z.B. in Allgemeinmedizin oder Innerer Medizin, verpflichtet, wenn sie klinisch tätig sein wollen, während dies für die anderen Gesundheitsberufe optional ist. Die Weiterbildungsordnungen unterscheiden je nach Land bis zu 8 Fachgebiete in Pharmazie, 3 in Zahnheilkunde, 48 in Veterinärmedizin, 7 in Psychologie und 12 in der Krankenpflege. Die Zahl der Fachgebiete in der Humanmedizin hat von 14 in 1924 auf 36 in 1998 zugenommen, ergänzt durch 50 Schwerpunkt- (z.B. Pneumologie) und Zusatzbezeichnungen (z.B. Allergologie).

Die Spezialisierung in den Ausbildungsberufen dauert etwa 2 bis 3 Jahre und in den akademischen Gesundheitsberufen 4 bis 6 Jahre. Die Facharztweiterbildungsdauer in Allgemeinmedizin wurde 1998 von 3 auf 5 Jahre erhöht, um die Qualität und den professionellen Status zukünftiger Hausärzte zu verbessern. Der Anteil der Allgemeinmediziner an allen abgeschlossenen Facharztweiterbildungen machte in den 1990ern jedoch nur 20% aus. Das niedrige Verhältnis von Generalisten zu Spezialisten wurde als Resultat fehlender Ausbildungsangebote in der ambulanten Versorgung, niedrigeren Einkommensaussichten und einem niedrigeren Sozialprestige durch die Sozialisierung der Ärzte in Krankenhäusern der Sekundär- und Tertiärversorgung interpretiert. Daher wurden die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen verpflichtet, Anreize für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin und für niedergelassene, zur Weiterbildung ermächtigte Ärzte in diesem Fach zu schaffen (mindestens 2 der 5 Jahre). Die Ärzteverbände stimmten dem Programm zu, obwohl sie Bedenken wegen des Eingriffs in die professionelle Autonomie äusserten.

Die hohe Ausstiegsquote in den nichtakademischen Gesundheitsberufen aus Ausbildung und Beruf ist als Resultat der Beschäftigungssituation von Frauen, aber auch der relativ geringen Berufszufriedenheit und der begrenzten

innerberuflichen und sozialen Entwicklungsmöglichkeiten interpretiert worden. Der Mangel an Pflegefachkräften war ein weiterer Faktor, der die Einführung von Spezialisierungskursen an Fachhochschulen in den 1980er Jahren begründete. 1995 erreichten 634 Pflegekräfte ihren Abschluss in Pflegewissenschaften an einer der 11 Fachhochschulen und einer privaten Universität. Auch für andere nichtärztliche Berufe wie Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten und Altenpfleger werden Voll- oder Teilzeitweiterbildungen angeboten. Fachhochschulen und private Institute bieten eine Reihe von Kursen in Bereichen wie Gesundheitsförderung und Krankenhausmanagement an.

Public Health war bis zur Einführung entsprechender Postgraduiertenstudiengänge ein ausschließlich medizinisches Fachgebiet („Öffentliches Gesundheitswesen“). Die Studiengänge wurden schrittweise an neun Universitäten, meist an medizinischen Fakultäten eingeführt. Die zweijährigen berufsbegleitenden Kurse bieten gebührenfreie Plätze für knapp 300 Studierende mit medizinischen und nichtmedizinischen Hochschul- und teilweise Fachhochschulabschlüssen an. Qualitätsmanagement ist eine weitere Zusatzqualifikation, die in den vergangenen Jahren von Landesärztekammern, privaten Instituten und Fachhochschulen eingeführt worden ist.

Fortbildung ist freiwillig und wird von den Gesundheitsberufen selbständig geregelt.

Generelle Anmerkungen

Die gegenwärtige Debatte über die Ausbildung in den Gesundheitsberufen in Deutschland spiegelt teilweise die Spannungen zwischen und innerhalb der Bereiche Lehre, Gesundheitsversorgung und berufliche Selbstverwaltung wider. Einige der Streitpunkte existieren schon seit der Jahrhundertwende. Beispielsweise werden interpersonelle Fertigkeiten und die Fähigkeit, zusammenhängendes Wissen umzusetzen, in fast allen Ausbildungsgängen der Gesundheitsberufe gegenüber den mit der medizinischen Entwicklung und Spezialisierung gewachsenen curricularen Anforderungen an das Faktenwissen als unterrepräsentiert bewertet. Während bei gesundheitsbezogenen Ausbildungsberufen (z.B. in der Altenpflege) ein Mangel an umfassender pädagogischer und allgemeinbildender Unterstützung der Auszubildenden beklagt wird, wird akademischen Ausbildungen in Gesundheitsberufen vorgeworfen, die Studierenden unzureichend auf ihre Zukunft in Wissenschaft und Praxis vorzubereiten.

Einige quantitative und qualitative Aspekte haben besondere politische Bedeutung in neueren Debatten und Reformen erhalten, um zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Traditionell haben

starke standes- und berufspolitische Werte der Selbstbestimmung die Möglichkeit der Bewertung universitärer Ausbildung und professioneller Praxis behindert (insbesondere für freie Berufe wie niedergelassene Ärzte) und zu einem Streitpunkt gemacht.

Es gibt in Deutschland einen breiten gesellschaftlichen Konsens darüber, dass gegenwärtige und zukünftige Beschäftigte in Gesundheitsberufen in den Bereichen primäre Versorgung, Gesundheitsförderung, rehabilitative Versorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit besser qualifiziert sein sollten. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass ein bloßes Hinzufügen dieser Gegenstände zum Lernzielkatalog unzureichend ist, wenn die Mehrheit der Auszubildenden in Gesundheitsberufen in Deutschland fast ausschließlich in Krankenhäusern der Regel- und Maximalversorgung geschult und weitergebildet wird. Eine der großen Herausforderungen der medizinischen Ausbildung wird sein, die Rolle, Finanzierung und Infrastruktur der gemeindenahen Ausbildung zu schaffen und zu stärken.

Arzneimittel

Die Regulierung des Arzneimittelmarktes ist gespalten. Einerseits ist der Vertrieb von Arzneimitteln durch Großhändler und Apotheken mit den Aufschlägen auf die Herstellerpreise im Detail geregelt, andererseits sind diese Herstellerpreise und die Anforderungen an Wirksamkeitsnachweise bemerkenswert liberal. Die wachsende Erkenntnis, dass ein großer Teil der vertriebenen Medikamente nicht nachgewiesene oder fragliche Effektivität besitzt, führte zu der Einführung einer Zulassungspflicht für Arzneimittel mit dem Arzneimittelgesetz von 1976 (gültig ab 1978). Davor mussten Arzneimittel lediglich beim Bundesgesundheitsamt als Medikamente registriert werden. Die Registrierungsvorschriften verlangten lediglich Untersuchungen auf toxische Effekte. Die Zulassungsvorschriften gelten nur für neu entwickelte Arzneimittel, da die Änderung des Arzneimittelgesetzes von 1994 die Zulassung von Medikamenten, die sich schon auf dem Markt befanden bis 2005 verlängerte (siehe Abschnitt zur *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

Die deutsche pharmazeutische Industrie gehört zu den mächtigsten in den westlichen Industrienationen und hat einen wichtigen Anteil am Export (pharmazeutischer Exportüberschuss 1998: DM 10,8 Milliarden). Es gab 1997 in Deutschland etwa 1 100 pharmazeutische Unternehmen mit 115 500 Beschäftigten. Der Markt besteht aus „öffentlichen“ Apotheken (die für die Versorgung sowohl mit verschreibungspflichtigen als auch mit

apothekenpflichtigen, aber rezeptfreien Medikamenten zuständig) sind und Krankenhausapotheken.

1998 verkauften die „öffentlichen“ Apotheken, die tatsächlich in Privatbesitz sind und ein Monopol für den Vertrieb von Arzneimitteln mit Ausnahme der Krankenhäuser haben, Medikamente im Wert 52 Mrd. DM; die Krankenhäuser erwarben Medikamente im Wert von 4,8 Mrd. DM. Die Summe von DM 52 Mrd. setzt sich zusammen aus Preisen ab Werk (27,1 Mrd.), Großhändlerzuschläge (3,5 Mrd., ca. 13% der Preise ab Werk) und Apotheken (13,5 Milliarden, ca. 50% der Preise ab Werk) und Mehrwertsteuer (6,4 Mrd.). Die Apothekenaufschläge und Steuern sind unter den höchsten in Europa.

Von den DM 52 Mrd. entfielen 44,4 Mrd. auf verschreibungspflichtige Medikamente und DM 7,6 Mrd. auf rezeptfreie Medikamente. Die DM 44,4 Mrd. schlossen DM 7,2 Mrd. für potentiell rezeptfreie Medikamente ein, d.h. annähernd die Hälfte der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente wurde von Ärzten verschrieben. Von den DM 44,4 Mrd. zahlte die GKV DM 33,4 Mrd. (und erhielt Rabatte in Höhe von DM 2 Mrd.), während rezeptierte Medikamente im Wert von DM 3,6 Mrd. an privat Versicherte abgegeben wurden und DM 5,4 Mrd. Zuzahlungen von Versicherten gezahlt wurden (dies waren 20% mehr als 1997 und sogar 60% mehr als 1996). Unter der Annahme voller Kostenerstattung durch die privaten Krankenversicherer zahlten die Patienten die Summe von DM 13 Mrd. oder 25% der Gesamtausgaben für Medikamente im ambulanten Bereich selbst.

1997 betrug die durchschnittliche Zahl der Rezepte pro Krankenkassenmitglied 12,1 (und die durchschnittliche Zahl der verschriebenen Packungseinheiten 18,6). Über 55% aller Verschreibungen stammten von Allgemeinmedizinern, 18% von Internisten und 7% von Kinderärzten.

Ein den Krankenkassen angeschlossenes Institut führt jährlich eine Analyse einer Stichprobe von Verordnungen durch. Obwohl diese Untersuchung keine patientenbezogenen Daten zur Beurteilung der Angemessenheit von Verschreibungen liefert, ist sie doch hilfreich für die Beobachtung des ärztlichen Verschreibungsverhaltens. Die Analyse basiert auf einer umfangreichen Stichprobe von Rezepten (*GKV-Arzneimittelindex*) im ambulanten Sektor und wird von verschiedenen Verbänden unterstützt.

Die Struktur des Arzneimittelmarktes wurde durch die pharmazeutische Industrie und durch die Ärzteverbände als günstig für die ärztliche therapeutische Freiheit beschrieben. Aufgrund dieser Struktur ist es nicht überraschend, dass Medikamente ohne Nachweis therapeutischer Effektivität zu den am häufigsten verkauften Arzneimitteln gehören. Die Bundesgesetzgebung hat sich bisher im wesentlichen auf Maßnahmen der Kostendämpfung konzentriert.

Kostendämpfung bei Arzneimitteln

Arzneimittelausgaben sind über die Jahre ein effektiv kontrollierter Teil der deutschen Gesundheitsausgaben gewesen, zumindest aus Sicht der GKV. Massiven Ausgabensteigerungen folgten immer Ausgabenrückgänge. Wesentliche Instrumente waren Maßnahmen der Kostenbeteiligung von Patienten (siehe Ausführungen zu *Zuzahlungen* im Abschnitt zu *Zusätzlichen Finanzierungsquellen*), Beschränkungen der GKV-Erstattungsfähigkeit (siehe Abschnitt zur *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*), die 1989 eingeführten Festbeträge und schließlich die Ausgabenobergrenze(n) von 1993 bis 1997 und wieder seit 1999.

Festbeträge

Die Idee der Festbeträge war, eine Obergrenze für die durch Krankenkassen erstattungsfähigen Kosten einzurichten. Als rechtliche Grundlage diente § 35 SGB V, wonach Festbeträge festgesetzt werden können für Arzneimittel mit

- denselben Wirkstoffen
- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen
- therapeutisch vergleichbarer Wirkung.

Während der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuständig für die Auswahl und Klassifikation der Medikamente ist, setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Festbeträge fest.

Durch Preissenkungen für Medikamente, die zuvor über den Festbeträgen lagen, kam es zu Einsparungen bei den Medikamentenausgaben, was von der pharmazeutischen Industrie jedoch teilweise durch überproportionale Preissteigerungen bei Medikamenten ohne Festbetrag ausgeglichen wurde. Für die Krankenkassen werden die Einsparungen gegenwärtig auf etwa DM 3 Mrd. geschätzt, was ungefähr 9% ihrer Medikamentenausgaben entspricht.

Für Patienten hatten die Festbeträge zwei Folgen: Generell waren Medikamente, die zum Festbetrag oder günstiger vertrieben wurden, zuzahlungsfrei (bis 1992). Versicherte, die ein teureres Alternativpräparat bevorzugten, mussten die Differenz zum Festbetrag aus eigener Tasche zahlen. Für alle verschriebenen Medikamente ohne Festbetrag mussten Patienten eine Zuzahlung von DM 3,- pro Packung leisten – zuvor waren es DM 2,- (§31 SGB V). Diese neuen Regelungen hatten eine Zunahme der Zuzahlungen um ein Drittel zur Folge; sie gingen anschließend jedoch durch umfassendere Festbetragsvergabe wieder auf das Niveau von 1988 zurück. Während 1989 nur 15% der Medikamente einen Festbetrag hatten, waren es 1992 schon 30% und seit 1997 über 60%.

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV führte strengere Regeln für die Festlegung von Festbeträgen ein; insbesondere durften sie jetzt nicht mehr höher sein als der Höchstpreis des unteren Drittels im jeweiligen Marktsegment. Für 202 von insgesamt 446 Medikamentengruppen mit Festbeträgen wurden zum 1.4.1999 Preissenkungen in Höhe von DM 550 Millionen 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 plant die Gesundheitsministerin Festbeträge auf eine neue rechtliche Basis zu stellen und beispielsweise durch Rechtsverordnung vom Gesundheitsministerium festzulegen.

Ausgabenobergrenze(n)

Die Ausgabenobergrenze für Arzneimittel stellte 1992 eine echte Reduzierung der Arzneimittelausgaben in Höhe von DM 26,7 Mrd. dar (alte Bundesländer). Ausgehend von den Ausgaben im Jahr 1991 von DM 24,4 Mrd. wurden die Ausgaben für 1993 auf maximal DM 23,9 Mrd. festgesetzt. Im Falle der Ausgabenüberschreitung sollten 1993 jeweils bis zu DM 280 Millionen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (aus der Vergütung) und der pharmazeutischen Industrie zurückgezahlt werden. Von 1994 bis 1997 waren die Kassenärztlichen Vereinigungen (in den alten und neuen Bundesländern) haftbar für alle Ausgabenüberschreitungen ohne Begrenzung. Diese Haftung galt für jede einzelne Kassenärztliche Vereinigung im Falle der Überschreitung, selbst wenn die Medikamentenausgaben im gesamten Bundesgebiet unter der rechnerischen gemeinsamen Obergrenze liegen sollten. Gleichzeitig mit der Ausgabenobergrenze legte das Gesundheitsstrukturgesetz eine Preisreduktion von 5% für Medikamente ohne Festbetrag fest sowie eine Preisfestsetzung für neue Medikamente fest (beide Maßnahmen galten 1993 und 1994).

Das Ergebnis aller drei Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes – das Preismoratorium, neue Zuzahlungsregelungen und die Ausgabenobergrenze – war eine Reduktion der Krankenkassenausgaben für Arzneimittel von 18,8% im ambulanten Sektor. Diese Einsparung entsprach einem Betrag von DM 5,1 Mrd. der Ausgaben im Jahr 1992, oder DM 2,2 Mrd. mehr als gefordert worden war. Von diesen Einsparungen machten Preissenkungen etwa DM 1 Mrd. aus. Weitere knapp DM 1 Mrd. wurden durch Zuzahlungsmaßnahmen erzielt; nur etwa 60% der Einsparung war auf verändertes Verschreibungsverhalten der Ärzte zurückzuführen. Die Zahl der Verschreibungen sank um 11,2% und der Anteil der Verordnungen von Generika stieg im Verhältnis zu Originalpräparaten.

Durch nachfolgende Ausgabenanstiege wurden die regionalen Obergrenzen 1994 in einigen der 23 KV-Regionen überschritten, obgleich die bundesweiten Gesamtausgaben innerhalb der (hypothetischen) Ausgabenobergrenze blieb. Während dies für die alten Bundesländer auch 1995 der Fall war, wurden Ausgabenüberschreitungen in den neuen Bundesländern beobachtet (die von der Ausgabenobergrenze 1993 nicht betroffen waren), wo die Medikamentenausgaben in einem Maße gestiegen waren, dass die Pro-Kopf-Ausgaben 1995 fast 13% höher lagen als in den alten Bundesländern. Da das Gesetz Ausgabenüberschreitungen in einem Jahr 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 Kassenärztlichen Vereinigungen, 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. Eine Analyse veröffentlichter Studien zeigte, dass die initialen Einsparungen hauptsächlich Ärzten zuzurechnen war, die im Durchschnitt Medikamente höherer Qualität verschrieben, während andere ihre Verschreibungen hauptsächlich auf Basis von Preisen reduzierten.

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden die regionalen Obergrenzen für Arzneimittel 1998 abgeschafft und durch praxisbezogene Richtgrößen abgelöst, die sowohl bestimmte Medikamente (Liste befindet sich in Entwicklung) als auch Medikamente für Patienten mit bestimmten Indikationen ausschlossen (insbesondere Opiatabhängige, Patienten nach Transplantationen etc.). Es war aber mehr als zweifelhaft, dass dies eine wirkungsvolle Maßnahme zur Kontrolle von Überverschreibungen darstellen würde. Zusätzlich war die Grenze für Überverschreibungen und Rückzahlungen mit 125% des Budgets festgelegt worden (§ 106(5a) SGB V). Während dies für Einzelpraxen beibehalten wurde, führte das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder regionale Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel ein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren für jegliche Budgetüberschreitungen bis 105% haftbar. Quasi als Ausgleich wurden Schulden früherer Budgetüberschreitungen (siehe oben) gestrichen.

Technologiebewertung im Gesundheitssystem (Health Technology Assessment)

Regulierung und Kontrolle von Gesundheitstechnologien in Deutschland waren in der Vergangenheit keine zentralen Themen. Obwohl die deutschen Bestimmungen insbesondere hinsichtlich der Zulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten internationalen Standards genügten, erhielten andere Technologieformen keine entsprechende Aufmerksamkeit. Da die Regulierung von Gesundheitstechnologien in Deutschland von der Struktur und Organisation des Gesundheitssystems abhängt, müssen bei einer Bestandsaufnahme Versorgungssektor (ambulante, stationäre, rehabilitative und nichtärztliche Versorgung), Technologietyp (Medikamente, Medizinprodukte, Verfahren [medizinische, chirurgische, nichtärztliche]) und Grad der Regulierung (Zulassung, Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit innerhalb der GKV und Verbreitung und Gebrauch von Technologien) Berücksichtigung finden. Einige dieser Aspekte werden in späteren Abschnitten ausgeführt, während in den folgenden Abschnitten Zusammenfassungen zu den einzelnen Bereichen folgen.

Zulassung von Arzneimitteln

Die Zulassung neuer Medikamente wurde erst 1976 verpflichtend und ist nun der am stärksten regulierte Bereich der Medizintechnologien in Deutschland. 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). Dies erfolgt durch vorgeschriebene Verfahren, die im Arzneimittelgesetz von 1978 festgelegt wurden, sowie durch eine Reihe von Verordnungen des Gesundheitsministeriums. Die Zulassungskriterien für Arzneimittel sind: wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Dies schließt Ergebnisse von klinischen Studien der Phase I bis Phase III ein (kontrollierte klinische Studien). 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 führte zu einer zunehmenden Zulassung aktiver Substanzen mit minimalen Modifikationen an Stelle von echten Produktinnovationen. 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. Dieses Verfahren ist von Bedeutung für so genannte „Orphan Drugs“ (Medikamente, die zur Behandlung seltener Erkrankungen eingesetzt werden) und in Fällen, in denen Firmen versuchen, die Zulassung zu beschleunigen. Das Verfahren wird allerdings selten angewandt.

Eine bisher noch wenig genutztes Verfahren ist die Anerkennung der Zulassung in einem anderen EU-Staat gemäß der Richtlinie 75/319/EWG, 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 Behörde für die Evaluation von Arzneimitteln (EMA) angestrengt und gegebenenfalls durch eine Entscheidung der EU-Kommission rechtsverbindlich.

Homöopathische und anthroposophische Medikamente sind von dem Zulassungsverfahren gemäß AMG 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 die Haltbarkeit des Endproduktes. Registrierte homöopathische Medikamente müssen ihre therapeutische Wirksamkeit nicht nachweisen, es sei denn sie werden für einen besonderen Zweck zugelassen. In diesem Fall muss der Hersteller das übliche Zulassungsverfahren durchlaufen. Die Besonderheiten der Registrierung homöopathischer und anthroposophischer Medikamente und fester Kombinationen von Phytotherapeutika sind in Verordnungen des Gesundheitsministeriums festgelegt.

Ausnahmen für 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. Schließlich sind Medikamente ausgenommen, die sich gegenwärtig in klinischen Studien der Phase III befinden.

Seit Inkrafttreten des AMG 1978 wurden etwa 16 000 Medikamente zugelassen und 1750 homöopathische Medikamente registriert. Eine große Zahl von Medikamenten aus der Zeit vor dem AMG sind nach wie vor auf dem Markt. Es war vorgesehen, dass für sie innerhalb einer Frist die Zulassung beantragt werden sollte, andernfalls wären sie vom Markt genommen worden.

Stichtag war der 30. April 1990 und 70 000 Medikamente wurden bis Januar 1993 vom Markt genommen. Da für viele Medikamente keine Gelegenheit zum Nachweis der Wirksamkeit bestanden hatte, wurde ein zweiter Stichtag zur Beantragung der Zulassung festgelegt (31. Dezember 1999). Wenn der Hersteller auf den Antrag auf Zulassung eines Medikamentes verzichtet, kann dies noch bis Ende 2004 ohne Wirksamkeitsnachweis vermarktet werden. Gegenwärtig besteht nur für etwa ein Drittel der Medikamente auf dem Markt ein Wirksamkeitsnachweis gemäß AMG.

An die Markteinführung schließt sich keine 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. Ein abgestufter Maßnahmenplan besteht, um auf den verschiedenen Ebenen gemäß der Schwere des Problems zu handeln. Im schwersten Fall kann die Zulassung entzogen werden.

GKV-Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln

Für die meisten Medikamente besteht durch die Zulassung auch die Erstattungsfähigkeit innerhalb der GKV. Es gibt jedoch einige wichtige Ausnahmen, die zunehmende Beachtung finden:

- Seit 1983 sind Medikamente für bestimmte Indikationen (Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten; Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen; Abführmittel; Arzneimittel gegen Reisekrankheit) gesetzlich vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben (§ 34(1) SGB V).
- Das Sozialgesetzbuch ermächtigt den Bundesminister für Gesundheit, unwirtschaftliche Medikamente per Verordnung auszuschließen, also insbesondere solche Medikamente, die für das Therapieziel ungeeignet sind, die wegen der Vielzahl von Bestandteilen nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist (§ 34(3-alt) SGB V). Die Bewertung dieser Medikamente hat die Besonderheiten homöopathischer, anthroposophischer und phytotherapeutischer Medikamente zu berücksichtigen. Eine Negativliste gemäß dieser Grundsätze wurde am 1. Oktober 1991 gültig. Sie wurde 1993 überarbeitet und enthält etwa 2200 Medikamente.

- Medikamente gegen geringfügige Gesundheitsstörungen, die üblicherweise ohne die Verwendung von Arzneimitteln behandelbar sind, können ebenfalls ausgeschlossen werden (§ 34(2-alt) SGB V). Eine entsprechende Liste ist bisher nicht erstellt worden.

Die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten wird auch durch die Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt und ist Bestandteil des Vertrages zwischen den beiden Parteien auf Bundesebene. Diese Richtlinien, die rechtsverbindlich sind, versuchen die angemessene Verwendung von Arzneimitteln zu steuern. Sie begrenzen die Verschreibung bestimmter Medikamente auf bestimmte Indikationen (z.B. Anabolika für Krebspatienten), legen fest, dass sie nur nach vergeblicher nichtmedikamentöser Behandlung eingesetzt werden dürfen (z.B. sogenannte chondroprotektive Medikamente) oder verbieten insgesamt die Kostenübernahme durch die GKV (z.B. Medikamente zur Raucherentwöhnung). Insgesamt ist der Effekt dieser Richtlinien unsicher, da insbesondere wenige Medikamente mit häufigen Indikationen von ihnen betroffen sind.

Mitte 1998 ergänzte der Bundesausschuss seine Arzneimittelrichtlinien zum Ausschluss von Medikamenten zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und Medikamente zur Potenzsteigerung wie Viagra. Der Ausschuss begründete dies damit, dass individuell stark unterschiedliches Verhalten in diesem Bereich keine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Therapie zuließe. Es wurde die Haltung vertreten, dass die Verantwortlichkeit der Krankenkassen da endet, wo der persönliche Lebensstil vordringliches Motiv für den Medikamentengebrauch ist. Dieser Fall demonstriert, dass Ausschlusskriterien für Medikamente weniger explizit sind als für andere Medizintechnologien sind, so dass Entscheidungen faktisch eher den gemeinsamen Absichten der beteiligten Gruppen folgen. Dementsprechend entschied das Bundessozialgericht gegen den generellen Ausschluss von Medikamenten zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und verlangte statt dessen Maßnahmen gegen ihren Missbrauch.

Anfang 1999 verabschiedete der Bundesausschuss völlig neue Arzneimittelrichtlinien. Sie stellen ausdrücklich fest, dass die Zulassung von Arzneimitteln notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für ihre Erstattungsfähigkeit in der GKV ist. Zusätzlich zu den oben geschilderten gesetzlichen Ausschlusskriterien geben die Richtlinien fünf Gründe an, die Medikamente nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen:

1. sie sind nicht erforderlich, um Krankheiten zu behandeln – dies ist das Viagra-Argument;
2. andere Arzneimittel sind effektiver und/oder kosteneffektiver;

3. nichtmedikamentöse Strategien sind effektiver und/ oder kosteneffektiver;
4. Kombinationstherapie, falls Monotherapie effektiver und/oder kosteneffektiver ist; oder
5. ihre Wirksamkeit ist nicht nachgewiesen.

Die Zahl der Medikamente, für die die Erstattungsfähigkeit begrenzt oder abgeschafft wurde, hat sich stark erhöht. Beispiele sind Antirheumatika zur äusserlichen Anwendung (mit den Punkten 2 und 3 der obigen Liste begründet) und lipidsenkende Medikamente (mit den Punkten 3 und 4 der obigen Liste begründet). Zusätzlich listet ein Anhang alle Medikamentengruppen mit rechtlichen und anderen Ordnungsbeschränkungen auf. Im Falle von Einschränkungen werden Ausnahmen und die erforderlichen Dokumentationspflichten geregelt.

Ursprünglich wurde 1993 im Gesundheitsstrukturgesetz eine Positivliste für erstattungsfähige Medikamente eingeführt, die vom Bundesgesundheitsministerium erstellt werden sollte. Diese Bestimmung wurde jedoch kurz vor Umsetzung am 1.1.1996 fallen gelassen. Auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministers entschied die damalige Parlamentsmehrheit, die Idee einer Positivliste nicht weiter zu verfolgen und begründete dies mit den erfolgreichen Maßnahmen der Kostendämpfung im Arzneimittelsektor, den durch eine Positivliste zu erwartenden Anstieg von nicht von den Krankenkassen getragenen Medikamentenkosten für chronisch Kranke und besonders die Bedrohung kleinerer Pharmaunternehmen. Während die Entscheidung von der pharmazeutischen Industrie begrüßt wurde, wurde sie sowohl von den Krankenkassen als auch der SPD kritisiert. In der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde das Mandat für eine Positivliste erneuert, die per Verordnung vom Bundesrat auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums zu verabschieden ist. Das Ministerium wird bei der Erstellung des Entwurfes durch ein Expertengremium unterstützt (§ 33a SGB V).

Zulassung von Medizinprodukten

Seit dem 1. Januar 1995 ist das Medizinproduktegesetz (MPG), das entsprechende Bestimmungen der Europäischen Union (EU) in deutsches Recht überführt, in Kraft. Gemäß der Verordnungen 90/385/EG (implantierbare Geräte wie Herzschrittmacher) und 93/42/EG (nicht-implantierbare Medizinprodukte und Substanzen der In-vitro-Diagnostik) müssen in Deutschland vertriebene Medizinprodukte den grundsätzlichen Anforderungen des MPG genügen. Im Gegensatz zu Medikamenten sind Medizinprodukte und -geräte definiert als Instrumente, Anwendungen, Materialien und andere Produkte, die ihre Hauptwirkung nicht auf pharmakologischem, immunologischem oder

metabolischem Weg entfalten. Die Zulassung medizinischer Geräte liegt in der Verantwortung der ermächtigten Institute („Benannte Stellen“), die durch das Bundesgesundheitsministerium akkreditiert werden müssen. Fragen der Sicherheit und der technischen Eignung der geplanten Anwendung eines Gerätes ist das primäre Zulassungskriterium für Medizinprodukte und -geräte. Anders als bei Medikamenten brauchen Medizinprodukte zur Markteinführung nicht nachzuweisen, dass sie vorteilhaft im Sinne potentieller Gesundheitsgewinne sind. In Deutschland vertriebene Geräte werden auf Sicherheit überprüft und darauf, ob sie die vom Hersteller angegebenen technischen Leistungen erbringen

Die Medizinprodukteverordnung 93/42/EG, welche die meisten Geräte betrifft, etablierte eine vierteilige Klassifikation für Medizingeräte. Die Klassifikationsbestimmungen berücksichtigen die Risiken, die mit den Geräten verbunden sind, den Grad der Invasivität des Gerätes und die Dauer, mit der die Geräte in Kontakt mit dem Körper sind. Die Bestimmungen legen die Prüfverfahren der Hersteller medizinischer Geräte fest, mit denen die Konformität der Geräte mit den relevanten Teilen der Bestimmung nachgewiesen werden muss.

Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit und Steuerungsmechanismen für die Verbreitung und den Gebrauch von Medizingeräten unterscheiden sich in Abhängigkeit von ihrer Anwendung, d.h. ob sie direkt von Patienten (d.h. als Hilfsmittel) oder als Teil medizinischer oder chirurgischer Maßnahmen im ambulanten oder stationären Bereich verwendet werden.

GKV-Erstattungsfähigkeit medizinischer Hilfsmittel

Medizinische Hilfsmittel umfassen Gegenstände wie Prothesen, Brillen, Hörgeräte, Rollstühle und Beatmungsgeräte. Wie bei Heilmitteln (d.h. nichtärztlicher Behandlung) haben Krankenversicherte Anspruch auf medizinische Hilfsmittel, sofern sie nicht explizit durch eine Negativliste des entsprechenden Ministeriums aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind (§§ 33 und 34 SGB V). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (zu dem Zeitpunkt verantwortlich für die GKV) hat explizit Hilfsmittel mit geringem oder fehlendem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis ausgeschlossen (z.B. Handgelenkwärmer und Ohrenklappen). Die Regelungen der Erstattungsfähigkeit für nicht ausgeschlossene medizinische Hilfsmittel sind komplex und werden hier nur kurz beschrieben.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen geben einen Katalog medizinischer Hilfsmittel heraus, der unter anderem Folgendes enthält:

- 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.

Die Liste der medizinischen Hilfsmittel stellt eine Positivliste der Dienstleistungen dar, die auf Kosten der GKV in Anspruch genommen werden können. Die Entscheidung über die Aufnahme medizinischer Hilfsmittel in diese Liste treffen ausschließlich die Bundesverbände der Krankenkassen.

Steuerung der Verbreitung und Anwendung: Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beschränken die Verschreibung medizinischer Hilfsmittel auf die folgenden Fälle: Sicherung des Erfolges medizinischer Behandlung, Vorbeugung drohender gesundheitlicher Schäden, Vorbeugung der gesundheitlichen Gefährdung von Kindern und Vermeidung oder Minderung des Risikos der Pflegebedürftigkeit.

Medizinische Leistungen in der ambulanten Versorgung

Die Regulierung medizinischer Leistungen im ambulanten Sektor ist mit ihrer GKV-Erstattungsfähigkeit verknüpft, da mit der Aufnahme in den „Leistungskatalog“ der Leistung auch ein relativer Vergütungswert zugeschrieben wird. Das für die Aufnahme in den Leistungskatalog verantwortliche Gremium ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Ausschuss hat mehrere Arbeitsausschüsse, von denen einer verantwortlich für die Evaluation erstattungsfähiger medizinischer Leistungen ist. Bis 1997 musste der Arbeitsausschuss für neue diagnostische und therapeutische Verfahren über die Wirksamkeit von Medizintechnologien entscheiden, die von Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einem Spitzenverband der Krankenkassen vorgeschlagen wurden (§ 135 SGB V). Seit Juli 1997 ist der Arbeitsausschuss auch für die Bewertung und Neubewertung existierender Technologien verantwortlich; daher wurde der Name in „Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung“ geändert.

Bis 1997 arbeitete der Arbeitsausschuss gemäß Kriterien, die in den sogenannten 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. Die Aufnahme in den Leistungskatalog setzte voraus, dass eines der folgenden Kriterien erfüllt sein musste:

- wenigstens eine randomisierte klinische Studie, oder
- wenigstens eine Fall-Kontroll- oder Kohortenstudie, oder

- wenigstens zwei der folgenden Studien: vergleichende Zeitreihen, nicht-kontrollierte klinische Studien, Studien, die Veränderungen in relevanten physiologischen Parametern zeigen, 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 wurden. 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.

Die Evaluation basiert jetzt auf den drei Kriterien (diagnostischer bzw. therapeutischer) Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zusätzlich ist das Verfahren verändert worden. Der Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung wird den zu evaluierenden Technologien Prioritäten zuordnen. Das Ergebnis wird öffentlich bekannt gemacht und Fachgesellschaften und einzelne Experten werden eingeladen, Evidenz hinsichtlich der drei genannten Kriterien bereitzustellen.

Der Arbeitsausschuss beurteilt die Qualität der bereitgestellten Evidenz des Bewerbers, des/der Fachgesellschaft(en) und einzelner Experten sowie Ergebnisse eigener (Literatur-)Recherchen. Die Evidenz zu therapeutische Verfahren wird gemäß folgender fünf Kategorien klassifiziert:

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 der Verfahren ist zumindest eine Studie der Kategorie I erforderlich. Inkonsequenterweise werden für existierende Technologien geringere Evidenzklassen akzeptiert, wenn keine Evidenz der Klasse I vorliegt.

In seiner Entscheidungsfindung verwendet der Bundesausschuss drei Kategorien:

1. Einschluss/Verbleib im Leistungskatalog
2. darf nicht im Rahmen der GKV zur Verfügung gestellt werden
3. erfüllt die Kriterien nicht vollständig, kann jedoch von den einzelnen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, wenn diese so entscheiden.

Anfang 1998 veröffentlichte der Ausschuss die erste Ankündigung, zwei existierende Technologien – Osteodensitometrie und Methadonsubstitution – und sechs neue Technologien zu evaluieren. Eine zweite Ankündigung im Juni 1998 führte sieben weitere neue Technologien auf.

Steuerung des Gebrauchs: Ein anderer, aber ebenfalls mit Ärzten und Krankenkassenvertretern besetzter Ausschuss – der Bewertungsausschuss – ist zuständig für die Festsetzung der Punkte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V), welche die Grundlage für die Vergütung bilden. Dieses Verfahren trifft sowohl für neue als auch für etablierte Verfahren zu. Eine andere wichtige Aufgabe ist die Beschreibung erstattungsfähiger Leistungen und der Indikationen für ihre Anwendung. Bisher ist jedoch erst ein kleiner Teil der im EBM gelisteten Leistungen indikationsspezifisch eingeschränkt. Eine Neubewertung der Punktzahlen erfolgt zumeist, wenn Häufigkeitsstatistiken Nachweise für Unter- bzw. Überversorgung erbringen. In solchen Fällen dient die Neubewertung der entsprechenden Leistung der Veränderung des Anreizes für ihren Einsatz.

Im Bewertungsausschuss können finanzielle Interessen und inter- sowie intraprofessionelle Verteilungskämpfe eine dominierende Rolle spielen. Des Weiteren kann die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vom Bundesausschuss unbeabsichtigte Folgen nach sich ziehen können.

Praxisleitlinien und Managed-Care-Elemente werden zunehmend eingesetzt, um medizinische Entscheidungsfindungen zu leiten. In den vergangenen Jahren wurden von medizinischen Fachgesellschaften Hunderte von Leitlinien erstellt, von denen 80% die Therapie einschließlich medikamentöser Therapie betreffen. Die meisten dieser Leitlinien lassen jedoch methodische Fragen offen und Daten zu ihrer Umsetzung im klinischen Alltag fehlen.

Medizinische Leistungen in der stationären Versorgung

Im stationären Sektor fehlte bisher eine dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entsprechende Institution. Bislang wurden Einführungen neuer Verfahren und Technologien de-facto im Rahmen der Budgetverhandlungen für einzelne Krankenhäuser entschieden. Spezifische Bewertungen wurden

gemessen an allgemeinen Finanzierungserwägungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes keine Priorität eingeräumt (siehe Abschnitt zur *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Zwei neuere Reformen haben diese Situation jedoch verändert.

- Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde 1999 die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloges der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften übertragen: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf der einen Seite und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf der anderen Seite (zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherer) gründeten ein sogenanntes Koordinierungskomitee, das von speziellen Arbeitsgruppen unterstützt wird.
- Noch wesentlicher ist, dass der neue Krankenhaus-Ausschuss (siehe Abschnitt zu *Planung, Regulierung und Management*) mit der Bewertung von Gesundheitstechnologien im stationären Sektor beauftragt wird. Es wird auch erwartet, dass die Behandlungsleitlinien, die vom Koordinierungsausschuss entwickelt werden, und der Prozess der Definition diagnosebezogener Fallpauschalen im neuen Vergütungssystem (ab 2003) diese Arbeit stimulieren wird.

Großgeräte

Einigungen über die Verbreitung kostenintensiver medizinischer Großgeräte und ihre Verteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor wurde als „unendliche Geschichte“ bezeichnet. Diese Einschätzung resultiert aus den verschiedenen Versuchen korporatistischer, gesetzgebender und staatlicher Institutionen, die Großgeräteplanung in Anbetracht steigender Kosten und neuer Gerätearten wie extrakorporaler Stoßwellenlithotriptoren zu verbessern.

Bis 1982, als das Krankenhauskostendämpfungsgesetz in Kraft trat, gab es keine Bestimmungen zu 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 bekanntgegeben 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 sektorübergreifende Ausschüsse gesteuert. Das zweite GKV-Neuordnungsgesetz schaffte diese Ausschüsse mit Wirkung von Juli 1997

ab. Bis dahin wurde die Planung von Ausschüssen auf Länderebene übernommen. Diese Ausschüsse bestanden aus Vertretern der Krankenhäuser, Kassenärztlichen Vereinigung(en), Krankenkassen und der jeweiligen Landesregierung. Der Ausschuss verhandelte Aspekte des gemeinsamen Gebrauchs von Großgeräten, Anforderungen an ihren Einsatz, Zulassung nach Bevölkerungsdichte und -struktur sowie die Qualifikation des Betreibers. Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 konnte der Gesundheitsminister bestimmen, welche Geräte in die Entscheidungsbefugnis der Ausschüsse fielen (ehem. § 122 SGB V). Der Minister machte hiervon jedoch keinen Gebrauch und die Ausschüsse entschieden selbständig, welche Geräte Großgeräte waren. Am 30. Juni 1997 fielen folgende Geräte in den meisten Bundesländern unter diese Definition:

- Linksherzkathetermessplätze (LHK)
- Computertomographen (CT)
- Magnetresonanz- oder Kernspintomografen (MRT)
- Positronenemissionstomografen (PET)
- Linearbeschleuniger
- Tele-Kobalt-Geräte
- Hochspannungs-Therapieeinrichtungen
- Lithotriptoren.

Es scheint jedoch, dass diese Regelung nicht so effektiv wie beabsichtigt war. Zwischen 1993 und 1997 erhöhte sich die Gesamtzahl der Großgeräte von 2118 auf 2845. In einigen Bundesländern führten die Entscheidungen der Großgeräte-Ausschüsse jedoch zu engerer Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. In Niedersachsen wurden beispielsweise 1997 57% der MRTs, 46% der CTs, 24% der LHKs und 20% der Tele-Kobalt-Geräte, Hochspannungs-Therapieeinrichtungen und Lithotriptoren gemeinsam von Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen genutzt.

Im Ergebnis der Abschaffung der gemeinsamen Ausschüsse ist es nun Aufgabe der Selbstverwaltungsorgane der Verbände, die effiziente Nutzung der Großgeräte durch Vergütungsmechanismen zu gewährleisten. Dies könnte zu einem noch stärkeren Zuwachs an Großgeräten führen, da die vorherigen Verfahren der räumlichen Planung annulliert wurden.

Diskussion

Es gibt erhebliche Inkonsistenzen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems hinsichtlich der Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit,

der Mechanismen der Steuerung und des Managements der Verbreitung und der Nutzung von Gesundheitstechnologien in Deutschland. Grundsätzlich scheint der ambulante Sektor sehr viel stärker reguliert zu sein als der stationäre. Explizite Entscheidungsprozesse zur Erstattungsfähigkeit betreffs medizinischer und chirurgischer Verfahren gibt es im Krankenhaussektor derzeit nicht. Dies erklärt sich durch den Umstand, dass die Erstattungsfähigkeit medizinischer Technologien unter die Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene und Krankenhausplanung auf Länderebene fallen. Leistungen, die von nichtärztlichem Personal wie Physiotherapeuten erbracht werden, sind entweder explizit von der Regierung ausgeschlossen oder werden durch kollektive Verträge gedeckt. Offensichtlich ist diese ungleiche Situation durch die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor bedingt, die eine Barriere für Regulierungsansätze darstellt und die Einführung von HTA als effektives Steuerungsinstrument in Deutschland erschwert. Hier gibt es Verbesserungspotential.

Eine vom Bundesgesundheitsministerium finanzierte Initiative hat die HTA-Aktivitäten aus Sicht der Entscheidungsträger auf Bundes- und Verbandsebene gestärkt. Als ein Ergebnis ist die Deutsche Wissenschaftliche Arbeitsgruppe Technologiebewertung in der Gesundheitsversorgung entstanden. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit der Aufgabe betraut, eine Datenbank mit HTA-relevanten Ergebnissen zu erstellen und Entscheidungsfindungsprozesse des Bundesausschusses und anderer Akteure zu unterstützen. Wie oben geschildert, hat dieses Gesetz auch einen Krankenhaus-Ausschuss eingeführt, der seine Arbeit noch im Jahr 2000 aufnehmen soll. Die Koordinierung seiner Entscheidungen mit denen des Bundesausschusses ist eine der Aufgaben des ebenfalls neuen Koordinierungsausschusses.

Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem

Budgetsetzung und Ressourcenallokation

Deutschland hat nicht nur ein Budget für Gesundheitsversorgung. Vielmehr gibt es 17 steuerbasierte Budgets (eines auf Bundesebene und jeweils eines in den 16 Ländern) und gegenwärtig 453 Krankenkassen„budgets“ (ohne Berücksichtigung anderer Sozialversicherungsbudgets, der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen 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 (im Sinne freier Heilfürsorge für Soldaten), Inneres (freie Heilfürsorge für Polizisten und partielle Kostenerstattung privater Krankenversicherungsabrechnungen für Beamte), 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 medizinische und zahnmedizinische Ausbildung und die Universitätskliniken.

Krankenkassen haben keine festgesetzten prospektiven Budgets, sondern müssen die Ausgaben für ihre versicherten Mitglieder begleichen. Dies bedeutet, dass die Betragssätze angeglichen werden müssen, wenn die Einnahmen die Ausgaben nicht decken. Wie im Abschnitt zum historischen Hintergrund erläutert, ist es ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel, die Krankenkassenausgaben auf das Niveau der Einnahmen zu begrenzen (oder präziser: das Ausgabenwachstum an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen zu koppeln, um die Betragssätze stabil zu halten). Zu diesem Zweck wurden

sektorale Budgets und Ausgabenobergrenzen eingeführt (siehe Kapitel zu *Reformen im Gesundheitssystem*).

Zur Ressourcenallokation sind zwei Punkte bemerkenswert:

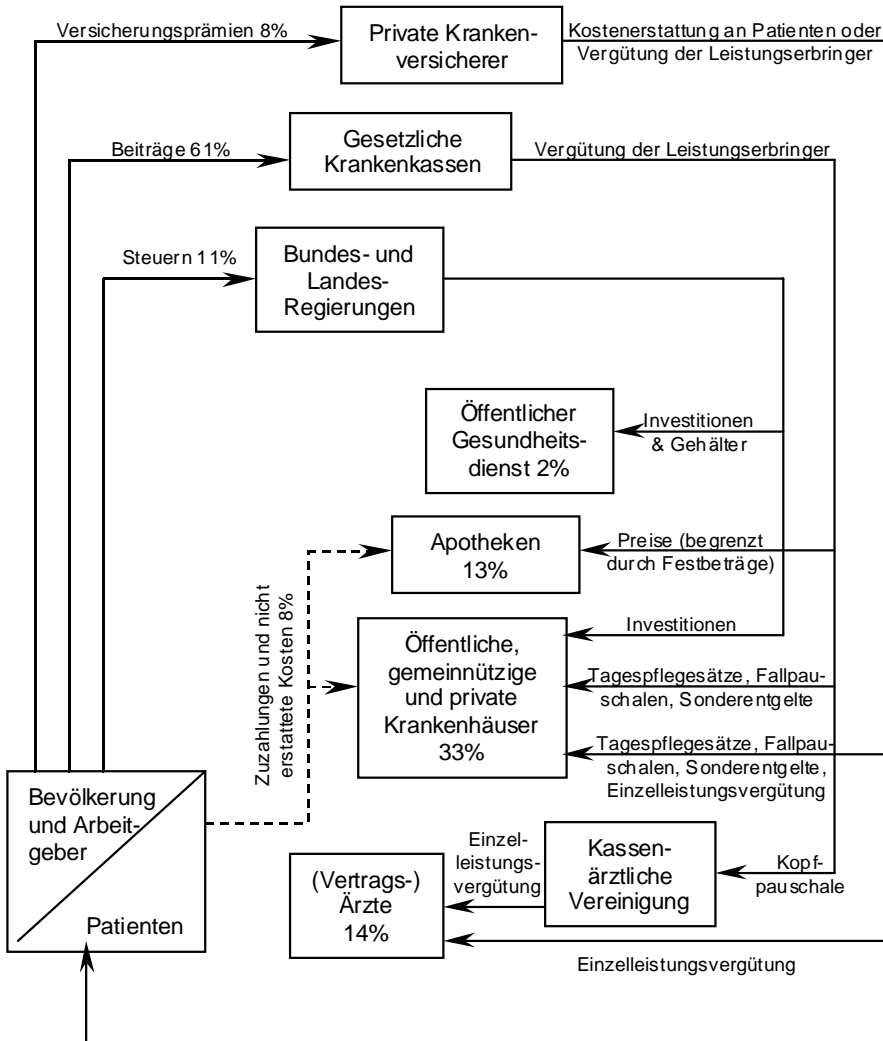
- Alle „Budgets“ innerhalb der GKV sind Budgets aufseiten der Leistungsanbieter und nicht auf seiten der Kostenträger. Während einige Budgets auch die Ausgaben einzelner Krankenkassen begrenzen (z.B. durch Kopfpauschalen, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung gezahlt 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 Ausgabemustern und nicht auf einer bedarfsbasierten Berechnung (wie z.B. der Ansatz der „resource allocation working party“ [RAWP] in Großbritannien). Wie schon erwähnt hat die Gesetzgebung in erster Linie die Kostendämpfung verfolgt. Zu diesem Zweck wurden 1. Budgets/ Ausgabenobergrenzen eingeführt, 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) und/oder 2. Wachstumsraten wurden gesetzlich begrenzt. In beiden Fällen blieben regionale Unterschiede der Ausgabenniveaus unberührt. Diese Tatsache wurde erst neuerdings im Zusammenhang mit den Arzneimittelausgaben diskutiert.

Die Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitssystem sind in Abbildung 12 abgebildet. Da die Finanzierungsseite im Kapitel zur Finanzierung und Ausgaben im Gesundheitssystem und im Abschnitt zu Arzneimitteln behandelt wurde, konzentriert sich die folgenden Ausführungen auf die Finanzierung bzw. Vergütung von Krankenhäusern und Ärzten.

Finanzierung von Krankenhäusern

Seit 1993 und besonders seit 1996 hat der deutsche Krankenhaussektor erhebliche Veränderungen durch festgesetzte Budgets, die Möglichkeit, Gewinne und Verluste zu erwirtschaften, das ambulante Operieren und die

Abb. 12. Finanzströme im deutschen Gesundheitssystem⁶



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 1998.
 Alle Angaben für 1994.

⁶ Die Zahlen auf der linken Seite sind Prozentangaben der Finanzierungsquellen (fehlend: andere Sozialversicherungen 4%, Arbeitgeber 4%, private Organisationen 2%). Die Zahlen in den Boxen sind die Prozentangaben der Gesundheitsausgaben (fehlend: Zahnarztpraxen 8%, niedergelassene Heilmittelerbringer 3%, Gesundheitshandwerk 5%, ambulante Pflegedienste 2%, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 4%, Pflegeheime 7%, Krankentransportunternehmen 1%, Verwaltungskosten 6%, sonstige 3%).

Einführung prospektiver Vergütungsverfahren erfahren. Davor waren die Bedingungen für Krankenhäuser in Deutschland seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 mit der dualen Finanzierung und dem Kostendeckungsprinzip günstiger.

Duale Finanzierung bedeutet, dass die Finanzierung von Investitionskosten durch die Länder und die der laufenden Kosten durch die Krankenkassen (und durch Privatpatienten) erfolgt. Die laufenden Kosten schließen alle Personalkosten ein, da auch die Krankenhausärzte Angestellte der Krankenhäuser sind. Die Leiter der klinischen Abteilungen haben üblicherweise eine Berechtigung zur Privatliquidation zusätzlich zu den Krankenhauskosten.

Um für die Erstattung von *Investitionskosten* anspruchsberechtigt zu sein, müssen Krankenhäuser im Krankenhausplan aufgeführt sein, der von den Bundesländern festgelegt wird. Diese Pläne listen häufig auch die erforderlichen Fachgebiete und die Bettenzahlen pro Fachgebiet und Krankenhaus auf. Seit 1989 wurde rechtlich als „Krankenhaus“ eine Einrichtung definiert, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dient, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung steht und in der „die Patienten untergebracht und gepflegt werden können“ (§107 SGB V); im Folgenden werden diese Krankenhäuser als allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser bezeichnet. Die Entwicklung der Bettenkapazitäten der Krankenhäuser und die Investitionen in Krankenhäuser unterscheiden sich stark zwischen den Bundesländern (siehe Tabelle 16). Zwischen 1991 und 1998 hat Berlin ausgehend von der Höchstzahl die Betten pro Kopf um über ein Drittel reduziert. Brandenburg und Sachsen haben ihre Kapazitäten von deutlich überdurchschnittlichen zu deutlich unterdurchschnittlichen Werten gesenkt. Andererseits haben sich Länder wie Bayern und Rheinland-Pfalz durch geringfügige Kürzungen der Bettenzahlen pro Kopf nun in den oberen Bereich der Kapazitäten im Ländervergleich bewegt.

In internationalen Vergleichen werden präventive und rehabilitative Einrichtungen oft in die Berechnung der Krankenhausdaten einbezogen. Sie sind jedoch nicht im Krankenhausplan aufgeführt und erhalten keine Erstattung der Investitionskosten durch die Landesregierungen, sondern müssen ausschließlich mit den verhandelten Verträgen wirtschaften.

Bezüglich der *laufenden Kosten* bedeutete das Kostendeckungsprinzip, dass alle Ausgaben der Krankenhäuser erstattet werden mussten. Diese Kostenerstattung erfolgte durch tagesgleiche Pflegesätze, die retrospektiv für jedes Krankenhaus kalkuliert wurden. Innerhalb der einzelnen Krankenhäuser waren diese Pflegesätze über alle Abteilungen gleich.

Das ursprüngliche Krankenhausfinanzierungsgesetz blieb bis 1992 mehr oder weniger gesetzliche Grundlage für den deutschen Krankenhaussektor, da die verschiedenen Kostendämpfungsgesetze vorwiegend auf die nicht-

Tabelle 16. Anzahl der Krankenhausbetten pro Bundesland 1991–1998 und Krankenhausinvestitionen 1997

Land	Allgemeine und psychiatrische Betten pro 1000 Bevölkerung (in Bezug zum Bundes- durchschnitt=100)		Verände- rung 1991–98	Krankenhaus- investitionen (DM/Bett) 1997
	1991	1998		
Baden-Württemberg	6,97 (84)	6,28 (90)	-9,9%	11 196
Bayern	7,63 (92)	6,97 (100)	-8,7%	16 004
Berlin	11,57 (139)	7,36 (106)	-36,4%	17 363
Brandenburg	8,95 (108)	6,42 (92)	-28,3%	18 164
Bremen	10,66 (128)	9,63 (138)	-9,7%	10 449
Hamburg	9,16 (110)	8,07 (116)	-11,9%	16 126
Hessen	7,53 (91)	6,77 (97)	-10,1%	11 425
Mecklenburg-Vorpommern	8,39 (101)	6,49 (93)	-22,6%	28 696
Niedersachsen	7,51 (90)	6,27 (90)	-16,5%	9 336
Nordrhein-Westfalen	9,19 (110)	7,71 (111)	-16,1%	7 648
Rheinland-Pfalz	7,65 (92)	7,01 (101)	-8,4%	10 652
Saarland	8,80 (106)	7,52 (108)	-14,5%	10 958
Sachsen	9,06 (109)	6,62 (95)	-26,9%	20 669
Sachsen-Anhalt	8,98 (108)	6,98 (100)	-22,3%	25 755
Schleswig-Holstein	6,90 (83)	5,95 (85)	-13,8%	10 414
Thüringen	8,79 (106)	7,45 (107)	-15,2%	22 871
Deutschland	8,32 (100)	6,97 (100)	-16,2%	13 028

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, rechte Spalte nach Bruckenberg 1998.

stationären Bereiche abzielten. Dies ergab sich teilweise durch den Einfluss der Bundesländer, die allen Gesetzen zustimmen müssen, die Krankenhäuser betreffen. Daher betraf das Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-ergänzungsgesetz von 1981 Krankeneinrichtungen 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 Abschnitt zur *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*). Das Krankenhausneuordnungsgesetz von 1984 führte prospektiv verhandelte Pflegesätze ein, die auf den erwarteten Kosten basierten. Die Erstattung zusätzlicher Kosten wurde rechtlich begrenzt. Faktisch erhielten die Krankenhäuser jedoch weiterhin volle Kostendeckung durch die nachträgliche Anpassung von Pflegesätzen. Zusätzlich eröffnete das Gesetz die Option, Kapitalkosten in die Pflegesätze einzugliedern, wenn Investitionen die laufenden Kosten mittel- oder langfristig senken würden. Seither bedeutete duale Finanzierung auch duale Planung mit der Festlegung der Zahl der

Krankenhäuser und Krankenhausbetten auf Länderebene, während Personalschlüssel sowie Krankenhausaufenthaltstage Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen waren.

Seit dem Gesundheitsreformgesetz sind Krankenhaus- und Krankenkassenverbände verpflichtet, Verträge hinsichtlich Qualitätssicherungsmaßnahmen zu verhandeln (es erforderte mehrere Jahre, dies umzusetzen). Zusätzlich wurden die Krankenkassen berechtigt, Verträge mit neuen Krankenhäusern zu schließen und bestehende Verträge zu kündigen. Letzterer 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 war das erste Kostendämpfungsgesetz, das den Krankenhaussektor in hohem Maße betraf. Diese Reform wurde möglich, weil die damalige Oppositionspartei SPD in der Mehrheit der Bundesländer regierte und zustimmte. Der Krankenhaussektor wurde durch eine Reihe neuer Regelungen betroffen:

Erhöhungen der Krankenkassenausgaben für die stationäre Behandlung wurden von 1993 bis 1995 an den Anstieg beitragspflichtiger Einkommen gekoppelt. Um dies zu ermöglichen, wurde das Kostendeckungsprinzip verlassen, d.h. Krankenhäuser konnten nun also Gewinne und Verluste erwirtschaften. Für jedes Krankenhaus wurden *festgesetzte Budgets* errechnet (bezüglich Budgets siehe weiter unten). Die Wachstumsraten der Budgets fußten auf Schätzungen, die vorab vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht wurden (und retrospektiv den tatsächlichen Wachstumsraten angeglichen wurden). Zusätzlich sah das Gesetz jedoch verschiedene Ausnahmen für höhere Wachstumsraten vor, was zu Ausgabenzunahmen deutlich oberhalb der angestrebten Wachstumsraten führte.

Zweitens wurde die *Pflege-Personal-Regelung* eingeführt (siehe Abschnitt zu *Berufstätige Personen und Ausbildung*). Im Zuge dieser Neuerung wurden zusätzliche Einstellungen von Pflegepersonal erwartet, so dass für diesen Fall eine Budgetausnahme zugestanden wurde.

Krankenhäusern wurde das *ambulante Operieren* sowie die ambulante prä- und poststationäre Betreuung von den Patienten gestattet (siehe Kapitel zur *Leistungserbringung im Gesundheitssystem*). Die Anreize für diese Leistungen waren initial jedoch gering, da die Vergütung in die festgesetzten Budgets eingeschlossen war.

Für eine Reihe stationärer Leistungen wurden ab 1996 *prospektive Fallpauschalen und Sonderentgelte* eingeführt. Politisch wurden die

festgesetzten Budgets im stationären Sektor als Interimslösung präsentiert, die von einem umfassenden System der prospektiven Vergütung abgelöst würde.

Fallpauschalen sollen alle Kosten eines stationären Aufenthaltes abdecken, während Sonderentgelte zusätzlich zu den (leicht gekürzten) Tagespflegesätzen gezahlt werden. Fallpauschalen orientieren sich an einer Kombination bestimmter Diagnosen (4-stellige ICD-9 Codes, teilweise getrennt nach „elektiven“ und „Notfall-Leistungen“) mit bestimmten Eingriffen (z.B. gilt für offene Appendektomien eine andere Fallpauschale als für laparoskopische Appendektomien). Sonderentgelte werden nur für Eingriffe entrichtet, pro Fall kann mehr als eine Leistung abgerechnet werden. Die Punktzahl für beide, (gegenwärtig über 70) Fallpauschalen und (gegenwärtig knapp 150) Sonderentgelte, wurde ursprünglich per Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums festgelegt, während die Festlegung der Punktwerte und damit der Vergütungshöhe auf Länderebene verhandelt wurde. Bei Festlegung der Punktzahlen legte das Bundesgesundheitsministerium einen Punktwert von DM 1,- zugrunde (etwa US \$0,50). Die Punktzahlen wurden auf Basis der realen Kosten einer relativ kleinen Patientengruppe mit der jeweiligen Diagnose und Intervention kalkuliert. Es wurde eine durchschnittliche Verkürzung der Aufenthaltsdauer von 15% angenommen, was immer noch zwei- bis fünfmal höher als bei entsprechenden US-amerikanischen DRGs war. Trotz dieser längeren (kalkulierten) Aufenthaltsdauer betragen die Fallpauschalen nur 40–50% der vergleichbaren US-amerikanischen DRGs (siehe Tabelle 17). Zusätzlich wurde in den deutschen Fallpauschalendefinitionen explizit eine mit der Vergütung abgegoltene maximale Aufenthaltsdauer festgelegt; bei Überschreitung dieser Aufenthaltsdauer (was in etwa 3% der Fälle eintritt) werden zusätzliche Tage gesondert erstattet.

Der Anteil der Fälle, der in Deutschland durch prospektive Fallpauschalen vergütet wird, beträgt weniger als ein Viertel aller Fälle, was je nach Krankenhaus und nach Fachgebiet stark variiert. Nach Asmuth et al. (1999) erhielten 12% der Krankenhäuser keinerlei prospektive Vergütungen, während es in den übrigen Krankenhäusern etwa 25% der Fälle und des Budgetvolumens sind (Fallpauschalen allein: 18% der Fälle und 15% der Aufenthaltstage). Während es keine Fallpauschalen für internistische, pädiatrische und psychiatrische Patienten gibt, werden über 50% der gynäkologischen und geburtshilflichen Fälle und etwa zwei Drittel der ophthalmologischen Fälle nach Fallpauschalen abgerechnet. Die Zahl der verschiedenen angebotenen Fallpauschalen und Sonderentgelte und ihr Volumen werden in den Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene festgelegt. Durchschnittlich sind dies pro Krankenhaus 32 verschiedene Fallpauschalen und 42 Sonderentgelte (Asmuth et al. 1999).

Tabelle 17. Formen prospektiver Vergütung – Deutsche Fallpauschalen versus DRGs in den USA

	Deutschland: Fallpauschale Nr.	USA: vergleichbare DRG Nr.	Deutschland: berechnete Vergütung in US\$	USA: tatsächliche Vergütung in US\$ (1992)	Deutschland: kalkulierte Aufenthaltsdauer	USA: tatsächliche Aufenthaltsdauer (1992)
Appendektomie, offen	12.05		2 064		7,2	
Appendektomie, laparoskopisch	12.06		2 295		6,0	
Appendektomie (nicht spezifiziert)		167		5 663		2,7
Cholezystektomie, elektiv & offen	12.03		3 442		11,4	
Cholezystektomie, elektiv & laparoskopisch	12.04		2 994		7,3	
Cholezystektomie (nicht spezifiziert)		198		7 587		2,6
Leistenhernien-OP, unilateral	12.07	162	2 262	4 524	7,9	1,8
Tonsillektomie	7.01	59	1 635	3 097	6,5	1,3
Katarakt, Photoemulsifikation	3.02	39	1 904	6 024	3,1	1,9
Venenstripping	10.01	119	2 244	6 936	6,2	3,3
Vaginale Entbindung	16.01/16.041	373	1 660	2 763	5,2	1,9
Herzklappenersatz	9.09	105	18 135	56 414	21,5	13,1

Quelle: Busse & Schwartz 1997, basierend auf der Bundespflegesatzverordnung 1996 und HCUP-3 (US-weite Krankenhausstichprobe für stationäre Aufenthalte 1992).

Anmerkung: US-Daten für Fälle ohne Sekundärdiagnose; deutsche Vergütung berechnet auf Basis von US\$ 1 = DM 1,56 (1992);

Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz übertrug ab 1999 die Verantwortung der weiteren Gestaltung des Leistungskataloges den gemeinsamen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften. Daher gründete die Deutsche Krankenhausgesellschaft Anfang 1998 das so genannte Koordinierungskomitee, um diese Arbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den privaten Krankenversicherern zu leisten.

Alle anderen Fälle werden gegenwärtig über ein zweigeteiltes System von Tagessätzen vergütet: ein krankenhauseinheitlicher Basispflegesatz für nichtmedizinische Kosten und ein abteilungsspezifischer Pflegesatz für medizinische Kosten einschließlich Pflege, Arzneimittel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen etc.

Fallpauschalen, Sonderentgelte und Pflegesätze sind alle Bestandteile des Budgets des jeweiligen Krankenhauses. Diese Budgets nach „deutschen Typus“ 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 abgestimmt werden. Die Zielbudgets bestimmen die Leistungszahlen (für Fälle, die nach Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie nach Tagespflegesätzen vergütet werden) und die Pflegesätze.

Erreicht das Krankenhaus exakt 100% der angestrebten Leistungszahlen, muss keine finanzielle Anpassung erfolgen, da die Summe der Fallpauschalen, Sonderentgelte und Tagespflegesätze genau dem Budget entspricht. Wenn tatsächlichen Leistungen das Ziel überschreiten, das Krankenhaus also über das Zielbudget hinaus Erstattungen erhalten hat, muss es Teile dieser zusätzlichen Einnahmen rückerstatten – 50% der Fallpauschalen für Transplantationen, 75% anderer Fallpauschalen und Sonderentgelte und 85–90% der Tagespflegesätze. Anders ausgedrückt werden Leistungen oberhalb des Zielbudgets lediglich mit 50%, 25% bzw. 10–15% vergütet. Wenn die vereinbarten Leistungszahlen unterschritten werden, das Krankenhaus also die Gesamtvergütung des Zielbudgets nicht ausgeschöpft hat, erhält es 40% der Differenz (seit 1.1.2000; 1999 waren es 50%). Diese Summe wird nach Inanspruchnahme durch die Versicherten unter den Krankenkassen aufgeteilt und die tatsächlichen Fallpauschalen, Sonderentgelte und Tagespflegesätze sind damit höher als ursprünglich verhandelt.

Durch die überdurchschnittlichen Zunahmen der Krankenhausausgaben ist dieser Bereich seit langem ein Problem in der Gesundheitspolitik. Während die Ausgaben pro Bett und Tag über die vergangenen Jahre kontinuierlich zunahmen, sind die Ausgaben pro Fall seit 1996 gefallen, was Ausdruck gestiegener Effizienz ist (siehe Tabelle 18). Die Änderung der Ausgabenverhältnisse zwischen den neuen und alten Bundesländern in Tabelle 18 ist ein

Tabelle 18. Ausgaben für allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern, 1991–1998

	Ausgaben pro Bett			Ausgaben pro Tag			Ausgaben pro Fall		
	West (DM)	Ost (DM)	Ratio	West (DM)	Ost (DM)	Ratio	West (DM)	Ost (DM)	Ratio
1991	121 866	60 944	0,50	388	223	0,60	5 571	3 585	0,64
1992	133 451	85 218	0,64	427	306	0,72	5 931	4 322	0,73
	+9,5%	+39,8%		+10,0%	+37,3%		+6,5%	+20,5%	
1993	141 129	103 087	0,73	461	365	0,79	6 102	4 750	0,78
	+5,8%	+21,0%		+7,8%	+19,2%		+2,9%	+9,9%	
1994	147 620	120 621	0,82	489	418	0,85	6 235	5 112	0,82
	+4,6%	+17,0%		+6,1%	+14,6%		+2,2%	+7,6%	
1995	157 580	133 483	0,85	526	457	0,87	6 418	5 337	0,83
	+6,7%	+10,7%		+7,6%	+9,2%		+2,9%	+4,4%	
1996	163 054	140 494	0,86	555	482	0,87	6 375	5 394	0,85
	+3,5%	+5,3%		+5,4%	+5,6%		-0,7%	+1,1%	
1997	167 465	147 028	0,88	568	500	0,88	6 293	5 389	0,86
	+2,7%	+4,7%		+2,5%	+3,8%		-1,3%	-0,1%	
1998	172 855	154 423	0,89	579	514	0,89	6 233	5 372	0,86
	+3,2%	+5,0%		+1,8%	+2,7%		-1,0%	-0,3%	

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 1999

weiterer Indikator dafür, dass sich das Gesundheitssystem in den neuen Bundesländern rasch dem der alten angepasst hat.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 sieht die Einführung eines neuen Vergütungssystems für Krankenhäuser vor, das auf diagnosebezogenen Fallpauschalen für alle Patienten beruht (mit Ausnahme der Psychiatrie). Dieses System soll bis Ende 2001 entwickelt und 2003 umgesetzt werden.

Vergütung von niedergelassenen Ärzten

Die Vergütung von niedergelassenen Ärzten wird durch zwei Hauptfaktoren bestimmt. Erstens leisten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vergütung aller kassenzugelassenen Ärzte. Dies entbindet sie von der Verpflichtung, die Ärzte selbst zu bezahlen (§83 SGB V). Diese Gesamtzahlung wird üblicherweise als Kopfpauschale pro versichertes Mitglied verhandelt. Die Kopfpauschale – die sich zwischen Ersatzkassen und anderen Kassen innerhalb eines Bundeslandes sowie zwischen den Bundesländern unterscheidet – deckt alle Leistungen der kassenzugelassenen Ärzte aller Fachgebiete einer Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Zweitens müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Gesamtvergütung unter ihren Mitgliedern gemäß des bundesweiten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und ihrer eigenen Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM). Vor der Verteilung an die Mitglieder muss die KV die Daten, die der Berechnung zugrunde liegen überprüfen, festhalten und summieren.

Alle erstattungsfähigen Leistungen sind im EBM aufgelistet. Während die Entscheidung der generellen Vergütungsfähigkeit vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen getroffen wird (siehe Abschnitt zur *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*), ist ein weiteres Gremium, der Bewertungsausschuss, für den EBM zuständig. Dieser enthält alle Leistungen, die für kassenzugelassene Vertragsärzte innerhalb der GKV erstattungsfähig sind. Neben 147 allgemeinen Leistungen (Konsultation, Hausbesuch, Vorsorgeuntersuchung etc.) sind die Leistungen nach Fachgebieten gegliedert. Im Kapitel zu Chirurgie und Orthopädie sind z.B. 355 Leistungen aufgeführt, im HNO-Kapitel 97 Leistungen, im Kapitel zur Inneren Medizin 87 Leistungen etc. Jeder Leistung wird eine Anzahl von Punkten zugeordnet – daher „Bewertungsmaßstab“ (Beispiele siehe Tabelle 19). Darüber hinaus listet der EBM bestimmte Voraussetzungen für den Anspruch auf Vergütung, z.B. Indikationen oder den Ausschluss anderer Leistungen während des gleichen Kontaktes.

Tabelle 19. Beispiele für Leistungen und ihren zugewiesenen Punktzahlen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (basierend auf der Fassung von 1996)

Leistung	Punktzahl
Ordinationsgebühr pro Patient und Quartal	60–575 abhängig von Fachgebiet des Arztes und Status des Patienten (arbeitend/berentet)
Aufschlag für regelmäßige Versorgung (pro Quartal) durch Nephrologen für dialysepflichtige Patienten, Onkologen für Krebspatienten oder Rheumatologen für Patienten mit rheumatoider Arthritis	900
Konsultationsgebühr (Praxis)	50
Diagnosen und/oder Therapie psychiatrischer Störungen durch ärztliches Gespräch von mindestens 15-minütiger Dauer	450
Konsultationsgebühr (Hausbesuch)	400 (kein Notfall)/600 (Notfall)
Vorgeburtliche Versorgung für 3 Monate	1 850
Krebsvorsorge	260 (Männer)/310 (Frauen)
Gesundheits-Check-up	780
EKG	250
Osteodensitometrie	450

Am Ende eines jeden Quartals meldet jeder/jede niedergelassene Arzt/Ärztin seiner/ihrer Kassenärztlichen Vereinigung die Gesamtzahl der Punkte der erbrachten Leistungen. Während Ärzte monatliche Zahlungen erhalten, die auf vorangegangenen Zahlen beruhen, hängt die tatsächliche Vergütung von einer Reihe Faktoren ab:

- Seit 1997 ist die Zahl der erstattungsfähigen Punkte pro Patient begrenzt – mit Abweichungen zwischen den Fachgebieten und den Bundesländern („Regelleistungsvolumen“, oftmals auch als „Praxisbudgets“ bezeichnet).
- Das mit den Krankenkassen verhandelte Gesamtbudget wird gemäß aller von Ärzten in der Kassenärztlichen Vereinigung erbrachten erstattungsfähigen Leistungen aufgeteilt. Somit kann der Punktwert nicht vorhergesehen werden, da er von der Gesamtzahl der Punkte abhängt. Der Punktwert wird schließlich benutzt, um die Quartalsvergütung zu berechnen.
- Die tatsächliche Vergütung wird auch durch den Honorarverteilungsmaßstab modifiziert, der für jede Kassenärztliche Vereinigung unterschiedlich ist. Durch diese Maßnahme werden Mindest- und Höchstpunktwerte für verschiedene Fachgebiete und/ oder Leistungen festgelegt, um allzu starke Unterschiede zwischen den Fachgebieten auszugleichen.

Die Vergütung unterliegt auch Kontrollmechanismen, um übermäßige Leistungserbringung und unzulässige Ansprüche zu verhindern. Im

Zufallsverfahren kann überprüft werden, ob Ärzte mehr Leistungen oder Krankenhauseinweisungen pro Kopf 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.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren erfolgreich in ihren Bemühungen, eine Regelung in das 2. GKV-Neuordnungsgesetz zur Beendigung festgesetzter Budgets und der Rückkehr zur echten Einzelleistungsvergütung aufzunehmen. Dies beruhte zum einen auf zunehmenden Anschuldigungen von Ärzten, die Kollegen unrechtmäßige Forderungen vorwarfen und zum anderen darauf, dass die Budgets als zu klein beklagt wurden, um die notwendigen Leistungen erbringen zu können. Bevor diese rechtliche Regelung in Kraft treten konnte, setzte die Regierung mit dem Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV die Budgets erneut fest. Eine Analyse der Entwicklung ärztlicher Abrechnungen von 1988 bis 1995 zeigt, dass – sowohl durch höhere Arztzahlen als auch durch höhere Leistungsmengen pro Arzt – zwischen 1992 und 1995 die Vergütung pro Arzt annähernd gleich geblieben ist und pro erbrachte Leistung sogar abgenommen hat (siehe Tabelle 20). Die erwähnte Begrenzung der durchschnittlichen Anzahl erstattungsfähiger Punkte pro Patient war eine Teillösung dieses Problems.

Die Einkommen der niedergelassenen Ärzte sind trotz der mäßigen Wachstumsraten in der Vergütung pro Arzt relativ hoch geblieben, was teilweise auf die hohen Zuwächse bei Privatpatienten zurückzuführen ist (siehe Ausführungen zur *Privaten Krankenversicherung* im Abschnitt *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). Das durchschnittliche Jahreseinkommen bewegte sich zwischen etwas über DM 150 000 für Allgemeinmediziner und DM 250 000 für Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (siehe Tabelle 21), also zwischen dem drei- und fünffachen des durchschnittlichen Jahreseinkommens eines Arbeiters und dem zwei- bis dreifachen des durchschnittlichen Jahreseinkommens eines Angestellten.

Tabelle 20. Veränderung der Ärztezahl, der erbrachten Leistungen und der Vergütung im niedergelassenen Bereich 1988–1995 (nur alte Bundesländer)

	1988–1992	1992–1995	1988–1995
GKV-zugelassene niedergelassene Ärzte	+ 12%	+ 15%	+ 29%
Leistungen (einschl. neuer Leistungen)	+ 32%	+ 26%	+ 67%
Leistungen (einschl. neuer Leistungen) pro Arzt	+ 18%	+ 10%	+ 30%
Vergütung gesamt (nominal)	+ 34%	+ 13%	+ 51%
Vergütung pro Arzt (nominal)	+ 19%	- 1%	+ 18%
Vergütung pro Leistung (nominal)	+ 1%	- 10%	- 9%

Quelle: Busse & Howorth 1999.

Tabelle 21. Einkommen von GKV-Vertragsärzten 1996 (nur alte Bundesländer)

	GKV- Einnahmen	Gesamteinkünfte (einschl. Privatpatienten etc.)	Kosten für Personal, Investitionen und Material	Überschuss = Einkommen vor Steuern
Augenärzte	372 600	523 700	300 700	223 100
Chirurgen	391 000	560 200	387 600	172 600
Frauenärzte	378 800	488 500	284 900	203 500
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	422 200	576 900	326 100	250 800
Hautärzte	362 200	500 600	303 800	196 800
Internisten (einschl. solchen mit Schwerpunkten)	430 500	527 100	320 500	206 600
Kinderärzte	368 300	405 700	231 300	174 300
Neurologen	333 800	398 800	220 400	178 400
Orthopäden	496 500	686 500	457 400	229 100
Radiologen	813 100	1 103 200	870 600	232 600
Urologen	407 000	543 900	343 500	200 300
Alle Fachärzte	415 100	531 100	330 500	200 600
Allgemeinmediziner	320 700	369 900	214 100	155 800
Gesamt	378 300	472 500	287 600	184 900

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998.

Reformen im Gesundheitssystem

Hauptziel: Kostendämpfung

Seit 1977 wurden Krankenkassen und Leistungserbringer im Gesundheitssystem verpflichtet, eine Kostendämpfungspolitik mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität zu verfolgen. Diese Verpflichtung ist definiert als Kopplung der Beitragssätze an das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen. Mitwirkung an der Verfolgung dieses Zieles herzustellen ist eine der vordringlichen Aufgaben der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen.

Die Ära der Kostendämpfung im deutschen GKV-Bereich begann 1977 mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz. Dieses beendete eine Phase des raschen Wachstums der Gesundheitsausgaben, besonders im Krankenhaussektor. Das Wachstum war politisch beabsichtigt gewesen, um infrastrukturelle Mängel und Unterversorgung, bedingt durch die Zerstörungen im Zweiten Weltkrieg sowie inadäquate Krankenhausfinanzierung, zu überwinden.

Das Prinzip der Kostendämpfung in Deutschland war eine einkommensorientierte Ausgabenpolitik, um stabile Beitragssätze zu gewährleisten. Dies war ein wichtiges Ziel in einer Phase wirtschaftlicher Restrukturierung und wachsendem internationalen Wettbewerb, da die Beiträge, welche die gesamte ambulante, stationäre und Arzneimittelversorgung abdecken (mit Ausnahme der Investitionskosten der Krankenhäuser und einiger zahnärztlicher Leistungen), zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden. Steigerungen der Beitragssätze wurden so eine Frage der internationalen Wettbewerbsfähigkeit.

Eine Reihe von Kostendämpfungsgesetzen mit verschiedenen Ansätzen wurde entwickelt, u.a.:

- Budgets für Sektoren oder einzelne Leistungsanbieter
- Festbeträge für Arzneimittel

- Beschränkung von medizinisch-technischen Großgeräten und Festlegung der maximalen Anzahl niedergelassener Ärzte pro Planungsregion
- erhöhte Zuzahlungen (sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Zahl der Leistungen)
- der Ausschluss von bestimmten zahnärztlichen Leistungen für junge Versicherte von 1997 bis 1998.

Diese Gesetze führten zu einer Mäßigung des Gesundheitsausgabenwachstums und stabilisierten den Krankenkassenausgabenanteil am BIP pro Kopf (in Westdeutschland zwischen 6% und 7% seit 1975). Diese Stabilität wurde jedoch in der Diskussion um die Gesundheitsausgaben nicht gewürdigt, da der hierbei zugrundegelegte Faktor von Politikern und Arbeitgebern (und in geringerem Umfang von Arbeitnehmern und Versicherten) allein die Beitragssätze war. Diese sind langsam aber stetig gestiegen (von 10,4% im Jahr 1975 auf 13,5% im Jahr 1999), wobei die Kostendämpfungsmaßnahmen jeweils nur geringe und vorübergehende Wirkung hatten. Diese Effekte wurden häufig sogar durch überdurchschnittliche Ausgabenzuwächse nach Bekanntwerden neuer Kostendämpfungsvorschläge konterkarierten, bevor sie wirksam werden konnten. Die entsprechende Ausgabenkurve Ende 1988 wurde daher nach dem damals verantwortlichen Minister als „Blüm-Bauch“ bezeichnet.

Eine häufig übersehene Tatsache ist, dass nicht gestiegene Gesundheitsausgaben (die im Einklang mit dem BIP steigen) für den Anstieg der Beiträge verantwortlich sind, sondern der sinkende Anteil sozialversicherungspflichtiger Einkommen am BIP. Höhere (Kapital-)Gewinne von Arbeitgebern, eine größere Zahl von Arbeitslosen und Einkommenszuwächse unterhalb der Produktivitätssteigerung haben zu dieser Situation beigetragen. Die Debatte in der Mitte der 1990er Jahre über Sozialausgaben wurde von Arbeitgebern und Ökonomen dominiert, die davon ausgehen, dass ein noch niedrigerer Anteil am BIP für Löhne und Gehälter die Lösung der gegenwärtigen Wirtschaftskrise mit ihrer hohen Arbeitslosigkeit sei – eine umstrittene Haltung, die von Fakten wenig untermauert ist.

Die Budgets schwankten in Form und Wirksamkeit, waren insgesamt aber erfolgreicher in der Kostendämpfung als irgend eine der anderen Maßnahmen auf seiten von Angebot oder Nachfrage, die weithin scheiterten. Tabelle 22 gibt einen Überblick über Aufstieg, Fall und Wiederauferstehung von Budgets und Ausgabenobergrenzen. Eine vollständige Darstellung der Kostendämpfungsmaßnahmen und ihres (relativen) Erfolges findet sich bei Busse und Howorth (1999).

Tabelle 22. Kostendämpfung durch Budgets und Ausgabenobergrenze 1989–1999

	Ambulante Versorgung	Krankenhäuser	Arzneimittel
1989 – 1992	Regional verhandelte Gesamtvergütung (= Budget)	Verhandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene	Kein Budget oder Ausgabenobergrenze
1993	Regionale, gesetzlich fixierte Gesamtvergütung (= Budget)	Gesetzlich gesetzte feste Budgets auf Krankenhausebene	Bundesweite, gesetzlich gesetzte Ausgabenobergrenze
1994			
1995			Regional verhandelte Ausgabenobergrenze
1996	Regional verhandelte Gesamtvergütung (= Budget)	Verhandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene	Verhandelte Richtgrößen für einzelne Praxen
1997	(Von KV festgelegte Regelleistungsvolumen für einzelne Praxen)		
1999	Regional verhandelte Gesamtvergütung (= Budget mit gesetzlich geregelter Obergrenze)	Verhandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene mit gesetzlich geregelter Obergrenze	Regionale, gesetzlich gesetzte Ausgabenobergrenze
2000			Regional verhandelte Ausgabenobergrenze

Anmerkung: Je dunkler die Schattierung, desto stärker ist der Sektor reguliert.

Weitere Gesundheits(system)ziele – Gesundheit für alle

Wie geschildert ist das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland hauptsächlich in Verantwortung der Bundesländer. Öffentliche Gesundheitsdienste werden unter ihrer Aufsicht organisiert und befinden sich außerhalb des GKV-Systems. Die Prioritätensetzung scheint in diesem Bereich jedoch nicht als zentrale Aufgabe angesehen zu werden. Lediglich ein Bundesland, Nordrhein-Westfalen, hat Gesundheitsziele für die öffentliche Gesundheit formuliert. Dieses Bundesland verabschiedete 1994 zehn Gesundheitsziele, die einigen der „Gesundheit für alle“-Zielen der WHO folgen, aber spezifischer die Verantwortlichkeiten der beteiligten Institutionen und Gruppen erläutern. Andere Bundesländer haben seit 1997/1998 begonnen, eigene Gesundheitsziele zu entwickeln.

Die deutsche Diskussion über das WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ war zunächst nur kurz. Ein umfassendes Buch zu dringlichen

Gesundheitsproblemen der Bevölkerung in (West-) Deutschland 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, Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu unterstützen.

Gesundheitsziele erhielten (erneut) Aufmerksamkeit, als die Krankenkassen 1997 in den Wettbewerb eintraten. 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. Ein leitender Angestellter des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen schlug vor, dass Krankenkassen ihre eigenen Gesundheitsziele festlegen sollten, die sie mit „Managed Care“-Methoden verfolgen sollten. Gesundheitssystemforscher unterstützten den Einsatz von Gesundheitszielen, sprachen sich jedoch für gemeinsame Ziele aus, an deren Erreichung die Leistungsfähigkeit einzelner Krankenkassen gemessen werden könnten.

Inhalte der Reformgesetze

Die Kodifizierung des Sozialgesetzbuches V (SGB V) durch das Gesundheitsreformgesetz stellt einen sinnvollen Beginn der Liste von Gesetzen zur Reform des Gesundheitssystems dar (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23. Wichtige Gesetze zur Reform des Gesundheitssystems seit 1988

Gesetz	Jahr der Verabschiedung
Gesundheitsreformgesetz 1989 („Erste Stufe“)	1988
Gesundheitsstrukturgesetz 1993 („Zweite Stufe“)	1992
Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz	1996
1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz („Dritte Stufe“)	1997
Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung	1998
Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)	1999

Gesundheitsreformgesetz

Neben der Festlegung des Sozialversicherungsrechts (oder eher der Erneuerung der Fassung von 1911) änderte das Gesundheitsreformgesetz (das am 1.1.1989 in Kraft trat) folgende Aspekte des deutschen Gesundheitssystems:

- Wahlfreiheit der Krankenkasse für Arbeiter mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (und damit Gleichstellung mit Angestellten)
- neue Pflegeleistungen
- Einführung eines Beiträgerückerstattungsmodells bei Nichtinanspruchnahme
- Einführung von Gesundheitsförderung und Verstärkung präventiver Leistungen
- Abstufungen der Zuzahlungen für Zahnersatz in Abhängigkeit von regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen
- Einführung von Festbeträgen für Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel
- Einführung einer Negativliste für Arzneimittel (durch Unwirksamkeit begründet)
- Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Einführung öffentlicher Ausschüsse zur Regulierung gemeinsam genutzter medizinischer Großgeräte im ambulanten und stationären Bereich
- Einführung der Berechtigung von Krankenkassen, Verträge mit Krankenhäusern außerhalb der Landeskrankenhauspläne zu schließen
- Erweiterung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auf Krankenhäuser.

Gesundheitsstrukturgesetz

Das Gesundheitsstrukturgesetz (größtenteils ab dem 1.1.1993 gültig) wurde eingeführt, weil die Kostendämpfung als unzureichend wirksam wahrgenommen wurde. Das Gesetz verfolgte zwei unterschiedliche Strategien:

- verstärkte Betonung klarer Kostendämpfungsmaßnahmen wie Budgets und
- mehr Wettbewerb zur Förderung der Effizienz, insbesondere zwischen den Krankenkassen und im stationären Sektor.

Die Schlüsselemente des Gesetzes können wie folgt klassifiziert werden:

- Freie Krankenkassenwahl für den Großteil der versicherten Bevölkerung (ab 1996)
- Einführung eines Risikostrukturausgleichs zur Umverteilung der Beiträge zwischen den Krankenkassen (ab 1994)
- Abschaffung des Kostendeckungsprinzips 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 maschinenlesbaren Versichertenkarte an Stelle eines papierenen Dokumentes für die versicherte Bevölkerung
- 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)
- erhöhte Zuzahlungen (für Arzneimittel Einführung von Zuzahlungen für Produkte mit Festbetrag und Abstufung gemessen am Preis [1993] oder an der Packungsgröße [ab 1994])
- stärkere Beschränkung der Zahl niedergelassener Ärzte
- Einführung zufälliger Plausibilitätsprüfungen betreffs abgerechneter Leistungen durch niedergelassene Ärzte (Wirtschaftlichkeitsprüfungen).

Die „dritte Stufe“ der Gesundheitsreform

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 (größtenteils ab 1.1.1997 in Kraft) und enthielt folgende Maßnahmen:

- Ausschluss operativer zahnärztlicher Leistungen und Zahnersatzleistungen aus dem Leistungskatalog für Personen, die nach 1978 geboren wurden (1998 abgeschafft)
- Kürzung aller Beitragssätze um 0,4% am 1.1.1997
- Kürzung der Zuschüsse für rehabilitative Maßnahmen
- erhöhte Zuzahlungen für Arzneimittel und rehabilitative Maßnahmen
- Kürzung der Gesundheitsförderungsleistungen

Das Erste und Zweite GKV-Neuordnungsgesetz, die zeitlich folgten und am 1.7.1997 und 1.1.1998 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 waren, anti-marktwirtschaftliche Elemente wie Budgets oder Kollektivverträge zu ändern oder abzuschaffen. Die Maßnahmen, die durch die beiden Gesetze eingeführt wurden waren:

- für operative zahnärztliche Behandlung/ Zahnersatz eine Privatisierung der Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Patienten müssen Leistungen und letztendlich Preise mit den Zahnärzten aushandeln und erhalten 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 Bundesgesundheitsministerium an Selbstverwaltungsorgane (Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften) und Abschaffung der öffentlichen Ausschüsse für medizinische Großgeräte
- Einführung eines jährlichen Beitrages von DM 20,- pro Krankenkassenmitglied (nicht mit dem Arbeitgeber zu teilen) für Renovierungen und Reparaturen von Krankenhäusern *
- erhöhte Zuzahlungen für stationäre Versorgung, Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel, Krankentransport und Zahnersatz (für diejenigen, die noch Anspruch auf Erstattung hatten) (teilweise 1998 wieder abgeschafft)
- Einführung eines Zuschusses für Hospizbetreuung
- neue Anforderungen für HTA im ambulanten Sektor

Das Sternchen bedeutet (*), dass die Maßnahme 1998 wieder abgeschafft wurde (wirksam ab 1.1.1999).

Die Gesetze von 1996/1997 brachen mit traditionellen Bestimmungen des Systems, wie z.B.:

- allgemeiner Leistungsanspruch
- Beitragsgleichheit zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber
- Finanzierung nur gemäß Einkommen und nicht gemäß Risiken oder Leistungsanspruchnahme
- 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 Leistungsanbieter wurden die wichtigsten Elemente der Gesundheitspolitik der Oppositionsparteien. In Erwartung einer solchen politischen Änderung nach den Wahlen unterminierten die Krankenkassen die Implementation der rechtlichen Beendigung des Drucks auf die Leistungserbringer, ihre Einkommen zugunsten der Kostendämpfung zu limitieren. Sie verweigerten die Unterzeichnung von Verträgen und erklärten, sie würden ihren Standpunkt nach den Wahlen überdenken (falls die CDU-Regierung wiedergewählt würde). Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Versicherten und Krankenkassen war die Lage jedoch weniger klar. Einige Krankenkassen setzten die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung bei Nichtanspruchnahme 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

Nach dem Regierungswechsel im Herbst 1998 änderte das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV die oben beschriebenen Veränderungen, die nicht im Einklang mit bisherigen traditionellen Ansätzen standen (oben mit Sternchen markiert). Zusätzlich wurden Zuzahlungen zu Arzneimitteln und Zahnersatz reduziert und Budgets oder Ausgabenobergrenzen für die relevanten Sektoren des Gesundheitssystems wiedereingeführt – und im Fall der zahnärztlichen Behandlung strikter definiert als je zuvor. Die zahnärztliche Behandlung erfuhr 1998 besondere Aufmerksamkeit: Obwohl Forderungen rechtlich für einen auf drei Jahre befristeten Zeitraum nach Privatisierung der zahnärztlichen Behandlung beschränkt worden waren, überschritten eine Reihe von Zahnärzten diese Forderungen von Anfang an. Dieses Verhalten, zusammen mit den Einschränkungen des Leistungskataloges und dem Angebot privater Krankenversicherer, neue Versicherungspolice zu verkaufen, trugen erheblich zur allgemeinen Unzufriedenheit in der Bevölkerung bei.

Entwicklungsperspektiven: GKV-Gesundheitsreform 2000

Nach dem nur kurzfristig initiierten Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV führte die gegenwärtige Regierung im Juni 1999 eine mittel- bis langfristige Reform ein, die in abgewandelter Form im Dezember 1999 verabschiedet wurde. Dieses „GKV-Gesundheitsreform 2000“ genannte Gesetz trat im Januar 2000 in Kraft. Es versucht, viele der Systemschwächen aufzugreifen (siehe folgendes Kapitel). Die Schlüsselemente sind:

- *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 bedeutet, dass das Ministerium dem Ausschuss Fristen für die Technologiebewertung zwecks Ein- oder Ausschlusses vom Leistungskatalog setzen kann. Außerdem wird die Entscheidungsfindung unter Verbandsbedingungen auf den stationären Sektor ausgeweitet, indem ein Krankenhaus-Ausschuss und ein Koordinierungsausschuss geschaffen werden. Während diese Maßnahmen insgesamt wenig umstritten sind (oder in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen werden), wurde die dritte Maßnahme, die Einführung einer Positivliste für erstattungsfähige Arzneimittel von der pharmazeutischen Industrie und insbesondere von den kleineren Betrieben mit einem hohen Anteil umstrittener Produkte bekämpft. Das Bundesgesundheitsministerium ist nun autorisiert, eine Positivliste mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen. Eine neunköpfige Kommission aus Experten der klinischen Medizin und Pharmakologie wird mit der Vorbereitung beauftragt. Die Maßnahmen, die den Leistungskatalog betreffen, werden von verbindlichen Leitlinien des Koordinierungsausschusses und neuen Regelungen der Qualitätssicherung begleitet.
- *Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern.* In dieser Hinsicht erlaubt das neue Gesetz Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern über die bisherigen Grenzen der ambulanten und stationären Sektoren hinaus. Beispielsweise kann eine Gruppe von Anbietern Verträge für beide Versorgungsformen mit Krankenkassen abschließen. Um ein (freiwilliges) Gatekeeping durch Hausärzte zu fördern, sind die Krankenkassen berechtigt, ihren Mitgliedern einen Bonus zu erteilen, wenn sie Fachärzte nach Konsultation ihres Hausarztes aufsuchen.

- *Budgets und Vergütungssystem:* Der Entwurf sah die Einführung eines Globalbudgets für Krankenkassen vor, durch das sie rechtlich verpflichtet gewesen wären, nur soviel auszugeben, wie sie durch Beiträge einnehmen. Zudem war eine Änderung der Krankenhausfinanzierung von der dualen Form (mit Zahlung der Krankenhausinvestitionskosten durch die Bundesländer und Zahlung der laufenden Kosten durch die Krankenkassen) zu einer „monistischen“ Finanzierung (in der die Krankenkassen alle Kosten inklusive der Kapitalkosten hätten finanzieren müssen) – durch ein neues Fallpauschalensystem für alle Patienten vorgesehen. Im ambulanten Sektor wird das Budget für Allgemeinmediziner von dem der niedergelassenen Fachärzte abgetrennt.

Die Finanzierungs- und Vergütungsaspekte dieser Reform erregten bei weitem die größte öffentliche Aufmerksamkeit. Während die meisten Akteure äusserten, dass sie prinzipiell mit den Zielen dieser Maßnahmen übereinstimmten, kritisierten sie verschiedene Elemente. Die Ärzte formierten den schärfsten Widerstand gegen das Globalbudget. Sie drohten offen damit, Leistungen zu rationieren, indem sie Patienten auf Wartelisten für Medikamente und Eingriffe setzen würden (was bisher lediglich bei Transplantationen vorkam). Die Ärzte waren hinsichtlich des eigenen Budgets für Hausärzte jedoch gespalten. Sowohl Ärzte als auch Krankenhäuser befürchteten, die Verlierer zu sein, wenn Teile ihres Budgets für sektorübergreifende Verträge genutzt würden. Angestellte in Arztpraxen und Krankenhäusern drohten mit Arbeitskämpfen, da sie wegen des Globalbudgets mit Arbeitsplatzverlusten rechneten. Die Krankenkassen befürworteten Globalbudgets und prinzipiell auch die monistische Krankenhausfinanzierung, insistierten aber, dass sie auch Kontrolle über die Planung von Krankenhauskapazitäten haben wollten. Die Bundesländer, die einverstanden mit dem Ausstieg aus der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser waren, wollten ihre Macht in der Planung der Krankenhauskapazitäten nicht aufgeben.

Das schließlich verabschiedete Gesetz enthielt nicht die Bestimmungen für das Globalbudget, sondern behielt sektorale Budgets bei, die um die für Versorgung unter sektorübergreifenden Verträgen notwendigen Finanzen gekürzt werden können. Der Entwurf der Veränderung der Krankenhausfinanzierung in einen monistischen Ansatz scheiterte im Bundesrat. Hinsichtlich der Leistungsvergütung wird ab 2003 ein neues Abrechnungssystem auf Basis einheitlicher Fallpauschalen mit Berücksichtigung von Komplikationen und Komorbiditäten das bisherige Mischsystem von krankenhausspezifischen Tagespflegesätzen und einheitlichen Fallpauschalen und Sonderentgelten ersetzen. Die Psychiatrie wird der einzige Bereich sein, der von diesem neuen Vergütungssystem ausgenommen wird. Wie vorgeschlagen, wird im

niedergelassenen Bereich das Budget zwischen Hausärzten und Fachärzten geteilt; die genaue Aufteilung wird vom Bewertungsausschuss vorgenommen.

Schlussbemerkungen

Das deutsche Gesundheitssystem legt den Schwerpunkt eher auf allgemeine Zugänglichkeit sowie ein hohes Niveau an Leistungserbringern und technischer Ausstattung als auf Kosteneffektivität oder Kostenbegrenzung (trotz aller gesetzgeberischer Bemühungen um Kostendämpfung). Diese Prioritätensetzung wird von der Öffentlichkeit unterstützt und nach diesen Kriterien beurteilt arbeitet das deutsche Gesundheitssystem gut. Wartelisten und explizite Rationierung sind praktisch unbekannt. Die beschriebene Priorisierung wird durch den komplizierten Entscheidungsfindungsprozess 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 regionaler und Bundesebene bestimmt. Einschnitte würden also die (unwahrscheinliche) Zustimmung sowohl der Krankenkassen als auch der Leistungserbringer erfordern. Lediglich Körperschaften außerhalb des korporatistischen Bereichs, wie der Sachverständigenrat, haben einen strengeren und unpopuläreren Ansatz vorgeschlagen. Gegenwärtig ist immerhin ein Trend zu evidenzbasierter Medizin, Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) etc. sowie zur Unterstützung von Einschnitten gemäß entsprechender Evidenz zu beobachten.

Die wichtigsten Aspekte gegenwärtiger und künftiger Reformen sind: Finanzierungs- und Vergütungssystem, Technologiebewertung (HTA), die Aufgliederung der Gesundheitsversorgung zwischen den Sektoren und den Kostenträgern und der Gegensatz zwischen Kollektivismus und Wettbewerb.

Finanzierungs- und Vergütungssystem: Eine wichtige Kontroverse rankt sich um die finanzielle Situation der GKV. Es wird zunehmend akzeptiert, dass die unterstellte „Kostenexplosion“ im deutschen Gesundheitswesen nie stattgefunden hat. Sie hatte zu den Bemühungen um Kostendämpfung und der Politik der einkommensorientierten Gesundheitsausgaben mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität geführt. Obwohl die Gesundheitsausgaben seit 1970

absolut um das Fünffache stiegen, blieb ihr Anteil am BIP relativ stabil – zumindest bis zur Wiedervereinigung. Dies ist besonders deshalb bemerkenswert, da eine Reihe neuer Leistungen, wie beispielsweise präventive Maßnahmen, in die Gesundheitsversorgung eingeführt wurden. Inzwischen wird eher von einer Finanzierungskrise als von einer Ausgabenkrise oder Kostenexplosion ausgegangen.

Zwei Faktoren sind in dieser Hinsicht von besonderer Bedeutung. Einerseits schmälert die hohe Arbeitslosenquote die Finanzierungsbasis des Sozialversicherungssystems. Andererseits ist Arbeit für einen zusehends kleineren Teil des nationalen Einkommens verantwortlich, während der Kapitalanteil weiter wächst. Diese Faktoren führen zu einer relativen Abnahme des Mittelflusses in das Sozialversicherungssystem, dessen Beiträge lediglich auf Erwerbstätigkeit basieren.

Durch die Wiedervereinigung sind die Gesundheitsausgaben als Prozentanteil am BIP jedoch stark gestiegen (und auf einem hohen Niveau geblieben), da die Pro-Kopf-Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern annähernd gleich sind, das BIP jedoch nicht. Kostendämpfung wird daher weiterhin einen Spitzenplatz auf der politischen Agenda behalten und Budgets werden in absehbarer Zukunft bestehen bleiben. Ein weiterer Fokus wird die Änderung derjenigen Vergütungsmechanismen sein, die gegenwärtig unnötige und übermäßige Behandlungen fördern, wie beispielsweise Tagespflegesätze in Krankenhäusern, die ab 2003 durch ein umfassendes diagnosebezogenes Pauschalensystem ersetzt werden.

Technologiebewertung: In Deutschland gibt es hinsichtlich Regulierung, Zulassung, Aufnahme in den Leistungskatalog und Steuerung der Verbreitung von Technologien in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems bemerkenswerte Inkonsistenzen. Grundsätzlich ist der ambulante Sektor wesentlich stärker als der Krankenhausbereich reguliert, was den Leistungskatalog sowie Verbreitung und Nutzung von Technologien betrifft.

Eine Zulassungspflicht als Voraussetzung der Erstattungsfähigkeit von Leistungen durch die GKV gibt es für Arzneimittel und Medizinprodukte (unabhängig vom Sektor des Gesundheitssystems, in dem sie verwandt werden). Während bisher annähernd alle zugelassenen Medikamente von der GKV erstattet werden, werden Entscheidungen über die Aufnahme ambulanter medizinischer und operativer Leistungen in den Leistungskatalog ausdrücklich durch einen gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen getroffen. Solche Mechanismen der Entscheidungsfindung bestehen für den stationären Bereich bisher nicht. Statt dessen wird dort de-facto die Kostenübernahme für Medizinprodukte, kostenintensive medizinische Geräte

und ärztliche Leistungen durch Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene – und teilweise durch den Krankenhausplan auf Länderebene – geregelt. Leistungen, die von nichtärztlichen Berufsgruppen wie Physiotherapeuten erbracht werden, sind gesetzlich explizit ausgeschlossen oder durch Kollektivverträge abgedeckt.

Die zukünftige Entwicklung, wie sie in der GKV-Gesundheitsreform 2000 umrissen ist, sieht sowohl die Ausweitung bestehender Mechanismen der Technologiebewertung, insbesondere auf den Krankenhaussektor, als auch die zwischen den Sektoren koordinierte Umsetzung von Bewertung und Aufnahme in den Leistungskatalog vor. Zusätzlich wird in neuen Leitlinien versucht, den Technologieeinsatz sinnvoll zu steuern.

Trennung der Sektoren: Eine deutliche Schwäche des deutschen Systems ist seine Aufgliederung, insbesondere zwischen GKV und Sozialer Rentenversicherung (welche den Großteil der rehabilitativen Versorgung abdeckt) auf der einen Seite und zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf der anderen Seite. Zusätzlich gibt es die Spaltung der stationären und rehabilitativen Versorgung von der Langzeitpflege, die eine lange Tradition hat und eine Reihe von Akteuren umfasst. Der tatsächliche Umfang der Duplizität von Leistungen und der Zahl unangemessener Überweisungen, die entweder zu früh (durch sektorale Budgets) oder zu spät (durch Kommunikationsprobleme) erfolgen, ist nicht exakt quantifizierbar. Es gibt aber einen breiten Konsens, dass dies zumindest potentiell negative Auswirkungen für Patienten hat. Der sektoralen Aufspaltung zugehörig ist die schwache Rolle der Primärversorgung und die fehlende „Gatekeeper“-Funktion der Hausärzte. Die Krankenkassen zeigen hier eine ambivalente Haltung: Einerseits behaupten sie, Gatekeeping durch Primärärzte zu unterstützen; andererseits könnten viele ihrer „Disease Management“- und anderer Strategien dazu dienen, ihre eigene Rolle in der Steuerung von Patienten auszubauen. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat den Trennungsaspekt dadurch berücksichtigt, dass es erstens direkte Verträge zwischen Krankenkassen und „intersektoralen“ Gruppen von Leistungserbringern erlaubt, und zweitens den Krankenkassen zugestanden wird, Gatekeeping auf freiwilliger Basis einzuführen.

Zukünftige Reformen werden darauf abzielen, die Rolle der Hausärzte zu stärken. Dafür muss ihre Position gegenüber niedergelassenen Fachärzten sowie ihre Ausbildung zur angemessenen Leitung von Patienten durch das System verbessert werden. Schließlich braucht es in der Bevölkerung ein größeres Bewusstsein über die Fähigkeit der Hausärzte, sie leiten zu können. Niedergelassene Fachärzte hingegen werden einem zunehmenden Wettbewerb mit dem stationären Sektor gegenüberstehen, der mehr und mehr Funktionen

der ambulanten Versorgung übernehmen wird. Während dies den Krankenhäusern die Möglichkeit der Kompensation vorangegangener Einbußen durch Bettenabbau eröffnen wird, wird es das Problem großer und oft redundanter Kapazitäten für spezialisierte ambulante Behandlung verschärfen. Künftige Reformen werden sich diesem Problem widmen müssen, das alle Akteure inklusive der Bundesländer einbindet.

Kollektivismus versus Wettbewerb: Im Laufe der Geschichte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind die Regeln einheitlicher geworden. Im späten 19. Jahrhundert schlossen einzelne Krankenkassen Verträge mit Ärzten ab. Anschließend gab es Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Ärzteverbänden. Schließlich verhandelten bestimmte Krankenkassen gemeinsam. Es blieben jedoch Unterschiede zwischen den sogenannten Primärkassen und den Ersatzkassen. Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 war ein Versuch, die Seite der Kostenträger 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. 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 sehr ähnlichem Beitragssatz anbieten müssen, ist echter marktwirtschaftlicher Wettbewerb jedoch nicht möglich. Außerdem sind die Leistungserbringer die gleichen, da die Verträge kollektiv abgeschlossen werden. In dieser Situation ist es nicht erstaunlich, dass die Kassen – insbesondere die gemessen am Mitgliederzuwachs erfolgreicheren unter ihnen – mehr Spielraum für selektive Verträge fordern. Gesundheitspolitiker unterstützen dies behutsam, während sie versuchen, ein System allgemeiner Zugänglichkeit und gleichwertiger Qualität für die gesamte Bevölkerung beizubehalten. Daher werden Möglichkeiten individueller Verträge nur schrittweise erweitert, beispielsweise in der jüngsten GKV-Gesundheitsreform 2000 durch Aufhebung der Vorschrift, für selektive Vertragsabschlüsse in jedem Fall die Zustimmung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu benötigen. Neuere Gerichtsentscheidungen, wonach gemeinschaftlichen Beschlüsse der Krankenkassen Monopolcharakter zuzuschreiben ist, könnten die Hinwendung zu selektiven Verträgen unterstützen. Dieser Gegenstand wird auch weiterhin diskutiert werden.

Bibliographie

ALTENSTETTER, C. From Solidarity to Market Competition? Values, Structure, and Strategy in German Health Policy, 1883–1997. **In:** F.D. Powell und A. Wessen (Hrsg.), *Health Care Systems in Transition*. Thousand Oaks-London-New Delhi: SAGE Publications, 1999, S. 47–88

ARNOLD, M., LITSCH, M. und SCHWARTZ, F.W. *Krankenhaus.Report '99*. Stuttgart-New York: Schattauer, 2000 [erscheint jährlich]

ASMUTH M, BLUM K, FACK-ASMUTH, W.G., GUMBRICH, G., MÜLLER, U. und OFFERMANN, M. *Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlussbericht*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus-Institut, 1999

BROWN, L.D. und AMELUNG, V.E. „Managed Competition“: Market Reforms in German Health Care. *Health Affairs*, 1999, 18(3): 76–91

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999*. Baden-Baden: Nomos, 1999 [erscheint alle zwei Jahre]

BUSSE, R. Priority-setting and Rationing in German Health Care. *Health Policy*, 1999, 50(1/2): 71–90

BUSSE, R. und HOWORTH, C. Fixed Budgets in the Pharmaceutical Sector in Germany: Effects on Cost and Quality. **In:** F.W. Schwartz, H. Glennerster und R.B. Saltman (Hrsg.), *Fixing Health Budgets – Experience from Europa und North America*. Chichester: Wiley & Sons, 1996, S. 109–127

BUSSE, R. und HOWORTH, C. Kostendämpfung in Germany: Twenty Jahre Experience. **In:** E. Mossialos und J. LeGrand (Hrsg.), *Health Care and Cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate, 1999, S. 303–339

BUSSE, R., HOWORTH, C. und SCHWARTZ, F.W. The Future Development of a Rights-based Approach to Health Care in Germany: More Rights or Fewer? **In:** J. Lenaghan (Hrsg.), *Hard Choices in Health Care – Rights and Rationing in Europa*. London: BMJ Publishing Group, 1997, S. 21–47

- BUSSE, R. und SCHWARTZ, F.W. Financing Reforms in the German Hospital Sector – From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees. *Medical Care*, 1997, 35(10): OS40–OS49
- HENKE, K.-D., MURRAY, M.A. und ADE, C. Global Budgeting in Germany: lessons for the United States. *Health Affairs*, 1994, 13(4): 7–21
- McKee, M., CHENET, L., FULOP, N., HORT, A., BRAND, H., CASPAT, W. und BOJAN, F. 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: 214–224
- OECD. Reforming the health sector: efficiency through incentives. **In:** OECD Economic Surveys – Germany 1997. Paris: OECD, 1997, S. 67–117
- PERLETH, M., BUSSE, R. und SCHWARTZ, F.W. Regulation of Health-related Technologies in Germany. *Health Policy*, 1999, 46(2): 105–126
- REINHARDT, U. „Managed Competition“ and „Managed Whatever“. *Health Affairs*, 1999, 18(3): 92–94
- SCHWARTZ, F.W., und BUSSE, R. Fixed Budgets in the Ambulatory Care Sector: the German Experience. **In:** F.W. Schwartz, H. Glennerster und R.B. Saltman (Hrsg.), *Fixing Health Budgets - Experience from Europa und North America*. Chichester: Wiley & Sons, 1996, S. 93–108
- SCHWARTZ, F.W. und BUSSE, R. Germany. **In:** C. Ham (Hrsg.), *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 1997, S. 104–118
- STATISTISCHES BUNDESAMT. Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler Poeschel, 1998. Erhältlich unter www.gbe-bund.de
- STATISTISCHES BUNDESAMT. Gesundheitswesen - Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1997. Stuttgart: Metzler Poeschel, 1999 [erscheint jährlich]
- STATISTISCHES BUNDESAMT. Statistisches Jahrbuch 1999. Stuttgart: Metzler Poeschel, 1999 [erscheint jährlich]