



## HiT summary

## Deutschland

### Einführung

#### Regierung und politischer Hintergrund

Die Bundesrepublik Deutschland (BRD) ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat, der seit dem Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) im Oktober 1990 aus 16 Bundesländern besteht.

#### Bevölkerung

Von den 82,5 Millionen Einwohnern lebten 2003 insgesamt 3,4 Millionen (Mio.) in Berlin, 13,5 Mio. in den fünf neuen Bundesländern und 66,6 Mio. in den elf alten Bundesländern. Von 1993 bis 2003 nahm der Anteil der über 65-Jährigen von 15% auf 18% der Bevölkerung zu. Der Anteil der über 80-Jährigen blieb in diesem Zeitraum konstant bei rund 3,8%; für die nächsten Jahrzehnte wird allerdings ein Anstieg erwartet.

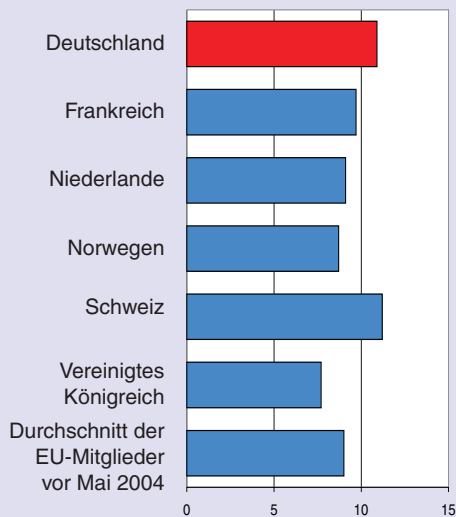
#### Mittlere Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung ist deutlich gestiegen und lag im Zeitraum 2001–2003 bei 75,6 Jahren für Männer und 81,6 Jahren für Frauen. Zugleich verringerte sich der Rückstand der Lebenserwartung in den neuen Ländern gegenüber den alten Ländern, sie lag 2000–2002 für Männer noch bei 1,5 Jahren und für Frauen bei 0,5 Jahren.

#### Haupttodesursachen

Von 1991 bis 2001 verringerte sich die altersstandardisierte Sterberate von 780 auf 658 pro 100 000 Einwohner, wobei ein Rückgang bei nahezu allen Krankheitsarten zu beobachten war (ausgenommen beispielsweise „bestimmte

**Abb.1. Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in Deutschland, ausgewählten Ländern und im Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004, 2002**



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa, Juni 2004.

infektiöse und parasitäre Krankheiten“). 2001 lag die altersstandardisierte Sterberate leicht über dem Durchschnitt der Staaten, die vor Mai 2004 EU-Mitglieder waren (655,3 pro 100 000). Diese Differenz war insbesondere auf eine höhere Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen (286,7 vs. 275,1 pro 100 000). Gleichzeitig lag die standardisierte Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen unter dem Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004 (176,6 vs. 181 pro 100 000).

**European Observatory**  
on Health Systems and Policies  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen  
Denmark  
Telephone: +45 39 17 17 17  
Fax: +45 39 17 18 18  
E-mail: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)  
[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

## Neuere Geschichte des Gesundheitssystems

Wie in den Staatsverträgen 1990 anlässlich der deutschen Wiedervereinigung vereinbart, wurde das staatliche Krankenversicherungssystem der ehemaligen DDR mit Wirkung zum Januar 1991 offiziell durch das pluralistische, insbesondere auf Sozialversicherungsstrukturen gestützte Gesundheitssystem der alten Bundesrepublik ersetzt. Seit der Sozialunion sind spezielle regulatorische Unterschiede zwischen den neuen und alten Ländern, die vorübergehend für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eingeführt wurden, schrittweise wieder aufgehoben worden, beispielsweise hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrenze, der Zuzahlungsregelungen, des Risikostrukturausgleichs und (weitgehend) der Vergütung von Leistungserbringern.

## Reformtrends

Neben der Reduzierung struktureller Unterschiede zwischen neuen und alten Ländern hatten Gesundheitsreformen seit der Wiedervereinigung insbesondere zum Ziel, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu dämpfen, und zwar insbesondere durch prospektive Vergütungsformen, sektorale Ausgabenobergrenzen und regulierten Kassenwettbewerb. Gleichzeitig sollten negative Auswirkungen auf Gleichheit oder Versorgungsqualität vermieden werden. Zuzahlungen in der GKV wurden erhöht, aber nur wenige Leistungen ausgeschlossen bis 2004. Gleichzeitig wurden neue Leistungen einschließlich einer Pflichtversicherung für Langzeitpflege eingeführt, um den veränderten Bedürfnissen der Bevölkerung angemessener begegnen zu können. In den letzten Jahren gewannen die Neuordnung des Arzneimittelmarktes und die Förderung sektorübergreifender Versorgungsformen an Bedeutung. Derzeit steht die Einnahmenseite der GKV und der sozialen Pflegeversicherung im Vordergrund der Diskussion.

## Gesundheitsausgaben und BIP

Im Jahr 2002 gab Deutschland gemäß der nationalen Gesundheitsausgabenrechnung 11,1% seines Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheit aus; laut Daten der WHO und OECD betrug dieser Anteil 10,9% des BIP. Dies entspricht dem höchsten Anteil unter den EU-Mitgliedern vor Mai 2004 (Abb. 1) und dem dritthöchsten Rang unter OECD Ländern.

## Überblick

Die gesetzliche Krankenversicherung nimmt im vielgliedrigen deutschen Gesundheitswesen eine Vorrangstellung ein, wobei eine Vielzahl an Kassen mit privaten ebenso wie öffentlichen Leistungserbringern Versorgungsverträge schließt (Bismarck-Modell). Die Kassen stehen untereinander im Wettbewerb. 2003 waren fast 88% der Bevölkerung GKV-versichert (78% pflichtversichert und 10% freiwillig versichert). Weitere 6% waren privat versichert (zumeist mit umfassendem Versicherungsschutz) und 4% erhielten staatliche Beihilfe (als Beamte, Pensionäre oder deren mitversicherte Familienangehörige), ergänzt durch komplementäre private Krankenversicherungen. Zudem erhielten 2% der Bevölkerung freie staatliche Heilfürsorge; 0,2% der Einwohner verfügten über keinerlei vorfinanzierten Schutz bei Krankheit.

## Struktur und Management des Gesundheitssystems

### Struktur

Bundestag, Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sind die Hauptakteure des Gesundheitssystems auf Bundesebene und sind insbesondere für die

Gesetzgebung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich. Die Landesregierungen tragen den Öffentlichen Gesundheitsdienst und haben die Hauptverantwortung in der Krankenhausplanung und der Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern, Altenheimen und Einrichtungen der Langzeitbetreuung. Zudem führen sie Aufsicht über die Akteure der Selbstverwaltung und über die pharmazeutischen Hersteller in ihrem Land.

Die korporatistische Selbstverwaltungsebene wird durch nicht-profitorientierte, quasi-öffentliche Krankenkassen und deren Verbände sowie von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vertreten. Die Kassen ziehen die Krankenversicherungsbeiträge ein, handeln Versorgungsverträge mit Leistungserbringern bzw. ihren Verbänden aus und zahlen ihre Vergütung. Ähnlich agieren sie auch als Pflegekassen in der sozialen Pflegeversicherung. Die Zahl der Kassen ging von mehr als 1200 im Jahr 1993 auf 292 Anfang 2004 zurück, hauptsächlich infolge von Fusionen. Ambulant niedergelassene Ärzte, die GKV-Versicherte behandeln, sind in Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert, die auf Pflichtmitgliedschaft und demokratisch legitimierter Vertretung basieren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist zunehmend in die Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung einbezogen worden.

Alle Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte und seit 2003 auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind Pflichtmitglieder in Kammern ihrer jeweiligen Berufe auf Landesebene. Die Kammern sind verantwortlich für die Weiterbildung, Facharztanerkennung und Fortbildung, für die Berufsordnung und ethische Belange sowie die berufliche Standesvertretung.

Weiterhin gibt es eine Vielzahl an Wohlfahrtsorganisationen und Organisationen, die Berufsinteressen oder Firmeninteressen vertreten. Zudem sind etwa 40 000 bis 60 000 Gruppen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

mit insgesamt etwa 3 Millionen Mitgliedern im Gesundheitswesen aktiv.

## **Planung, Regulierung und Management**

Ein grundlegender Aspekt des deutschen Gesundheitswesens ist die Aufteilung von Entscheidungskompetenzen zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltungsorganen der Kassen, Ärzte und Zahnärzte sowie anderer legitimierter Organisationen der Zivilgesellschaft. Während die Gesetzgebung auf Bundes- oder Landesebene verabschiedet wird, ist eine große Zahl an GKV-bezogenen Aufgaben der Regulierung, des Managements und selbst der Planung an die Selbstverwaltung der Kassen, die Selbstverwaltung der Leistungserbringer oder an Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung delegiert.

Letztere haben das Recht und die Pflicht, Leistungen, Preise und Qualitätsstandards für die GKV zu bestimmen (Gremien der Bundesebene), Verträge zwischen Parteien zu schließen, sowie Leistungserbringer zu kontrollieren und sanktionieren (Landesebene). Die vertikale Implementierung von Entscheidungen der Bundesebene wird so kombiniert mit starken Kompetenzen zur horizontalen Entscheidungsfindung und Vertragsschließung durch Akteure, die selbst an der Gesundheitsversorgung vor Ort beteiligt bzw. von den dort Tätigen beauftragt sind. Traditionell sind die Sektoren in der GKV durch unterschiedliche Akteure und Regulierungen gekennzeichnet, wobei der ambulante Sektor am stärksten reguliert ist. Seit 2004 ist jedoch die Entscheidungsfindung der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene in einem sektorübergreifenden Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss integriert. Zudem haben Organisationen, die das Bundesministerium zur Vertretung von Patientenbelangen legitimiert hat, dort nun Mitberatungs- und Vorschlagsrechte, allerdings keine Mitentscheidungsrechte. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind rechtlich bindend für die verschiedenen Akteure

in der GKV, jedoch kann Widerspruch vor Sozialgerichten eingelegt werden.

## **Dezentralisierung**

Gesundheitsversorgung ist in der bevölkerungsreichen Republik traditionell dezentral organisiert worden durch Föderalismus, Subsidiaritätsprinzip (mit einer Priorität privater Akteure gegenüber öffentlichen Institutionen), sowie einer vergleichsweise ausgeprägten Delegierung von Entscheidungskompetenzen an die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsakteure. Während die ambulante Versorgung fast ausschließlich von privaten profit-orientierten Leistungserbringern angeboten wird, wird die stationäre Versorgung sowohl von öffentlichen und freigemeinnützigen als auch privaten profit-orientierten Trägern erbracht. Die meisten allgemeinen Krankenhäuser (= Akutkrankenhäuser) sind in den Krankenhausplänen der Länder aufgeführt und unterliegen prinzipiell denselben Verfahren der Regulierung und Finanzierung, unabhängig von der Trägerschaft. Von 1991 bis 2001 stieg die Anzahl der Akutbetten in privater Trägerschaft von 4% auf 8%. Aufgrund von Verträgen mit Krankenkassen sind GKV-Versicherten jedoch insgesamt 99% der Krankenhausbetten zugänglich.

## **Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems**

### **Hauptfinanzierungsquelle: Die Gesetzliche Krankenversicherung**

Die GKV steht zwar im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion, finanzierte aber 2002 lediglich 57% der Gesundheitsausgaben. GKV-Beiträge sind nicht abhängig vom Gesundheitszustand bzw. Ausgabenerisiko der Versicherten, sondern richten sich proportional nach dem Verdienst

bis zur Beitragsbemessungsgrenze, die 2004 €3487,50 pro Monat betrug (€3525 in 2005). Nicht-erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind kostenlos mitversichert. Die Beitragssätze variieren zwischen den Krankenkassen. 2004 betrug der durchschnittliche Beitragssatz 14,2% des Bruttoverdienstes. Von 1949 bis 2004 wurden die Beiträge von den GKV-Mitgliedern und ihren Arbeitgebern zu gleichen Anteilen geleistet. Ab Juli 2005 soll die Parität zugunsten eines um 0,5 Prozentpunkte höheren Beitrags für GKV-versicherte Arbeitnehmer verschoben werden, die dann etwa 54 Anteile zahlen, während die Arbeitgeber 46 Anteile beitragen.

Die GKV beruht auf dem Sachleistungsprinzip. Infolge gesetzlicher Anpassungen an Urteile des Europäischen Gerichtshofes haben jedoch seit 2004 alle GKV-Versicherten das Recht, die Kostenerstattung zu bestimmten Konditionen zu wählen.

Seit 1996 haben fast alle GKV-Versicherten das Recht ihre Kasse frei zu wählen, während umgekehrt die Kassen verpflichtet sind, jeden Antragssteller aufzunehmen. Die Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) 1994 hat die Unterschiede zwischen den Kassen hinsichtlich ihrer Beitragssätze, nicht jedoch der Risikostruktur ihrer Versicherten reduziert. Eher ist das Gegenteil der Fall; da insbesondere gesündere, jüngere und besser verdienende Versicherte die Kasse wechselten (zumeist wegen niedrigerer Beitragssätze), wuchs der Transfer unter den Kassen von 7,9% der RSA-relevanten GKV-Ausgaben im Jahr 1995 auf 10,9% in 2002. Der RSA soll Unterschiede zwischen den Kassen hinsichtlich des Einkommens und der Versichertenstruktur bezüglich Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit ausgleichen. Diese Kriterien werden seit 2003 durch die Einschreibung in Disease-Management-Programme für chronisch kranke Versicherte ergänzt. Außerdem wurde 2002 ein Hochrisikopool eingeführt. Ab 2007 soll der RSA verstärkt Unterschiede in der tatsächlichen Morbidität und im Versorgungsbedarf ausgleichen.

## Leistungen und Rationierung

Der Leistungskatalog der GKV ist sehr umfassend. Er wird im Sozialgesetzbuch V definiert und vom Gemeinsamen Bundesausschuss spezifiziert. Seit 2004 sind Sterbegelder, (nicht notfallmäßige) Patiententransporte, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, Life-Style-Präparate, Brillen und einige weitere Hilfsmittel prinzipiell vom Leistungskatalog ausgeschlossen, wobei der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmen benennt. Zudem wurde die Finanzierung familienpolitisch relevanter Leistungen dem Bundeshaushalt übertragen (und zum Ausgleich dafür die Tabaksteuer erhöht). Formale Wartelisten bestehen derzeit nur für Transplantationen.

## Ergänzende Finanzierungsquellen

### Andere Säulen der Sozialversicherung

2002 trug die gesetzliche Rentenversicherung 1,8% der Gesundheitsausgaben, die sie insbesondere für die medizinische Rehabilitation erkrankter Arbeitnehmer verwendete. Die gesetzliche (arbeits-platzbezogene) Unfallversicherung finanzierte weitere 1,7%. Seit 1995 wird die Langzeitpflege überwiegend durch eine eigene Säule der Sozialversicherung finanziert (7,0% der Ausgaben in 2002).

### Steuern

2002 wurden 7,9% der Gesundheitsausgaben von öffentlichen Haushalten auf Bundes-, Landes- oder Kommunalebene getragen. Durch Investitionen seitens des Bundes und der Länder wurde inzwischen der Rückstand in den neuen Bundesländern an medizinisch-technischen Geräten und Heimplätzen, sowie hinsichtlich baulicher Standards aufgeholt.

### Private Haushalte

Private Haushalte (und private Organisationen ohne Erwerbszweck) trugen 12,3% der Gesundheitsausgaben des Jahres 2002 bei. Dies bezieht sich auf direkte Zahlungen und

Zuzahlungen; informelle Zahlungen sind nicht verbreitet. Ab 2004 wurden Zuzahlungen für GKV-Versicherte erhöht und vereinheitlicht auf €10 pro Krankenhaustag und €5–10 für Dienstleistungen und Produkte im ambulanten Sektor. Zuzahlungen von €10 pro Quartal betreffen nun auch den ersten Besuch eines Vertragsarztes (nicht notwendigerweise eines Hausarztes) und eines Zahnarztes. Die Praxisgebühr fällt im selben Quartal auch bei jedem weiteren Arztbesuch an, der ohne Überweisung (oder speziellen präventiven Anlass) erfolgt. Härtere Regelungen gelten, wenn die jährlichen Zuzahlungen 2% des Bruttohaushaltseinkommens überschreiten bzw. 1% im Fall chronischer Krankheit. Ab 2004 wird ein Anstieg der Gesundheitsausgaben für private Haushalte erwartet, auch wegen der Zunahme privater Direktzahlungen nach der Kürzung von GKV-Leistungen.

### Private Krankenversicherung

2002 wurden 8,4% der Gesundheitsausgaben von privaten Krankenversicherungsunternehmen finanziert. 2003 waren etwa 10% der Bevölkerung privat versichert, darunter ca. 6% Selbstständige und besser verdienende Arbeitnehmer sowie deren Familien, die zumeist umfassend versichert sind, und ca. 4% Beamte, Pensionäre und deren Familien, die komplementär zur staatlichen Beihilfe versichert sind. Außerdem haben etwa 9% der GKV-Versicherten eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Es gibt 49 private Krankenversicherungsunternehmen, die risikoorientierte Prämien erheben. Die privaten Krankenversicherer haben seit 1992 die Zahl ihrer Versicherten und ihre Einnahmen erhöht, sie waren aber weniger erfolgreich bei der Kostendämpfung als die GKV-pro Versicherten betrug der Anstieg zwischen 1992 und 2002 58% in der privaten Krankenversicherung und 45% in der GKV.

## Gesundheitsausgaben

2002 betrug die Gesundheitsausgaben insgesamt €234 Milliarden und €2840 pro

Einwohner (bzw. €230 Milliarden und €2789 pro Kopf gemäß WHO and OECD Statistiken). Im Vergleich zu anderen OECD Ländern rangierten die kaufkraftadjustierten Gesundheitsausgaben pro Kopf (US \$PPP 2817) an fünfter Stelle. Hinsichtlich des Anteils öffentlicher Ausgaben nimmt Deutschland im EU-Durchschnitt einen mittleren bzw. vergleichsweise vorderen Platz ein, je nachdem ob deutsche oder internationale Daten berücksichtigt werden (75% vs. 78% der Gesamtausgaben).

Während die Gesamtausgaben zwischen 1992 und 2002 von 9,9% des BIP auf 10,9% stiegen, nahmen GKV-Ausgaben als Anteil am BIP deutlich weniger zu. Dies wurde durch eine Vielzahl an Kostendämpfungsmaßnahmen erreicht, einschließlich Preis senkender Maßnahmen, sektoraler Budgets, Informationen zur Verordnung und dem Abbau von Kapazitäten.

## Leistungserbringung im Gesundheitswesen

### Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst liegt in der Kompetenz der Bundesländer. Jedoch haben 14 von 16 Landesregierungen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsdienste an die Kommunen übertragen. So waren 2002 von ca. 350 Gesundheitsämtern 274 in kommunaler Hand. Gesundheitsämter sind verantwortlich für die Überwachung von Infektionskrankheiten. Sie überwachen die Einhaltung umwelt- und infektionshygienischer Standards durch Gesundheitspersonal und Einrichtungen im stationären wie auch im ambulanten Sektor. Sie erbringen nur ein geringes Spektrum an persönlichen Leistungen im Bereich der Prävention, da die meisten präventiven Leistungen, z. B. Impfungen, von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. Von 1992 bis 2002 ging der Anteil der Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst von 0,12% des BIP auf 0,09% zurück.

### Ambulante Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird hauptsächlich von freiberuflichen Leistungserbringern in Einzelpraxen erbracht. Patienten haben freie Wahl von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten und Apotheken sowie im Bereich der Notfallversorgung. GKV-Versicherte haben Zugang zu 96% aller niedergelassenen Ärzte, die übrigen 4% behandeln nur Patienten, die privat versichert sind oder direkt bezahlen.

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden nahezu alle Fachgebiete und Subdisziplinen der Medizin angeboten. Allgemeinärzte sowie Internisten und Kinderärzte, die sich zur hausärztlichen Versorgung entschlossen haben, machen etwa die Hälfte der ambulanten Vertragsärzte aus. Hausärzte sind generell keine Gate-keeper. Jedoch sind ihre Kompetenzen zur Koordinierung in letzter Zeit gestärkt worden. Seit 2004 sind Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztmodelle anzubieten. Die Praxisgebühr von €10 pro Quartal und für weitere Arztbesuche ohne Überweisung soll private Finanzmittel erhöhen und die Zahl nicht notwendiger und nicht koordinierter Arztbesuche senken.

Alle Ärzte und Psychotherapeuten, die zur Versorgung GKV-Versicherter zugelassen sind, sind Pflichtmitglieder von Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese wiederum sind verpflichtet, die ambulante Gesundheitsversorgung rund um die Uhr in ihrem Zuständigkeitsgebiet sicherzustellen. Dafür verfügen sie traditionell über ein Monopol in der ambulanten Primär- und Sekundärversorgung und handeln kollektive Verträge mit den verschiedenen Krankenkassen aus.

Obwohl Krankenkassen (seit 2003) bei Disease Management Programmen selektiv mit Leistungserbringern kontrahieren können, sind bisher fast ausschließlich kollektive Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen worden. Das ambulante Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen wurde jedoch in den letzten Jahren eingeschränkt durch neue Möglichkeiten für Krankenhäuser,

ambulante Operationen durchzuführen und bei bestimmten Krankheiten mit hoch spezialisiertem Behandlungsbedarf eine kontinuierliche ambulante Behandlung anzubieten.

### Stationäre und intersektorale Versorgung

Die akutstationäre Versorgung wird von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern erbracht (entsprechend 54%, 38% und 8% aller Betten in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2002). Obwohl die Bettenzahl und die durchschnittliche Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern reduziert wurde (bis auf 627 pro 100 000 und 9,3 Tage im Jahr 2002), rangieren sie im EU-Vergleich noch immer hoch (Abb. 2, Tab. 1).

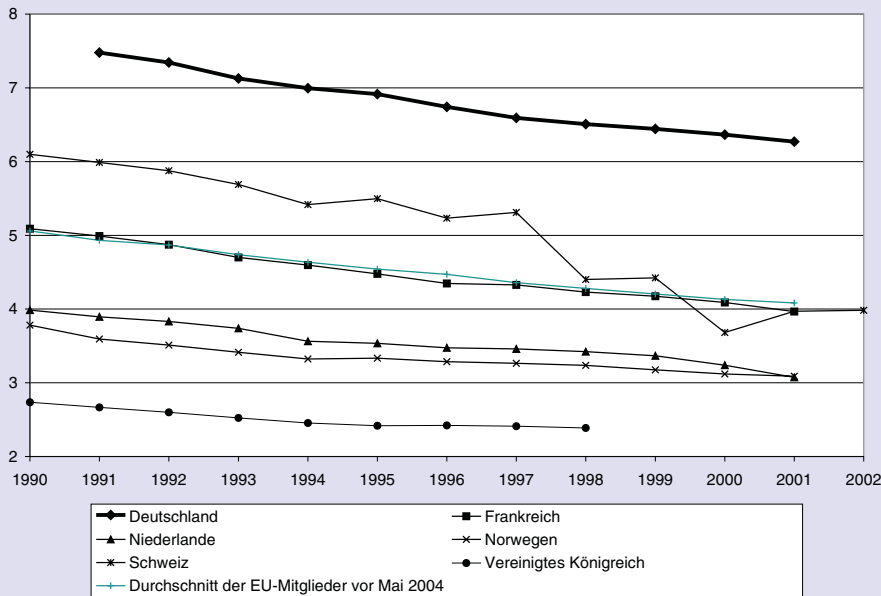
2002 waren 5% der Krankenhausärzte für die ambulante Behandlung zugelassen. Die traditionell strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist jedoch in den letzten Jahren gelockert worden.

Neben ambulanten Operationen und der Behandlung spezieller Erkrankungen, erweiterten sektorübergreifenden Disease-Management-Programme und sektorübergreifende Modelle der Integrierten Versorgung ihr Tätigkeitsfeld.

### Pflege und Langzeitversorgung

Seit 1995 ist nahezu die gesamte Bevölkerung verpflichtet, pflegeversichert zu sein. Die Pflegeversicherung wird entweder von den Pflegekassen (soziale Pflegeversicherung) oder von privaten Krankenversicherern getragen. Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung ist gesetzlich auf 1,7% des Bruttoverdienstes festgelegt und wird paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert. Berentete GKV-Mitglieder zahlen den gesamten Beitragssatz von 1,7%. Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ist abhängig vom Bedarf (in drei Pflegestufen) und wird gewährt, wenn die erwartete Pflegebedürftigkeit eine Dauer von mehr als 6 Monaten überschreitet. Anders

**Abb. 2. Anzahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner in Akutkrankenhäusern in Deutschland, ausgewählten Ländern und Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004, 1990–2002**



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa, Juni 2004.

**Tabelle 1. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme in Akutkrankenhäusern in Deutschland, ausgewählten Ländern und Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004, 2002 oder neueste verfügbare Angabe**

	Betten pro 1000 Einwohner	Fälle pro 100 Einwohner	Verweildauer (Tage)	Bettenauslastung (%)
Deutschland	6,3 <sup>a</sup>	20,5 <sup>a</sup>	9,3 <sup>a</sup>	80,1 <sup>a</sup>
Frankreich	4,0	20,4 <sup>c</sup>	5,5 <sup>c</sup>	77,4 <sup>c</sup>
Niederlande	3,1 <sup>a</sup>	8,8 <sup>a</sup>	7,4 <sup>a</sup>	58,4 <sup>a</sup>
Norwegen	3,1 <sup>a</sup>	16,0 <sup>a</sup>	5,8 <sup>a</sup>	87,2 <sup>a</sup>
Schweiz	4,0	16,3 <sup>d</sup>	9,2	84,6
Vereinigtes Königreich	2,4	21,4 <sup>f</sup>	5,0 <sup>f</sup>	80,8 <sup>d</sup>
Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004	4,1	18,1 <sup>c</sup>	7,1 <sup>c</sup>	77,9 <sup>d</sup>

Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa, Juni 2004.

Anmerkung: <sup>a</sup> 2001, <sup>b</sup> 2000, <sup>c</sup> 1999, <sup>d</sup> 1998, <sup>e</sup> 1997 / 1996.

als bei der GKV ist der Leistungsumfang jedoch für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen nach oben begrenzt.

2002 hatten etwa 2,3% der Bevölkerung einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Davon wurden etwa ein Viertel in Heimen und drei Viertel zu Hause gepflegt.

Professionelle Langzeitpflege im ambulanten Sektor wird nach Einzelleistung bezahlt, während die Heimpflege nach Tagessätzen vergütet wird. Die Preise in der sozialen Pflegeversicherung werden zwischen den Pflegekassen und den Verbänden der Leistungserbringer auf Länderebene verhandelt.

## Gesundheitspersonal und Ausbildung

2002 waren 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt, was 10,6% der erwerbstätigen Bevölkerung entspricht. Etwa die Hälfte war in stationären Einrichtungen angestellt. Von 1990 bis 2002 stieg die Zahl der berufstätigen Ärzte um 20% auf 275 167. Die Arztdichte von 3,4 pro 1000 Einwohnern war in etwa vergleichbar mit westlichen Nachbarländern und dem EU-Durchschnitt (Abb. 3).

Von 1997 bis 2002 nahm die Zahl der Pflegekräfte und Hebammen von 689 000 auf 705 000 zu. Das entspricht 8,5 Beschäftigten bzw. 7,8 Vollzeitäquivalenten pro 1000 Einwohnern.

Gemäß WHO-Daten für 2002 rangierte die Zahl der Pflegekräfte (9,7 pro 1000) oberhalb des EU-Durchschnitts (7,7) und des Durchschnitts der EU-Mitglieder vor Mai 2004 (6,8 in 2001). Seit 2004 sind alle Gesundheits-professionellen gesetzlich verpflichtet, in Fünf-Jahres-Abständen eine angemessene berufliche Fortbildung nachzuweisen.

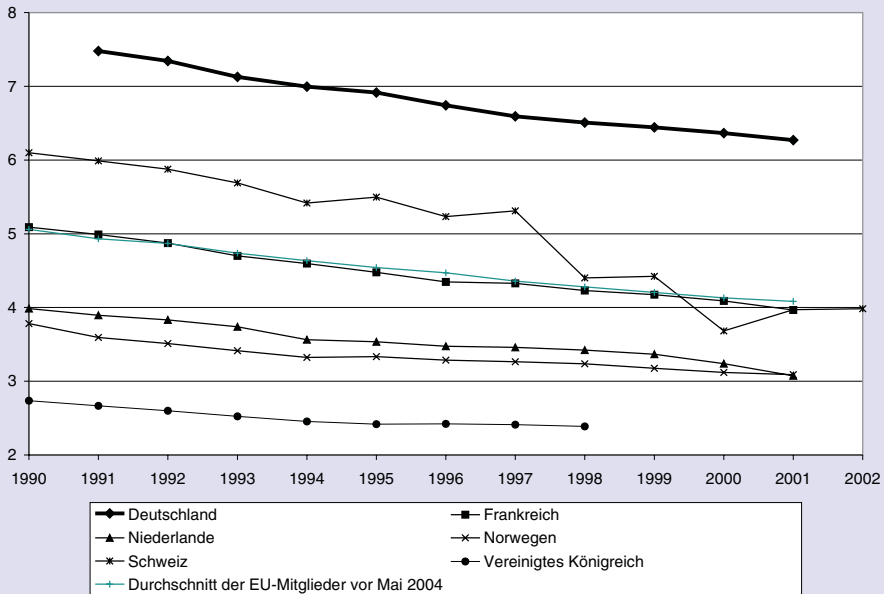
## Arzneimittel

Bis 2003 war die Zulassung eines Arzneimittels prinzipiell mit seiner GKV-Erstattungsfähigkeit verbunden, außer wenn es in einer vom Bundesministerium erlassenen Negativliste als "unwirtschaftlich" ausgewiesen war oder der Behandlung "trivialer" Erkrankungen diene. Seit 2004 sind generell auch alle Life-Style-Präparate und nicht-rezeptpflichtigen Medikamente von der GKV-Erstattung ausgeschlossen. Ausgenommen sind nicht-rezeptpflichtige Medikamente, die der Gemeinsame Bundesausschuss für bestimmte Indikationen benennt.

Die GKV-Ausgaben sind im Arzneimittelsektor überdurchschnittlich stark gestiegen, insbesondere als 2001 die Aufhebung der Budgets angekündigt war. Daraufhin eingeführte gesetzliche Interventionen zur Beeinflussung der Preise im GKV-Arzneimittelmarkt hielten diesen Trend jedoch auf. Die Struktur der Arzneiverordnungen wurde im Verlauf der



**Abb. 3. Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner in Deutschland, ausgewählten Ländern und Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004, 1990–2002**



Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa, Juni 2004.

1990er Jahre wirtschaftlicher, ein Trend, der sich in den letzten Jahren verlangsamte, obwohl u. a. ein Verordnungs-Feedback für Vertragsärzte eingeführt wurde.

2004 wurde der Apothekenmarkt grundlegend neu organisiert. Apotheker dürfen nun bis zu 3 Filialen zusätzlich zu ihrer Hauptapotheke besitzen, und Versandapotheken sind erlaubt. Die gesetzliche Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Medikamente wurde aufgehoben. Für verschreibungspflichtige Medikamente wurden die rein prozentualen Aufschläge für Apotheker abgelöst von einem Festzuschlag von €8,10 pro Packung, ergänzt durch einen prozentualen Aufschlag von 3%.

Speziell für den GKV-Markt wurden zudem (vorübergehend) die Herstellerrabatte für die Kassen erhöht und Festbeträge für patentgeschützte Präparate erneut eingeführt.

## Verwendung der Finanzmittel

### Budgetsetzung und Ressourcenallokation

Der Einführung des Wettbewerbs zwischen der Vielzahl an Kassen (1996) ging die Einführung eines Risikostrukturausgleichs voraus (1994), der seither mehrmals modifiziert wurde, um die Ausgleichskriterien zu optimieren und eine Risikoselektion zu vermeiden. Sektorale Budgets stellen eine zentrale Methode der Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

### Finanzierung von Krankenhäusern

Krankenhäuser werden "dual" finanziert: Investitionen werden von den Landesregierungen

getragen, unterstützt vom Bund, sofern die betreffenden Krankenhäuser im Landeskrankenhausplan aufgeführt sind. Laufende Ausgaben und Reparaturkosten werden dagegen von den Krankenkassen finanziert.

Das bisherige Mischvergütungssystem für Krankenhausleistungen wird derzeit durch ein pauschalierendes Entgeltsystem auf der Basis von diagnose-orientierten Fallpauschalen (DRG) abgelöst. Die deutsche Version des australischen Fallpauschalenkatalogs (G-DRG) soll das einzige Vergütungssystem von stationären Krankenhausleistungen werden, ausgenommen der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. Seit Januar 2004 sollen Krankenhäuser ihr Leistungsgeschehen entsprechend dem Fallpauschalenkatalog dokumentieren. Von 2005 bis 2009 soll die Vergütung allmählich von krankenhausindividuellen Budgets, die sich historisch deutlich voneinander unterscheiden, auf landeseinheitliche Basisfallwerte umgestellt werden. Der Fallpauschalenkatalog wurde als „lernendes“ System entwickelt und soll weiterhin kontinuierlich von den Verbänden der beteiligten Akteure angepasst werden, technisch unterstützt vom Institut für die Entwicklung des Krankenhausentgeltsystems. Seit 2004 können Krankenhäuser bestimmte größere chirurgische Eingriffe nur ab einer definierten Mindestmenge abrechnen.

## **Vergütung niedergelassener Ärzte**

Für die ambulante Versorgung GKV Versicherter handeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Namen ihrer Mitglieder jährlich mit den Kassen kollektive Verträge aus. Die Kassen transferieren die Vergütung für ärztliche Leistungen in Form von Kopfpauschalen pro GKV-Versichertem an die Kassenärztliche Vereinigung; die ärztliche Gesamtvergütung entspricht also einem Quasi-Budget. Sie ist in zwei separate Fonds unterteilt, einen für hausärztliche Versorgung und einen zweiten für fachärztliche Versorgung. Diese werden von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung unter ihren Mitgliedern verteilt. Die

Verteilung erfolgt entsprechend dem (bundes-)einheitlichen Bewertungsmaßstab, der die GKV-erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen untereinander mittels Punkten gewichtet; die monetäre Bewertung der Punkte (Punktwerte) erfolgt auf der Basis landesweiter Verträge.

Kassenärzte werden überwiegend mittels Einzelleistungsvergütung bezahlt, sowohl von den Kassen als auch von Privatversicherern und anderen Kostenträgern. Innerhalb der GKV sind jedoch Vergütungselemente pro Kopf und pro Fall anteilig erhöht worden. Mengenbegrenzungen für ärztliche Leistungen und Verordnungsrichtgrößen werden prospektiv auf regionaler Ebene vereinbart und sind abhängig von der Fachrichtung des Praxisinhabers und der Altersstruktur der Patienten. Die Korrektheit und Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen und Verordnungen wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. von Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung überprüft und gegebenenfalls sanktioniert. Dabei werden Praxisbesonderheiten berücksichtigt, wie z.B. ein dokumentierter erhöhter Leistungsbedarf bei bestimmten Erkrankungen. Die ärztliche Vergütung ist so bemessen, dass Betriebskosten der Praxis und Investitionen amortisiert werden können. Ab 2005 kommt für die ärztliche Vergütung ein umfassend überarbeiteter Einheitlicher Bewertungsmaßstab zur Anwendung, der zu mehr Transparenz und Verantwortlichkeit beitragen soll.

## **Reformen im Gesundheitssystem**

Kostendämpfung war der Hauptbeweggrund für Gesundheitsreformen in den letzten 15 Jahren. Des weiteren gewannen Ziele zur Verbesserung der Angemessenheit, Qualität und Kosteneffektivität von Leistungen sowie der Patientenbeteiligung zunehmend an Bedeutung. Darüber hinaus stellten die deutsche Wiedervereinigung und Reformen in anderen Sozialsektoren den Gesundheitssektor vor erhebliche Herausforderungen. Auch

erforderten Richtlinien der EU und Urteile des Europäischen Gerichtshofes Anpassungen im Gesundheitssystem.

Gesundheitsreformen von 1989 bis 1995 waren einerseits durch starke gesetzliche Ausgabenbegrenzungen in allen Sektoren charakterisiert, andererseits wurde der Wettbewerb unter Kassen und Krankenhäusern gestärkt, jedoch abgefedert durch Maßnahmen zur Vermeidung negativer Auswirkungen auf Gleichheit und Qualität. Zudem wurden neue Leistungen eingeführt, um den veränderten Bedürfnissen der Bevölkerung besser und effizienter gerecht werden zu können. Insbesondere wurden Leistungen der Langzeitpflege deutlich ausgeweitet durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung als fünfter Sozialversicherungssäule.

Die Reformgesetze von 1996 und 1997 zielten darauf ab, Budgets von Leistungserbringern zu lockern und Zahlungen privater Haushalte zu erweitern, und zwar durch die Erhöhung der Zuzahlungen und den Ausschluss gewisser Leistungen in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Zahnersatz.

Die rot-grüne Regierung (seit 1998) machte die meisten Veränderungen von 1996/1997 wieder rückgängig und führte erneut strenge Kostendämpfungsmaßnahmen in allen Sektoren ein. Zusätzliche Reformen betrafen die Einführung von DRGs zur Vergütung von Krankenhausleistungen, die Lockerung der strikten Grenzen von ambulant und stationär durch (freiwillige) integrierte Versorgung sowie diverse Regelungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

Zwischen 2000 und 2003 wurde eine Vielzahl kleiner Gesetze eingeführt: Im Arzneimittelbereich wurden die Budgets aufgehoben und ersetzt durch Preiskontrollen, erhöhte Rabatte für Kassen, vermehrte Verhandlungsmöglichkeiten für Selbstverwaltungsakteure sowie durch Verordnungsrückmeldungen für Ärzte. Zudem wurde die Einführung eines DRG-basierten Entgeltsystems durch eine Serie von Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen auf den Weg gebracht. Ein weiterer Reformbereich war

der Risikostrukturausgleich, insbesondere in Form der Einführung von Disease Management Programmen.

Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 entwickelte viele Reformen der vorangegangenen Periode noch einen Schritt weiter. Die Kassen wurden beispielsweise verpflichtet, Hausarztmodelle und integrierte Versorgung anzubieten. Die integrierte Versorgung wurde auch finanziell auf eine sichere Basis gestellt. Das Versorgungsangebot wurde dadurch vielfältiger. Die Koordinierung von Entscheidungen in der GKV wurde durch die Zusammenführung der sektoral getrennten Ausschüsse in den Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Zudem führte das Gesetz eine Vielzahl an Kostendämpfungsmaßnahmen und strukturellen Veränderungen im Arzneimittelsektor ein. In der Öffentlichkeit am meisten wahrgenommen wurde die politische Wende hin zu mehr Zuzahlungen (z.B. für Arztbesuche) und Leistungsausschlüssen, was einen Rückgriff auf Lösungen der 1996/1997er Reformen bedeutete.

Ab Januar 2004 erzielten die Kassen erhebliche Einsparungen, insbesondere durch Zuzahlungen, Leistungsausschlüsse und Rabatte im Arzneimittelmarkt. Sie nutzten diese zunächst zum Ausgleich ihrer Schulden, was dazu führte, dass sie die Beitragssätze deutlich weniger senkten als von der Bundesregierung erwartet.

Weitere Reformen befinden sich in Planung. Sie betreffen das Präventionsgesetz, für das ein Entwurf des Bundesministeriums vorliegt. Das Gesetz soll Prävention stärken und präventive Aktivitäten unter den diversen Akteuren besser koordinieren. Hauptsächlich konzentrieren sich die öffentlichen Reformdebatten jedoch auf die Reform der Einkommenseite der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der sozialen Pflegeversicherung. Zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitswesens gibt es innerhalb der politischen Parteien wie auch zwischen den Parteien erhebliche Differenzen. Die Strategiekonzepte der großen politischen Parteien rangieren letztlich zwischen zwei Alternativen: 1.) Der Einführung einer

Kopfpauschale für derzeit GKV-Versicherte mit einer steuerfinanzierten Unterstützung für Personen mit geringem Einkommen, oder 2.) der Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung und einer Einbeziehung weiterer, nicht lohnbasierter Einkommensarten. Während das erste Konzept anstrebt, die GKV-Beiträge von den Lohnkosten abzukoppeln, zielt der zweite Ansatz darauf ab, die Beitragsbasis zu verbreitern und die Beiträge nicht allein von der sinkenden Lohnquote und abnehmenden Transferzahlungen abhängig zu machen.

## Schlussbemerkungen

Das vielgliedrige deutsche Gesundheitssystem misst der freien Wahl von Leistungserbringern und Krankenversicherern eine hohe Bedeutung bei. Diese Präferenz ist verbunden mit einem – im internationalen Vergleich – hohen Grad an finanziellen, technischen und auch personellen Ressourcen, die einen zeitnahen Zugang zur ambulanten wie zur stationären Versorgung ermöglichen. Ungleichheiten in den Bereichen Gesundheit und Gesundheitsversorgung zwischen den neuen und alten Bundesländern sind seit der Wiedervereinigung deutlich reduziert worden. Insgesamt haben sich die Lebenserwartung und die meisten dokumentierten Gesundheitsindikatoren in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert.

Trotz der Herausforderungen der deutschen Wiedervereinigung, sinkender GKV-Einnahmen und fortwährender Kostendämpfungsmaßnahmen blieb für GKV-Versicherte ein umfassender Leistungskatalog gewährleistet. Einwohner müssen nur vergleichsweise geringe Wartezeiten in Kauf nehmen und haben gleichen Zugang zu umfassender Gesundheitsversorgung, wenngleich zu einem geringeren Maße in ländlichen Regionen.

Verschiedene Kostendämpfungsmaßnahmen einschließlich sektoraler Budgets,

Festbetragsregelungen, Verordnungsinformationen und Zuzahlungen trugen dazu bei, dass der Anstieg der GKV-Ausgaben das BIP-Wachstum nicht deutlich überschritt. Jedoch waren Kostendämpfungsmaßnahmen allein nicht in der Lage, Kassen vor Beitragssatzerhöhungen oder Defiziten zu bewahren. Auch wenn die Kostendämpfungspolitik fortgeführt wird, ist es inzwischen weithin anerkannt, dass die Krise der Einnahmenseite die Ausgabenkrise überschattet.

Ein Schwachpunkt des deutschen Gesundheitssystems, die Fragmentierung der Versorgung nach Sektoren, ist von mehreren Reformen angegangen worden, beispielsweise durch Einführung der Integrierten Versorgung. Während die Flexibilisierung der Sektorengrenzen neue Möglichkeiten für Krankenhäuser eröffnet, mag dies andererseits auch zu einer Verstärkung des Problems der Verdopplung von Kapazitäten in der spezialisierten ambulanten Versorgung führen. Ebenso wird erwartet, dass frühere Entlassungen aus der akutstationären Versorgung erhebliche Herausforderungen an die ambulante Versorgung und beispielsweise auch an Rehabilitationseinrichtungen stellen werden.

Reformaktivitäten sind auch zu erwarten in Bezug auf die Entwicklung angemessener und kostenbewusster Vergütungsmechanismen für niedergelassene Ärzte, die Balancierung der Interaktionen von Vergütungsanreizen über Sektorengrenzen hinweg, wie auch das Ausmaß selektiver Verträge zwischen Kassen und individuellen Leistungserbringern.

Technologiebewertung und Qualitätssicherung sind zunehmend im Gesundheitswesen verankert worden, sind aber weiterhin nicht unumstritten. Es bleibt abzuwarten, welchen Einfluss der Gemeinsame Bundesausschuss und das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit auf die Wirksamkeit, Angemessenheit und Kosteneffektivität der Gesundheitsversorgung ausüben werden.

---

Das „Gesundheitssysteme im Wandel“-Profil (HiT) für Deutschland 2004 wurde von Reinhard Busse und Annette Riesberg (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Technische Universität Berlin) verfasst. Es basiert auf dem HiT 2000, der von Reinhard Busse (damals Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, Madrid) unter Mitarbeit von Annette Riesberg (Bundesministerium für Gesundheit) geschrieben und von Anna Dixon (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, London School of Economics) redigiert wurde.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik dankt Martin Schölkopf (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit) und Markus Wörz (Technische Universität Berlin) für die ausführliche Durchsicht des gesamten HiT 2004 und Verbesserungsvorschläge. Herzlich gedankt sei auch Helmut Brand (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen), Dorothea Bronner (Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses), Eva Susanne Dietrich (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Christian Gawlik (Bundesversicherungsamt), Pekka Helstelä (AOK-Bundesverband), Regina Kunz (Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses) und Matthias Perleth (AOK-Bundesverband), die den Bericht unter bestimmten Gesichtspunkten durchsahen und wertvolle Anregungen gaben.

Der HiT 2004 wurde von Annette Riesberg und Doreen Kraska (Technische Universität Berlin) ins Deutsche übertragen und von Mareike Niehoff (Barcelona) sprachlich bearbeitet. Er basiert auf der Übersetzung des HiT 2000, die von Thorsten Körner (Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover) mit Unterstützung von Ellen Nolte (London School of Hygiene & Tropical Medicine) besorgt wurde.

Der HiT bezieht sich auf Reformen und Daten mit Stand November 2004. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form zur Bezeichnung von Personengruppen verwendet.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierungen von Belgien, Finnland, Griechenland, Norwegen und Spanien, der Region Venedig in Italien, der Schwedischen Vereinigung der Kommunen und Regionen, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Diese Partnerschaft unterstützt und fördert evidenz-basierte Gesundheitspolitik durch eine umfassende und solide Analyse der Gesundheitssysteme in Europa.