

# 120 Jahre Krankenversicherung in der deutschen Gesundheitsversorgung

Annette Riesberg und Reinhard Busse, Berlin

**Vor 120 Jahren, am 15. Juni 1883, verabschiedete der Reichstag das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“, mit dem das neue Prinzip der Sozialversicherung Eingang in die Politik fand. Das Gesetz beruhte zwar auf bereits existierenden Strukturen gegenseitiger Unterstützung, die sich in Ortskassen und berufsbezogenen Kassen (Bergarbeiter, Innungen, Betriebe) herausgebildet hatten, machte die Krankenversicherung jedoch verpflichtend und legte einheitliche Regeln auf nationaler Ebene fest.**

Als Gegenleistung für Beiträge, die vom Krankheitsrisiko unabhängig waren, erwarb eine bestimmte Gruppe von Arbeitern Anspruch auf Geld- und Sachleistungen. Diese Leistungen schlossen eine kostenfreie ambulante ärztliche Versorgung, Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel ein und standen später auch nicht beschäftigten Familienmitgliedern kostenfrei zur Verfügung. Die Vertreter der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber, der Antagonisten in einer Klassengesellschaft, wurden gesetzlich verpflichtet, die Krankenkasse gemeinsam auf gemeinnütziger Basis zu betreiben und die Aufsicht durch die Provinzbehörden zu akzeptieren.

Dieses Sozialversicherungsmodell wurde bald als Bismarck-Modell bekannt, obwohl Reichskanzler von Bismarck ursprünglich ein staatliches Krankenversicherungssystem favorisiert hatte. Es ging auf einen Kompromiss zwischen Befürwortern und Kritikern einer zentralstaatlichen Intervention zurück. Die organisierte Arbeiterschaft boykottierte dagegen fast zehn Jahre lang dieses Modell als Teil einer „Zuckerbrot-und-Peitsche“-Politik. Das Bismarck-Modell wurde schnell von Österreich-Ungarn (1887/1888) übernommen – eine Tradition, die die Nachfolgestaaten während der 1990er Jahre wieder aufleben ließen.

In Deutschland wurde das Sozialversicherungsprinzip angewandt, um die Risiken von Arbeitsunfällen und Invalidität (1884), Alter und Erwerbsunfähigkeit (1889), Arbeitslosigkeit (1927) zu reduzieren und dem Bedarf an Langzeitpflege (1994) Rechnung zu tragen. Jeder Zweig der Sozialversicherung weist charakteristische Merkmale auf und hat sich im Lauf der Zeit verändert. Seit 1883 wurde die soziale Krankenversicherung in Bezug auf den Versicherungsschutz, den Umfang der Leistungsansprüche und den Anteil der für die Gesundheitsversorgung ausgegebenen Mittel erweitert (Tabelle 1). Das Leistungspaket wurde allmählich immer umfangreicher.

Während die soziale Krankenversicherung ursprünglich eine Verarmung im Krankheitsfall verhindern sollte, finanzierte sie zunehmend professionelle Dienstleistungen und Medizinprodukte. Das spiegelt sich in der Verlagerung von Geld- zu Sachleistungen wider. In Übereinstimmung mit dieser Tendenz stieg die Zahl der in Heilberufen Tätigen an, die zunehmend in der Betreuung gesetzlich krankenversicherter Patienten ihr Auskommen fanden.<sup>1</sup>

**Tabelle 1: Trends in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und im Bereich der Heilberufe, 1885 - 2000**

	1885	1913	1925	1960	1987	1991	2000
	Deutsches Reich			Westdeutschland***		Deutschland	
Einwohner (Mio.)	46,7	63,7*	63,3**	55,4	61,1	80,3	82,3
Zahl der GKV-Kassen	18 776	21 342	7777	2028	1182	1209	420
Beitrag leistenden Bevölkerung in % (Mitglieder inkl. Rentner)	9	20	29	49	60	63	62
Bevölkerung mit Versicherungsschutz in %	10	35	51	83	88	89	87
durchschnittlicher Beitragssatz (% des Bruttolohns)	2	3	6	8,4	12,6	12,3	13,6
GKV-Ausgaben in % des BIP	0,2	0,7	1,7	3,2	6,2	6,2	6,1
Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen	1,7:1	–	1:1	1:4	1:8	1:10	1:13
Einwohner							
– pro Arzt	3004	2085*	1447**	699	356	329	279
– pro Krankenschwester	3260	926*	712**	527	292	113	107

Anmerkung: \*1909, \*\* 1927, \*\*\*In der Deutschen Demokratischen Republik versicherten zwei Kassen fast 100 % der Bevölkerung.

Quelle: Alber, J., Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt, New York, Campus 1992; Bundesministerium für Gesundheit. Statistisches Taschenbuch. Gesundheit 2002. Bonn, 2002.

## Hauptakteure

Die Organisation des Gesundheitssystems spiegelt die Grundstruktur des politischen Systems in Deutschland wider, das durch Föderalismus und Korporatismus gekennzeichnet ist. Der Bundestag legt, zumeist auf Vorschlag der Bundesregierung, den gesetzlichen Rahmen für das Gesundheitssystem fest (Abbildung 1). Auf Grund der föderalistischen Struktur des Landes, das 82 Millionen Einwohner hat, müssen die

meisten Gesetze vom Bundesrat, der gesetzgebenden Versammlung der 16 Länder, gebilligt werden. Darüber hinaus sind die Länder für die Sicherstellung der stationären Versorgungsstruktur, der Rettungsdienste und des öffentlichen Gesundheitswesens verantwortlich. Weitere Aufgaben der Länder betreffen die ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Hochschulausbildung und die Aufsicht der Landesärztekammern, der in den jeweiligen Bundesländern aktiven Kassen und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen.

Das Sozialgesetzbuch, insbesondere „Buch V“, regelt das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Sozialgesetzbuch V definiert die versicherungspflichtigen Bevölkerungsgruppen, die Akteure und die Regeln, nach denen das System zu betreiben ist, Streitigkeiten beizulegen sind und die Einhaltung der Bestimmungen zu kontrollieren ist. Es formuliert als Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung die Sicherstellung eines ausreichenden und gleichmäßigen Zugangs zu bedarfsgerechter, humaner und qualitativ hochwertiger Versorgung, ebenso jedoch die Ausrichtung am Notwendigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprinzip. Seit 1977 müssen die Krankenkassen und Anbieter von Leistungen der Gesundheitsversorgung ihre Ausgaben auf das Niveau der erwarteten Kasseneinnahmen begrenzen. Und seit 1988 wird das Ziel der Kostendämpfung strenger im Sinne einer „Beitragssatzstabilität“ definiert.

Zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen zählen: Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten, Früherkennung von Krankheiten, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, Transport und andere Leistungen wie Soziotherapie und Patienteninformation. Die Behandlung schließt die notwendige und dem aktuellen medizinischen Forschungsstand entsprechende ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Arzneimittel, nichtärztliche Versorgung, medizinische Geräte, stationäre/Krankenhausbehandlungen, häusliche Krankenpflege und medizinische Rehabilitation ein. Zusätzlich zu diesen Sachleistungen sind die Krankenkassen verpflichtet, bei Mutterschaft, im Todesfall und an kranke Versicherte nach Ablauf der ersten sechs Wochen, während derer die Arbeitgeber für die Zahlung des Krankengeldes zuständig sind, Geldleistungen zu erbringen.

Zu den korporatistischen Akteuren in der gesetzlichen Krankenversicherung zählen die Krankenkassen, die 23 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die 22 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und ihre jeweiligen Spitzenverbände bzw. Bundesvereinigungen (Abbildung 1). Sie sind Körperschaften öffentlichen Rechts, d.h. sie nehmen öffentliche Leistungsaufgaben wahr, die ihnen gesetzlich übertragen wurden. Außerdem besteht für die korporatistischen Akteure Pflichtmitgliedschaft.

Sie haben eine demokratisch gewählte Struktur und das Recht, sich unter staatlicher Aufsicht und Regulierung ihre eigenen Finanzmittel zu beschaffen. Schließlich haben die korporatistischen Institutionen das Recht und die Pflicht, Verträge mit anderen korporatistischen Institutionen auszuhandeln und zu unterzeichnen sowie Dienstleistungen für ihre Mitglieder zu finanzieren und zu erbringen.

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind in vollem Umfang verpflichtet, den Bedarf an ambulanter Versorgung während der Praxiszeiten und in den Notdiensten sicherzustellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen handeln alle Kollektivverträge mit den zahlreichen Krankenkassen aus und teilen die finanziellen Mittel, die sie erhalten, nach einem bundesweit einheitlichen Maßstab, aber länderspezifischen Regeln unter ihren Mitgliedern auf (Abbildung 2). Der Sicherstellungsauftrag wird durch ein Monopol ergänzt, so dass weder Krankenhäuser (mit wenigen Ausnahmen wie den ambulanten Universitätsklinken), noch Krankenkassen, noch Kommunen, noch andere Leistungserbringer, die keine KV-Mitglieder sind, das Recht haben, ambulante Dienstleistungen außerhalb der Kollektivverträge anzubieten.

Die Krankenkassen fungieren im System der gesetzlichen Krankenversicherung als Beitragseinknehmer, Kostenträger und Zahler (Abbildung 1). Seit 1997 hat fast jeder Versicherte das Recht, eine Krankenkasse frei zu wählen. Die Krankenkassen sind dagegen verpflichtet, mit jedem Bewerber einen Vertrag abzuschließen. Dadurch soll das Risiko, dass einige Kassen den Rahm abschöpfen, verringert werden. Um alle Kassen mit der gleichen Ausgangsposition für den Wettbewerb auszustatten, wurde ein Risikostrukturausgleich eingeführt. Dieser Ausgleich gibt die Regeln für die Re-Allokation der finanziellen Mittel zwischen Kassen mit einer günstigeren Einkommens- und Gesundheitsrisikostruktur ihrer Mitglieder und Kassen mit einer ungünstigeren Einkommens- und Risikostruktur vor. Vor kurzem wurde er um einen Hochrisikopool und einen Sonderausgleich für chronisch Kranke, die an Disease-Management-Programmen teilnehmen, erweitert. Ab 2007 soll sich ein Ausgleich zwischen den Kassen auf morbiditätsbezogene Daten stützen. Seit 1997 ist die Zahl der Krankenkassen schnell gesunken (Tabelle 1). Im Januar 2003 gab es noch 323 auf Landes- und/oder Bundesebene organisierte Krankenkassen.

Alle Kassen haben einen gemeinnützigen Status und gründen auf dem Prinzip der Selbstverwaltung. Ihre Vorstandsmitglieder werden von den Versicherten- und Arbeitgebervertretern gewählt. Die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist verpflichtend für Arbeitnehmer, deren monatliches Bruttogehalt 3.825 Euro nicht übersteigt, und freiwillig für die, deren Einkommen über diesem Betrag liegt (2003). 89 % der

Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert. 9 % der Bevölkerung genießen den Schutz einer umfassenden Privatversicherung, 2 % sind durch staatliche Modelle zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung (z. B. Beamte, Soldaten, Sozialhilfeempfänger) abgesichert. 0,2 % sind dagegen nicht versichert. Weitere 9 % der Bevölkerung haben eine zusätzliche private Krankenversicherung für Zusatzleistungen oder bessere Unterbringungsleistungen abgeschlossen.

## **Entscheidungsfindung**

Die für Entscheidungsfindungen relevanten Rechtsvorschriften und Akteure unterscheiden sich in Bezug auf die versicherten Leistungen, die Vergütung, die Zulassung der Leistungserbringer oder die Qualitätssicherung in charakteristischer Weise je nach Sektor voneinander. Im ambulanten Sektor werden Entscheidungen über viele dieser Aspekte an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen delegiert (Abbildung 1). Entscheidungen über Vergütung und Zulassung werden in gemeinsamen Ausschüssen auf Landesebene getroffen. Zwar existieren formal bei den Zahnärzten entsprechende Verfahren, diese haben sich jedoch hinsichtlich der Entscheidungsfindung nicht als effektiv erwiesen. Deshalb werden stattdessen zahnärztliche Leistungen sehr detailliert im Sozialgesetzbuch festgelegt. Im Krankenhaussektor waren Entscheidungen über Leistungen und Vergütungen bis vor kurzem einzig und allein Gegenstand der Verhandlungen der Krankenkassen mit den einzelnen Krankenhäusern. Seit 2000 wurden jedoch der Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss, der Entscheidungen zwischen sektoralen gemeinsamen Ausschüssen koordinieren soll, eingerichtet. Generell scheint der ambulante Sektor, was versicherungsrelevante Entscheidungen und die Verbreitung und Nutzung von Technologien angeht, viel stärker geregelt zu sein als der stationäre Sektor.

Charakteristisch für das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch ein ausgeklügeltes System gemeinsamer Vermittlungsausschüsse und Rechtsvorschriften bei ungeklärten Streitigkeiten über gesetzlich übertragene Entscheidungen. Außerdem können viele Entscheidungen, die in Selbstverwaltung getroffen wurden, und staatliche Rechtsvorschriften zu Aspekten der Sozialversicherung vor den Sozialgerichten, die es auf kommunaler, Länder- und Bundesebene gibt, angefochten werden. Die Sozialgerichte arbeiten getrennt von den Zivil-, Verwaltungs-, Verfassungs- und Strafgerichten. Gerichtsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens beziehen sich z. B. auf Fälle, in denen Patienten ihre Krankenkasse verklagen, weil sie eine Leistung nicht bewilligt hat, Ärzte die Berechnungen des gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses anzweifeln oder Unternehmen Einspruch

dagegen erheben, dass ihr Produkt nicht in den Leistungskatalog aufgenommen wurde.

**Abbildung 1: Organisation des deutschen Gesundheitssystems, 2003  
(Begriffe in der Abbildung)**

<b>Englisch</b>	<b>Deutsch</b>
Federal Ministry of Health	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Federal Parliament	Legislative auf Bundesebene
State Ministries responsible for health	Für Gesundheit zuständige Landesministerien
Proposals for health reform acts	Vorschläge für Gesundheitsreformgesetze
Representation	Vertretung
Legislative frame	Gesetzlicher Rahmen
Supervision	Aufsicht
Insuree/Patient	Versicherter/Patient
Obligation to treat	Behandlungspflicht
Freedom to choose	Wahlfreiheit
Obligation to secure hospital care	Verpflichtung, Krankenhausversorgung sicherzustellen
Obligation to contract	Verpflichtung, Verträge abzuschließen
Physician	Niedergelassener Arzt
(Regional) Physicians' Associations	Kassenärztliche Vereinigungen
Federal Association of SHI Physicians	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Obligation to secure ambulatory care	ambulanter Sicherstellungsauftrag
Hospital	Krankenhaus
Regional Hospital Organisations	Landeskrankenhausgesellschaften
Federal Hospital Organisation	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Enlistment of hospital plans	Aufstellung von Krankenhausplänen
Financial negotiation	Finanzverhandlung
Sickness fund	Krankenkasse
Sickness funds in one region	Krankenkassen in einem Bundesland
Federal Association of Sickness funds	Spitzenverbände der Krankenkassen
Supervision of countrywide funds (via Federal Insurance Office)	Aufsicht der bundesweit aktiven Kassen (durch das Bundesversicherungsamt)
Supervision of regional funds	Aufsicht über regionale Krankenkassen

<b>Englisch</b>	<b>Deutsch</b>
Coordinating Committee	Koordinierungsausschuss
Fed. Com. of Physicians and Sickness Funds: Decisions on ambulatory benefits	Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Entscheidungen über ambulante Leistungen
Valuation Com.: Setting of relative point values	Bewertungsausschuss: Festlegung relativer Punktwerte
Fed. Com. for Hospital Care: Decisions on inpatient benefits	Ausschuss Krankenhaus: Entscheidungen über stationäre Leistungen
Social health insurance	Gesetzliche Krankenversicherung

Quelle: Busse, R, Riesberg, A., Health care systems in transition – Germany. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2003.

## **Finanzierung und Dienstleistungserbringung**

Deutschland investiert weiterhin einen erheblichen Teil seines Wohlstands in den Gesundheitsmarkt: 2001 insgesamt 226 Milliarden Euro. Unter den OECD-Ländern rangierte Deutschland an vierter Stelle in Bezug auf die Pro-Kopf-Ausgaben (in Kaufkraftparitäten) und an dritter Stelle beim Anteil des für die Gesundheit ausgegebenen Bruttoinlandsproduktes (BIP). Von 1992 bis 2001 stiegen die Gesundheitsausgaben von 9,9 % des BIP auf 10,7 %. Für diese Steigerung war weniger das reale Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben verantwortlich – dies war mit jährlich 2,2 % geringer als im Durchschnitt der OECD-Länder (3,2 %) – , sondern das relativ geringe reale Wachstum der Binnenwirtschaft.<sup>2</sup>

Abbildung 2 veranschaulicht den Finanzstrom im deutschen Gesundheitssystem im Jahr 2000. Die gesetzliche Krankenversicherung stellt die wichtigste Finanzquelle in der gemischten Wohlfahrtsökonomie des deutschen Gesundheitssystems dar; sie kommt für 57 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf. Darüber hinaus wurden 7,1 % von der 1994 eingeführten Pflegeversicherung und 4 % von der Rentenversicherung und den Unfallversicherungen aufgebracht (nicht dargestellt). Zuzahlungen und direkter Erwerb von Leistungen beliefen sich auf 11 % der Gesamtausgaben, und die private Finanzierung von Leistungen ist insgesamt auf 25 % zu beziffern. Dies ist ein im OECD-Vergleich leicht unterdurchschnittlicher Anteil. Die Abbildung veranschaulicht auch, wie finanzielle Mittel verteilt werden und durch welche Zahlungsform Leistungserbringer ihre Kosten erstattet bekommen.

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird in erster Linie von privaten Leistungserbringern, die in Einzelpraxen tätig sind, abgedeckt. Dazu zählen z. B. Ärzte, Zahn-

ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Logopäden und seit 2002 auch Podologen. Die Patienten können Ärzte, Psychotherapeuten (seit 1998), Zahnärzte, Apotheker und Notfallmedizin frei wählen. Sie können auch die Dienstleistungen anderer im Gesundheitswesen Beschäftigter in Anspruch nehmen. Eine Vergütung dieser Leistungen ist jedoch nur möglich, wenn eine Überweisung von einem Arzt vorliegt. Hausärzte (etwa die Hälfte der ambulant tätigen Ärzte) fungieren in Deutschland nicht als Lotsen, auch wenn ihre Koordinierungskompetenzen in den letzten Jahren verstärkt wurden.

Kassenzugelassene Ärzte als Gruppe erhalten für ihre ärztlichen Leistungen eine so genannte Gesamtvergütung, die de facto ein Budget darstellt. Das Budget basiert auf ausgehandelten Kopfpauschalen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen unter den Ärzten aufteilen. Ambulant tätige Ärzte erhalten in erster Linie Einzelvergütungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen oder der Gebührenordnung für Ärzte.

Für die Krankenhausversorgung führt Deutschland momentan ein DRG-System (System diagnosebezogener Fallgruppen) ein, das den früheren Mix aus verschiedenen Vergütungsformen ersetzen wird (Abbildung 2). Das vom australischen abgeleitete DRG-System wird ab 2004 das einzige System zur Finanzierung laufender Krankenhauskosten (außer für psychiatrische Behandlung) sein, während die Investitionen weiterhin von den Ländern getragen werden – dies ist die so genannte „duale Finanzierung“. Die Zahl der Krankenhäuser und Betten wird von den Landesregierungen, in der Regel nach Konsultation der Krankenhäuser und der Krankenkassen, planerisch festgelegt. Die Krankenkassen müssen im Grunde mit jedem Krankenhaus, das in diesen Krankenhausplänen enthalten ist, Verträge abschließen.

Die beschriebene Sektorsierung des deutschen Gesundheitswesens in Erbringungs-, Finanzierungs- und Entscheidungsstrukturen wird zunehmend als Hindernis für Veränderungen im Bereich des deutschen Gesundheitswesens wahrgenommen.

**Abbildung 2: Darstellung der Finanzströme im deutschen Gesundheitssystem, 2000 (Begriffe in der Abbildung)**

Englisch	Deutsch
Private insurers	Privatversicherer
Voluntary private insurance premiums	Freiwillige Beiträge zur Privatversicherung
Reimbursement of patients or payment to	Kostenerstattung an Patienten oder Zah-



<b>Englisch</b>	<b>Deutsch</b>
providers	lung an Leistungserbringer
Statutory sickness funds	Gesetzliche Krankenkassen
Contributions	Beiträge
Payment to providers	Zahlungen an die Leistungserbringer
Free Choice (for most insured persons)	Freie Wahl (für die meisten Versicherungsnehmer)
Federal and state governments	Bundesregierung und Länderregierungen
General taxation	Allgemeine Steuereinnahmen
Public health services	Öffentliche Gesundheitsdienste
Investment & salaries	Investitionsausgaben und Gehälter
Pharmacies	Apotheken
Prices	Preise
Public, private non-profit and private for-profit hospitals	Öffentliche, private gemeinnützige und private gewinnorientierte Krankenhäuser
DRGs or per diems, case and procedure fees	DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen) oder tagesgleiche Pflegesätze, Vergütungen nach Fall und Behandlungsmethode
DRGs or per diems, case and procedure fees plus fee for service	DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen) oder tagesgleiche Pflegesätze, Vergütungen nach Fall und Behandlungsmethode plus Einzelleistungsvergütungen
Referral	Überweisung
Population and employers / Patients	Bevölkerung und Arbeitgeber / Patienten
Free Choice	Freie Wahl
Ambulatory care physicians	Niedergelassene Ärzte
Physicians Associations	Kassenärztliche Vereinigungen
Mainly capitation	Hauptsächlich Kopfpauschale
FFS (fee for service)	Einzelleistungsvergütung
flow of finance	Finanzstrom
access	Zugang

Anmerkung: EZV: Einzelvergütung. Auf der Karte nicht dargestellte Finanzquellen: Privathaushalte und -organisationen: 12,2 %, gesetzliche Pflegeversicherung: 7,1 %, Arbeitgeber: 4,2 %, und gesetzliche Renten- und Unfallversicherung: 3,5 %. Nicht aufgeführte Leistungserbringer: Zahnarztpraxen, die 6,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben erhalten, Praxen von Nichtärzten: 2,3 %, Handel mit Hilfsmitteln 7,3 %, ambulante Pflegeeinrichtungen 2,7 %, andere ambulant tätige Leistungserbringer 0,5 %, Einrichtungen für präventive und medizinische Rehabilitation 3,4 %, Pflegeheime: 7,1 %, Leistungserbringer im Bereich der beruflichen und sozialen Rehabilitation 0,6 %, Leistungserbringer im Bereich des Krankentransports: 1,0 %, Verwaltung: 5,7 %, sonstige Leistungserbringer: 4,0 %.

Quelle: Busse R, Riesberg A., Health care systems in transition – Germany, Copenhagen: European Observatory on Health Care System 2003 (erscheint in Kürze); Bundesministerium für Gesundheit. Statistisches Taschenbuch. Gesundheit 2002. Bonn, 2002.

## **Reformen in der Vergangenheit**

In den vergangenen 20 Jahren hat die Bundesregierung häufig interveniert, um das Gesundheitswesen zu restrukturieren. Eine der größten Reformen stellt die Einführung einer verpflichtenden Pflegeversicherung ab 1995 dar, die den Bedürfnissen einer zunehmend alternden Gesellschaft Rechnung tragen und private wie kommunale Ressourcen entlasten soll. Die meisten Gesundheitsreformen zielten jedoch auf Kostendämpfung ab und beinhalteten u. a.:

- sektorale Festbudgets und Ausgabenobergrenzen,
- eine allmähliche Zunahme prospektiver Vergütungselemente in der ambulanten Versorgung und der Krankenhausversorgung,
- den Abbau der Krankenhausbetten (nicht so sehr der Krankenhäuser) und die Niederlassungsbeschränkung für Ärzte,
- einen Anstieg der Zuzahlungen für Medizinprodukte und für die meisten Dienstleistungen außer für die ambulante medizinische Versorgung,
- eine Negativliste für Arzneimittel, Leistungskürzungen (gestärkt wurden jedoch die Kompetenzen des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen, nicht nur neue, sondern auch bereits vorhandene Technologien in der ambulanten Versorgung zu prüfen),
- Festbeträge als Erstattungsobergrenzen für Arzneimittel, erzieherische Maßnahmen zur Förderung der Verordnung von Generika und zweckmäßiger Verordnung, und fallweise Preissenkungen für Hersteller, Großhändler und Apotheken.
- Während die Kostendämpfung zu einer erfolgreichen Stabilisierung der Ausgaben in der ambulanten medizinischen, der nichtärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie im Krankensektor führte (vor allem wegen der seit 1990 geltenden Festbudgets), wurden die Ausgaben für Arzneimittel, Hilfsmittel sowie Transport-/Rettungsdienste weniger effektiv gedrosselt.

## **Leistungen und Herausforderungen des Systems**

Das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf dezentralisierten Entscheidungsprozessen und der demokratischen Legitimation anerkannter Akteure, die im Gesundheitssystem tätig sind. Seine Selbstverwaltung wurde als ein Grund für erfolgreiche Verhandlungen, für das Vertrauen, das es in der Öffentlichkeit genießt, und als Schutzvorrichtung gegen unerwünschte staatliche Einmischung an-

gesehen. An der Selbstverwaltung wird jedoch zunehmend die Kritik laut, dass sie möglicherweise dem öffentlichen Wohl und der Verantwortlichkeit gegenüber der Öffentlichkeit weniger Aufmerksamkeit schenke als der gegenseitigen Unterstützung und dem Eigeninteresse.

Den verschiedenen Interessengruppen ist es gelungen, trotz der ökonomischen Herausforderungen durch die Wiedervereinigung, der sinkenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen und der fortgesetzten Kostendämpfungspolitik einen umfassenden Krankenversicherungsschutz aufrechtzuerhalten. Personen, die gesetzlich oder privat krankenversichert sind, haben im Grunde auf allen Ebenen einen schnellen und gleichmäßigen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Dies gilt allerdings für ländliche Regionen zum Teil in geringerem Maß.

Diese Prioritätssetzungen finden in der Öffentlichkeit weitgehende Unterstützung. Wenn zwischen „substanziellen“ Leistungskürzungen und einer Erhöhung der Beitragssätze entschieden werden müsste, würden sich 70 % der gesetzlich Versicherten dafür aussprechen, mehr zu zahlen.<sup>3</sup> Die Mehrheit würde auch für eine höherwertige Versorgung und innovative Therapien mehr zahlen. Auf der anderen Seite sagten 80 %, dass sie ein System akzeptieren würden, in dem Hausärzte als Lotsen fungieren, und 17 % wären mit einer Begrenzung der Ärztezahl einverstanden, wenn dadurch die Beiträge deutlich gesenkt würden.<sup>4</sup> Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung stimmt mehreren neueren Gutachten zufolge auch den zentralen Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung zu: solidarische Finanzierung und bedarfsorientierter Zugang zu Leistungen.<sup>5</sup> Ca. 80 % der gesetzlich Krankenversicherten befürworten die finanzielle Umverteilung zwischen Personen mit hohem und niedrigem Einkommen, guter und schlechter gesundheitlicher Verfassung sowie Jüngeren und Älteren. In dieser Hinsicht unterscheiden sich „Nettozahler“ nicht erheblich von „Nettoempfängern“.<sup>6</sup>

Darüber hinaus belegen internationale vergleichende Studien zu einer ausgewählten Patientengruppe, dass deutsche Patienten in einem relativ hohen Maß mit Hausärzten<sup>7</sup> und Krankenhausversorgung zufrieden sind.<sup>8</sup>

Zu den Leistungen des Systems zählt auch, dass Unterschiede zwischen dem östlichen und dem westlichen Teil Deutschlands in Bezug auf Gesundheitsversorgung und Gesundheit seit der Wiedervereinigung drastisch reduziert werden konnten. Nach dem Abschluss des Vereinigungsvertrages im Jahr 1990 wurde die Gesundheitsversorgung in Ostdeutschland im Wesentlichen durch die Übernahme westdeutscher Formen der Finanzierung, Leistungserbringung, Entscheidungsfindung und

Planung schnell restrukturiert. Auch die meisten der zentralen Defizite, die in ost-deutschen Ländern hinsichtlich der technologischen Ausstattung, der Gebäude- und Instandhaltungsstandards sowie der Pflegeheimkapazitäten bestanden, konnten durch beträchtliche Investitionen, die in erster Linie von den Regierungen getätigt wurden, ausgeglichen werden. Auch Personalkapazitäten, Vergütungen in Einrichtungen (z. B. Psychiatrie, Altenpflege) und die ambulante Versorgung haben annähernd westdeutsches Niveau erreicht.<sup>9</sup>

Abbildung 3 zeigt eine zunehmende Angleichung der Lebenserwartung bei der Geburt zwischen dem östlichen und dem westlichen Teil Deutschlands, der ein vorübergehender Anstieg der Mortalitätsrate unmittelbar nach der Wiedervereinigung vorausgegangen war. Die Gründe sind vielschichtig und nicht ganz klar. Die seit 1991 zu beobachtende Zunahme der Lebenserwartung lässt sich zum Teil mit einer gesunkenen Mortalität erklären, die auf die medizinische Versorgung und auf Präventivmaßnahmen zurückzuführen ist.<sup>10</sup> Mit 73 Jahren für Männer und 80 Jahren für Frauen hatten die Bewohner des östlichen Teils Deutschlands immer noch eine geringere Lebenserwartung als die Bewohner des westlichen Teils Deutschlands. Analog zur gestiegenen Lebenserwartung ist die standardisierte Sterberate für die häufigsten Todesursachen im Osten wie im Westen gesunken. Mittlerweile ist in den beiden Teilen auch die Zahl der chronischen Krankheiten annähernd gleich. Allerdings treten Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus und Parodontose immer noch häufiger im östlichen Teil auf.<sup>11</sup>

**Abbildung 3: Lebenserwartung in Ost- und Westdeutschland, 1950-1999  
(Begriffe in der Abbildung)**

Englisch	Deutsch
east	Osten
west	Westen
unification	Wiedervereinigung
females	Frauen
males	Männer
life expectancy at birth (years)	Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)
year	Jahr

Quelle: Busse, R.-. Nolte. E., New citizens: East Germans in a united Germany, in: Healy, J., McKee, M. (editors), Health Care and Minority Populations, Oxford: Oxford University Press (erscheint in Kürze).

Sorge bereitet vor allem die drohende bzw. bereits bestehende Diskrepanz zwischen Ausgaben und Einnahmen der Krankenkassen und der zukünftigen Durchführbarkeit des Umlageprinzips. In den Jahren 2001 und 2002 machten die gesetzlichen Krankenkassen Defizite in Höhe von ca. 3 Milliarden Euro. Da die Krankenkassen keine langfristigen Schulden machen dürfen, waren sie gezwungen, die Beitragssätze anzuheben. Die durchschnittliche Beitragsrate ist recht steil von 13,5 % des Bruttolohns im Jahr 2001 auf 14,3 % im April 2003 angestiegen. Der letzte vergleichbar hohe Anstieg (von 12,3 % auf 13,2 % zwischen 1991 und 1993) war Anlass für das Gesundheitsstrukturgesetz, das umfassendste Reformgesetz der 1990er Jahre.

Die sinkende Einnahmehasis der Krankenkassen ist vor allem auf den zunehmenden Anteil der Rentner, die weiterhin hohe Arbeitslosenrate und die sinkende Quote der Arbeitslöhne am BIP zurückzuführen. Auch wenn Minijobs seit 1999 krankenversicherungspflichtig sind, entspricht das derzeitige System – das an lebenslanger Vollzeitbeschäftigung ausgerichtet ist – weder den derzeitigen beruflichen Biografien und Arrangements, die Halbunternehmerschaft, Teilzeitbeschäftigung und Mehrfachjobs einschließen, noch kann es gut davon profitieren.

Es besteht auch zunehmend Zweifel daran, ob das hohe Niveau der Gesundheitsausgaben zu guter Qualität und kosteneffektiver Nutzung der Ressourcen führt. Zu einem guten Teil wurde diese Diskussion durch den Weltgesundheitsbericht 2000 ausgelöst, nach dem Deutschland in Bezug auf die Leistungsfähigkeit seines Gesundheitssystems nur auf Platz 25 rangierte. Ausgehend von einer Befragung aller wichtigen Interessengruppen im Gesundheitswesen, einschließlich der Zahler, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen und Regierungsbehörden, stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kürzlich einen erheblichen Spielraum für Effizienzsteigerungen und Qualitätsverbesserungen fest. Die Expertenrunde fand Anhaltspunkte für Überversorgung und wirtschaftliche Ineffizienz, aber auch für Unterversorgung und vermeidbare Schäden, die aus der medizinischen Behandlung der meisten verbreiteten chronischen Krankheiten resultierten.<sup>12</sup>

In Übereinstimmung mit vielen Umfrageteilnehmern argumentierte der Sachverständigenrat, dass die Sektorsierung – nicht nur der Leistungserbringung, sondern auch der Finanzierung und Steuerung – ein Haupthindernis für die Verbesserung einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung darstellte. Der Bericht empfahl u. a., das Überangebot abzubauen, eine kontinuierliche berufliche Weiterbildung zu forcieren und in einem ausgewogeneren Maß Mittel für Prävention, Rehabilitation, Langzeitpflege und Palliativmedizin bereitzustellen. Außerdem riet er, eine formale Rege

lung für die Beteiligung von Patienten an allen patientenrelevanten Entscheidungen einzuführen, die im Gesundheitswesen zu treffen sind.

In der ersten Hälfte des Jahres 2003 brachte die Bundesregierung ein umfassendes Reformgesetz in den Bundestag ein, das viele dieser Empfehlungen umzusetzen sucht. Zu den umstrittensten Vorschlägen des so genannten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes zählte die Einrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“, das unter anderem mit der Bewertung der Kosteneffektivität neuer Arzneimittel beauftragt worden wäre. Es war vorgesehen, die Kollektivverträge zwischen den Krankenkassen und den ambulant tätigen Fachärzten schrittweise durch Einzelverträge zu ersetzen.<sup>13</sup> Da die meisten Bestimmungen des Gesetzentwurfs vom Bundesrat hätten gebilligt werden müssen und da dieser von den politischen Oppositionsparteien dominiert wird, die sich vielen Vorschlägen widersetzen, einigten sich die politischen Parteien im Juli auf parteiübergreifende Reformverhandlungen.

Das Paket, das auf diesen parteiübergreifenden Konsens zurückgeht, beinhaltet u. a. einen Ausschluss bestimmter Güter und Leistungen aus dem Leistungspaket, höhere Zuzahlungen und eine Vereinigung der verschiedenen Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Schaffung eines neuen zugeordneten wissenschaftlichen Institutes (an Stelle des oben erwähnten Zentrums für Qualität). Kollektivverträge werden jedoch weiterhin Vorrang vor Einzelverträgen haben. Auch werden neue Arzneimittel nur nach ihrer Wirksamkeit, nicht nach ihrer Kosteneffektivität beurteilt werden. Die Reorganisation der Einnahmestruktur der Krankenkassen – die angesichts der demographischen Veränderungen notwendig ist, da weniger berufstätigen Mitgliedern mehr Rentner gegenüberstehen werden – wurde einem zukünftigen Reformpaket überlassen.

Die 120-jährige Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands ist durch zahlreiche Interventionen von Regierungsseite gekennzeichnet. Dabei ging die Verantwortung für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung teils auf eine zentrale Kontrollinstanz, teils auf die Selbstverwaltung und teils auf Einzelpersonen und die Marktkräfte über. Ob das aktuelle Reformgesetz es aber schaffen wird, bleibende Spuren in dieser Geschichte zu hinterlassen, bleibt abzuwarten.

*Prof. Dr. Reinhard Busse und Annette Riesberg MPH, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, und Abt. Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin.*

## Anmerkungen:

---

- <sup>1</sup> Busse, R, Riesberg, A., Health care systems in transition – Germany. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2003 (erscheint in Kürze). Die Ausgaben 2000 und 2003 sind auf Englisch und Deutsch verfügbar unter <<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>>.
- <sup>2</sup> OECD Health Data 2003. Paris, OECD 2003.
- <sup>3</sup> Zok, K., Was erwarten die Versicherten von der Gesundheitsreform? GKV Monitor 2002. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 2002. Verfügbar unter <<http://www.wido.de/Marktforschung/erhebungen/gesundheitsreform/index.html>>. Zugriff erfolgte am 13. Juni 2003.
- <sup>4</sup> Andersen, H.H, Schwarze, J, Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV? Sozialer Fortschritt 2000; 49 (2-3): S. 48 - 56.
- <sup>5</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung (Bericht 2000/2001; Vol. III). Bonn, 2001. Die ausführliche Zusammenfassung ist verfügbar unter <<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>>.
- <sup>6</sup> Marstedt, G., Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV, in: Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. (Herausgeber), Gesundheitsmonitor 2002, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 112-129.
- <sup>7</sup> Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H.P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J., Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison, in: British Journal of General Practice 2000; 50 (11): S. 882 - 887.
- <sup>8</sup> Coulter, A., Cleary, P.D., Patients' experiences with hospital care in five countries, in: Health Affairs 2001; 20(3): S. 244 - 252.
- <sup>9</sup> Sachverständigenrat 2001.
- <sup>10</sup> Nolte, E., Scholz, R., Shkolnikov, V., McKee, M., The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland, in: Social Science & Medicine 2002; 55 (11): S. 1905 - 1921.
- <sup>11</sup> Sachverständigenrat 2001.
- <sup>12</sup> Sachverständigenrat 2001.
- <sup>13</sup> Busse, R., Wörz, M., German plans for health care modernisation. Eurohealth 2003; 9 (1), S. 21 - 24. Verfügbar unter <[http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524\\_26](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_26)>. Zugriff erfolgte am 13. Juni 2003.