

# **Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland: 135 Jahre Solidarität, Selbstverwaltung und Wettbewerb – die Analyse im Lancet**

**Reinhard Busse  
Miriam Blümel  
Franz Knieps  
Till Bärnighausen**

# Struktur des Artikels

## 1. Einleitung

## 2. Die ersten 110 Jahre der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (1883-1993)

2.1 Von einer Pflichtversicherung für Arbeiter zu einem bevölkerungsweiten Versicherungsschutz

2.2 Vom Geldleistungs- zum Sachleistungsprinzip

2.3 Strukturen der Selbstverwaltung: von einer Besänftigung der Arbeiterschaft zu gemeinsamen Entscheidungsgremien

## 3. Die vergangenen 25 Jahre (1993-2017)

3.1 Der Versuch, ein solidarischeres System durch Wettbewerb zu verbessern

3.2 Von Maßnahmen zur Kostendämpfung zu mehr Qualität

3.3 Selbstverwaltung und der Gemeinsame Bundesausschuss

3.4 Das deutsche Krankenversicherungssystem im Jahr 2017

## 4. Die Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb halten (*Wie sieht die Performanz des deutschen Gesundheitssystems?*)

## 5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

+ Boxen zu Public health, 1933-45, Gesundheitssystem in der DDR, sozialer Pflegeversicherung

# Kernaussagen (I)

- Im Jahr 1883 war Deutschland das erste Land der Welt, das eine soziale Krankenversicherung auf Basis des Solidaritätsprinzips etablierte; eine über 135 Jahre anhaltende kontinuierliche Ausweitung und Verbesserung haben ein System geschaffen, das einen bevölkerungsweiten Krankenversicherungsschutz und einen großzügigen Leistungskatalog bietet.
- Das Hauptmerkmal der Selbstverwaltung bezog sich zunächst nur auf die Seite der Zahler, d.h. der Krankenkassen. 1913 wurde ein gemeinsames Selbstverwaltungsgremium der Krankenkassen und Ärzte eingeführt, und weitere Entwicklungen gipfelten in der Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2004.
- Seit der Einführung der Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen im Jahr 1993 haben die Elemente des Wettbewerbs und der Marktorientierung an Dynamik gewonnen, aber sie stellen keine Bedrohung für das Prinzip der Solidarität und den hohen Grad an Selbstverwaltung dar.

<p><b>1871-1918</b> Deutsches Reich und 1. Weltkrieg</p>	<p><b>Ausweitung von Versichertenkreis und Leistungen</b>  <b>1881:</b> Kaiser Wilhelms „Kaiserliche Botschaft“  <b>1883:</b> Etablierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Bismarcks „Krankenversicherungsgesetz“, das anfänglich 10% der Bevölkerung krankenversicherte  <b>1911:</b> Kranken-, Renten- und Unfallversicherung wurden in das „Krankenversicherungsrecht“ integriert (in Kraft seit 1914)  <b>1913:</b> Berliner Abkommen zur ambulanten Versorgung, erster Schritt in Richtung gemeinsamer Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung  <b>1913:</b> 35% der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert</p>		
<p><b>1919-1933</b> Weimar Republik</p>	<p><b>Stärkung der medizinischen Profession</b>  <b>1923:</b> Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen  <b>1925:</b> Die Mehrheit der Bevölkerung (51%) ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert  <b>1931-1933:</b> Spezielle präsidiale Direktiven in der ambulanten Versorgung; es entstehen regionale Verbände der Vertragsärzte und die „Gesamtvergütung“ in der ambulanten Versorgung</p>		
<p><b>1933-1945</b> NS-Regime und 2. Weltkrieg</p>	<p><b>Wesentliche Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, aber</b>  <b>1933:</b> Aberkennung der Selbstverwaltung und Ausschluss sozialistischer und jüdischer Arbeiter aus den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung  <b>1933-1938:</b> Berufsverbot für jüdische Ärzte; Zugang zur Gesundheitsversorgung wurde Juden und weiteren Minderheiten untersagt  <b>1934:</b> Kassenärztliche Vereinigungen wurden zu einer nationalen Vereinigung der Vertragsärzte zusammengeschlossen  <b>1934-1935:</b> Der organisatorische Rahmen wurde anhand der Regeln der NS-Diktatur neu definiert: Zentralisierung der Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und gemeindenaher Gesundheitsleistungen der NSDAP  <b>1941:</b> Gesetzlicher Versicherungsschutz für Rentner</p>		
<p><b>1945-1989</b> Deutsche Teilung</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1232 785 1632 1179"> <p><b>West</b> <b>Weiterführung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (BRD)</b>  <b>1955:</b> Wiederaufbau der Selbstverwaltung der Krankenkassen (nach einer langen und heftigen Debatte)  <b>1960-1964:</b> Gescheiterte Reformgesetze  <b>1972:</b> Krankenhausfinanzierungsgesetz  <b>1972/1975/1981:</b> Gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für Landwirte, Studenten, Behinderte und Künstler  <b>1977:</b> Erstes Kostendämpfungsgesetz  <b>1988:</b> Gesundheitsreformgesetz</p> </td> <td data-bbox="1632 785 2074 1179"> <p><b>Ost</b> <b>Starker Fokus auf das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik</b>  <b>1945:</b> Etablierung einer Zentralverwaltung für das ostdeutsche Gesundheitssystem  <b>1950:</b> „Zentralplanung“ -Einführung der ‚Universal Health Coverage‘, verwaltet von zwei nationalen Sozialversicherungsagenturen  <b>1974:</b> Einführung von Disease-Management-Programmen  <b>1989:</b> Nur ein paar Wochen vor dem Mauerfall entschied die „Nationale Gesundheitskonferenz“ bedeutende Gesundheitsreformen mit erhöhten Ausgaben umzusetzen</p> </td> </tr> </table>	<p><b>West</b> <b>Weiterführung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (BRD)</b>  <b>1955:</b> Wiederaufbau der Selbstverwaltung der Krankenkassen (nach einer langen und heftigen Debatte)  <b>1960-1964:</b> Gescheiterte Reformgesetze  <b>1972:</b> Krankenhausfinanzierungsgesetz  <b>1972/1975/1981:</b> Gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für Landwirte, Studenten, Behinderte und Künstler  <b>1977:</b> Erstes Kostendämpfungsgesetz  <b>1988:</b> Gesundheitsreformgesetz</p>	<p><b>Ost</b> <b>Starker Fokus auf das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik</b>  <b>1945:</b> Etablierung einer Zentralverwaltung für das ostdeutsche Gesundheitssystem  <b>1950:</b> „Zentralplanung“ -Einführung der ‚Universal Health Coverage‘, verwaltet von zwei nationalen Sozialversicherungsagenturen  <b>1974:</b> Einführung von Disease-Management-Programmen  <b>1989:</b> Nur ein paar Wochen vor dem Mauerfall entschied die „Nationale Gesundheitskonferenz“ bedeutende Gesundheitsreformen mit erhöhten Ausgaben umzusetzen</p>
<p><b>West</b> <b>Weiterführung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (BRD)</b>  <b>1955:</b> Wiederaufbau der Selbstverwaltung der Krankenkassen (nach einer langen und heftigen Debatte)  <b>1960-1964:</b> Gescheiterte Reformgesetze  <b>1972:</b> Krankenhausfinanzierungsgesetz  <b>1972/1975/1981:</b> Gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für Landwirte, Studenten, Behinderte und Künstler  <b>1977:</b> Erstes Kostendämpfungsgesetz  <b>1988:</b> Gesundheitsreformgesetz</p>	<p><b>Ost</b> <b>Starker Fokus auf das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik</b>  <b>1945:</b> Etablierung einer Zentralverwaltung für das ostdeutsche Gesundheitssystem  <b>1950:</b> „Zentralplanung“ -Einführung der ‚Universal Health Coverage‘, verwaltet von zwei nationalen Sozialversicherungsagenturen  <b>1974:</b> Einführung von Disease-Management-Programmen  <b>1989:</b> Nur ein paar Wochen vor dem Mauerfall entschied die „Nationale Gesundheitskonferenz“ bedeutende Gesundheitsreformen mit erhöhten Ausgaben umzusetzen</p>		
<p><b>1989-heute</b> Wiedervereinigung</p>	<p><b>Übertragung des Gesundheitssystems der BRD auf den östlichen Teil Deutschlands</b>  <b>1989:</b> Übertrag des „Krankenversicherungsrechts“ von 1914 auf das „Sozialgesetzbuch“, aufgeteilt in Bücher; das fünfte Buch (SGB V) deckt die gesetzliche Krankenversicherung ab  <b>1990:</b> Gesetze zur Wiedervereinigung  <b>1933-2017:</b> siehe Tabelle</p>		

**Große Gesundheitsreformen und -gesetze seit 1990**

Jahr	Rechtsgeber	Thema	Wichtige Maßnahmen
1990	Koalition CDU/FPD (Bundeskanzler: Helmut Kohl, CDU), Gesundheitsminister: Hans Sanföhrer (CDU)	Gesundheitsstrukturgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Freie Wahl der Krankenkassen für die meisten Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, unterstützt durch die Einführung des Rückversicherungsverfahrens, um die Beiträge gerecht unter den Krankenkassen aufzuteilen (seit 1990)</li> <li>Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung und Zulassungsverordnung für GKV-Ärzte</li> <li>Abschaffung der vollständigen Kostenübernahme für Krankenkassen</li> <li>Einführung von gesetzlich festgelegten Budgets oder Obergrenzen für die langfristlichen Leistungen der Gesundheitsversorgung</li> <li>Erhöhte Zuschläge für Arzneimittel und Differenzierung nach Preis (1993) und Packungsgröße (1994)</li> <li>Einführung neuer Preisziele für Arzneimittel</li> </ul>
1994		Zulassungsrichtlinien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ab 1999 durch gesetzliche Krankenkassen oder private Krankenkassenversicherer</li> </ul>
1996		GKV-Beiträge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verengung aller Beitragsätze um 0,4%</li> </ul>
1997		erhaltungsgerichte 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verengung der Leistungen (z.B. Rehabilitation, Gesundheitsförderung, Zahnersatz für nicht 1978 geborene Personen)</li> <li>Erhöhte Zuschläge (z.B. Krankenhausversorgung, Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel, Krankentransport und Zahnersatz)</li> <li>Einführung von Budgetvorgaben</li> <li>Erhöhte Maßgeblichkeit für ambulantes Vertragsnetz zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern</li> </ul>
1998	Koalition SPD/Grüne (Bundeskanzler: Gerhard Schröder, SPD), Gesundheitsminister: Andrea Fischer (Grüne, 1998-2000), Ulrich Schmick (SPD, 2001-2005)	GKV-Solidaritätsaufschlaggesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiedereinführung von Zahnersatz für nach 1978 geborene Personen</li> <li>Senkung der Zulassungsätze für Arzneimittel und Zahnersatz</li> </ul>
2000		GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausschluss von ambulanten oder stationären Technologisierungs- und Arzneimitteln aus dem gesetzlichen Leistungskatalog</li> <li>Möglichkeit für Solidarisierung (integrierte Versorgung)</li> <li>Separate Budgets für Haus- und Fachärzte in der ambulanten Versorgung</li> <li>Verpflichtende Erlösabzug von Qualitätsindikatoren für Krankenkassen</li> </ul>
2001		Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV-Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einführung von Disease-Management-Programmen und Verbandtag mit dem Risikostrukturausgleich</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Einführung von (ärztlichen) Diagnose-bezogenen Fallpauschalen (G-DRG) für stationäre Leistungen</li> </ul>

Reich – Republik – Diktaturen – deutsche Teilung und Wiedervereinigung:  
**GKV-Anpassungsfähigkeit**  
mit Ausweitung von versicherter Bevölkerung und Leistungskatalog

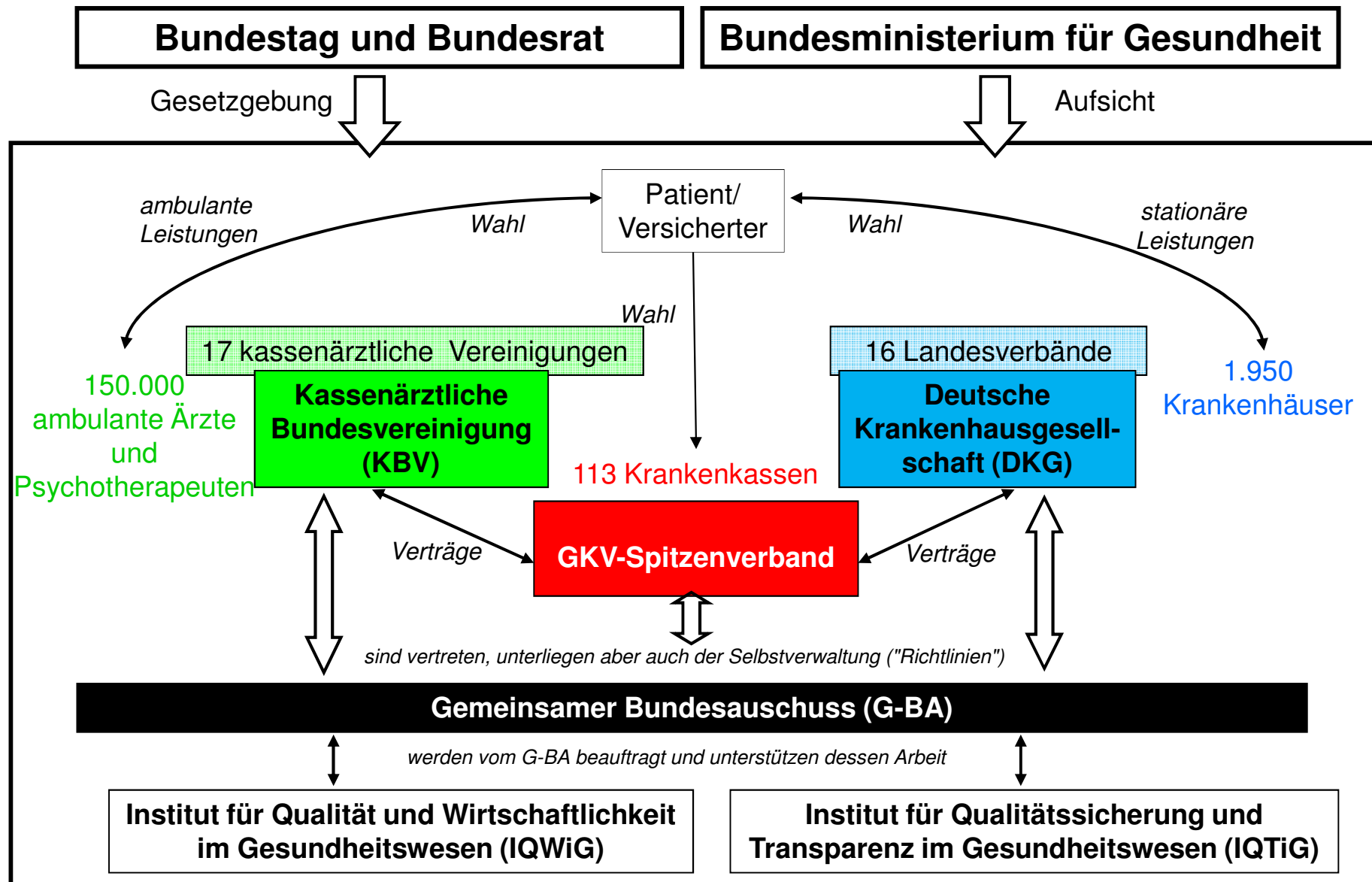
## Große Gesundheitsreformen und -gesetze seit 1993

<u>Jahr</u>	<u>Reform</u>	<u>Inhalte und ausgewählte Maßnahmen</u>
Koalition CDU-FDP (Bundeskanzler: Helmut Kohl, CDU); Gesundheitsminister: Horst Seehofer (CSU)		
1993	<u>Gesundheits-Strukturgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freie Wahl der Krankenkassen für die meisten Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, unterstützt durch die Einführung des Risikostrukturausgleichs, um die Beiträge gerecht unter den Krankenkassen aufzuteilen (seit 1996)</li> <li>• Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung und Zulassungsverordnung für GKV-Ärzte</li> <li>• Abschaffung der vollständigen Kostenübernahme für Krankenhäuser</li> <li>• Einführung von gesetzlich festgelegten Budgets oder Obergrenzen für die hauptsächlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung</li> <li>• Erhöhte Zuzahlungen für Arzneimittel und Differenzierung nach Preis (1993) und Packungsgröße (1994)</li> <li>• Einführung einer Positivliste für Arzneimittel</li> </ul>
1994	<u>Pflegeversicherungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ab 1996 durch gesetzliche Krankenkassen oder private Krankenversicherungsunternehmen</li> </ul>
1996, 1997	<u>GKV-Beitragsentlastungsgesetz;</u> 1. und 2. <u>GKV-Neuordnungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verringerung aller Beitragssätze um 0,4%</li> <li>• Verringerung der Leistungen (z.B. Rehabilitation, Gesundheitsförderung, Zahnersatz für nach 1978 geborene Personen)</li> <li>• Erhöhte Zuzahlungen (z.B. Krankenhausversorgung, Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel, Krankentransport und Zahnersatz)</li> <li>• <u>Einführung von Hospizversorgungsleistungen</u></li> <li>• Erhöhte Möglichkeiten für nichtkollektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern</li> </ul>
Koalition SPD-Grüne (Bundeskanzler: Gerhard Schröder, SPD); Gesundheitsministerin: Andrea Fischer (Grüne, 1998-2000), Ursula Schmidt (SPD, 2001-2005)		
1998	<u>GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedereinführung von Zahnersatz für nach 1978 geborene Personen</li> <li>• Senkung der Zuzahlungssätze für Arzneimittel und Zahnersatz</li> </ul>
2000	<u>GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss von unwirksamen oder umstrittenen Technologien und Arzneimitteln aus dem gesetzlichen Leistungskatalog</li> <li>• Möglichkeit für Selektivverträge (Integrierte Versorgung)</li> <li>• Separate Budgets für Haus- und Fachärzte in der ambulanten Versorgung</li> <li>• Verpflichtende Erhebung von Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser</li> </ul>
2001	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung von <u>Disease-Management-Programmen</u> und Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich</li> </ul>
	<u>Fallpauschalengesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung von (deutschen) Diagnose-bezogenen Fallpauschalen (G-DRG) für stationäre Leistungen</li> </ul>

2004	<u>GKV-Modernisierungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss von <u>Over-the-Counter</u>-Arzneimitteln und verschreibungspflichtigen Brillen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog</li> <li>• Übertragung der Finanzierung von Familienplanung und Familienleistungen, die nicht mit der Versicherung zusammenhängen an den Bundeshaushalt</li> <li>• Zuzahlung von 10 € pro Quartal für den ersten Arzt- oder Zahnarztbesuch (im Jahr 2012 abgeschafft) und weitere Erhöhungen der Zuzahlungen</li> <li>• Möglichkeit der Zusatzversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (in Zusammenarbeit mit privaten Krankenversicherern)</li> <li>• Verschiebung des Beitragssatzes auf den Versicherten (durch einen Extrabeitrag von 0,9%, also weg von der 50:50 Aufteilung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber)</li> <li>• Einführung der diagnosebezogenen gruppenbasierten Vergütung in Krankenhäusern</li> <li>• Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses (Ersetzt den Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen und ähnliche Einrichtungen)</li> <li>• Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen als beratendes Gremium des Gemeinsamen Bundesausschusses</li> </ul>
Große Koalition CDU-SPD (Bundeskanzlerin: Angela Merkel, CDU); Gesundheitsministerin: Ursula Schmidt (SPD)		
2007	<u>GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenversicherungspflicht (durch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung)</li> <li>• Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes, des Gesundheitsfonds und Ressourcenzuordnung nach einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs</li> <li>• Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</li> <li>• Wahl zwischen Tarifen in der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Bonus für Nichtinanspruchnahme)</li> <li>• Reform der Vergütung in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
Koalition CDU-FDP (Bundeskanzlerin: Angela Merkel, CDU); Gesundheitsminister: Philipp Rösler (FDP, 2009-2011), Daniel Bahr (FDP, 2011-2013)		
2011	<u>GKV-Versorgungsstrukturgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neue Regulierung für Zusatzprämien und Einführung sozialer Anpassungen in der Gesundheitsfinanzierung</li> <li>• <u>Verringerung der Mindestlaufzeit für Wahltarife</u></li> <li>• Reform der Bedarfsplanung für Ärzte in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
	<u>Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Erstattungsregulierung für neue Arzneimittel</u></li> <li>• Einführung der frühen Nutzenbewertung und darauf aufbauender Preisbildung</li> </ul>
Große Koalition CDU-SPD (Bundeskanzlerin: Angela Merkel, CDU); Gesundheitsminister: Hermann Gröhe (CDU)		
2014	<u>GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neue Regelungen für Beitragssätze (Krankenkassen erheben einen Zusatzbeitrag über den einheitlichen Satz hinaus, der nur vom Versicherten gezahlt werden muss)</li> <li>• Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</li> </ul>
2015	<u>GKV-Versorgungsstärkungsgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrere Maßnahmen für einen besseren Zugang in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
2016	<u>Krankenhausstrukturgesetz</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragt mit der Entwicklung von Indikatoren für (1) qualitätsorientierte Krankenhausplanung, (2) vier Bereiche für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und (3) Pay-for-Performance in Krankenhäusern</li> <li>• Finanzielle Unterstützung für Krankenhäusern, um mehr Pflegepersonal zu beschäftigen</li> <li>• Verbesserung der Notdienste durch die Einrichtung neuer Notfallpraxen außerhalb der regulären Öffnungszeiten in oder in der Nähe von Krankenhäusern</li> </ul>



# Selbstverwaltung und Wettbewerb: die zentrale Rolle des G-BA

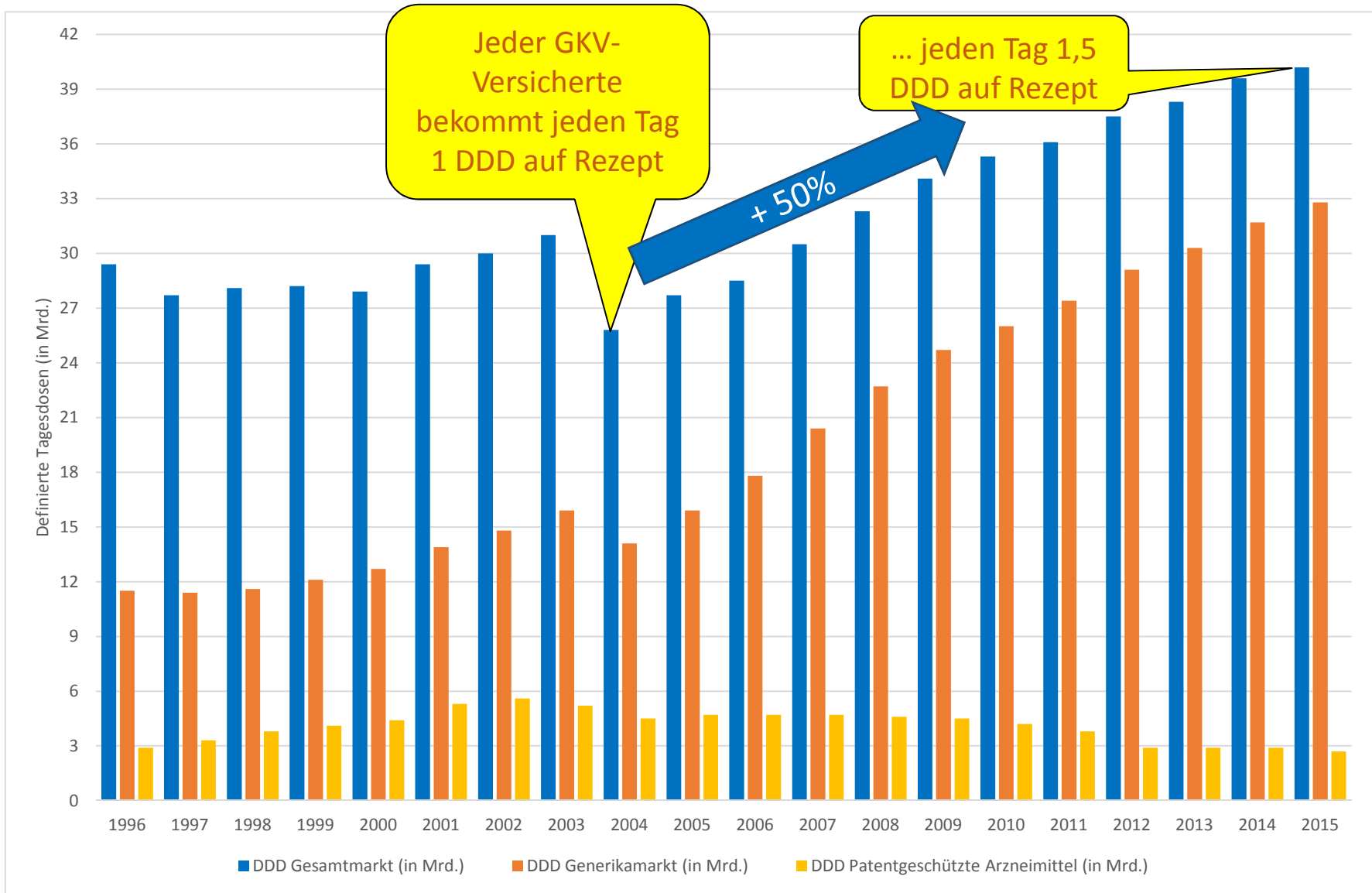


## Gesetzliche Krankenversicherung

# Kernaussagen (II)

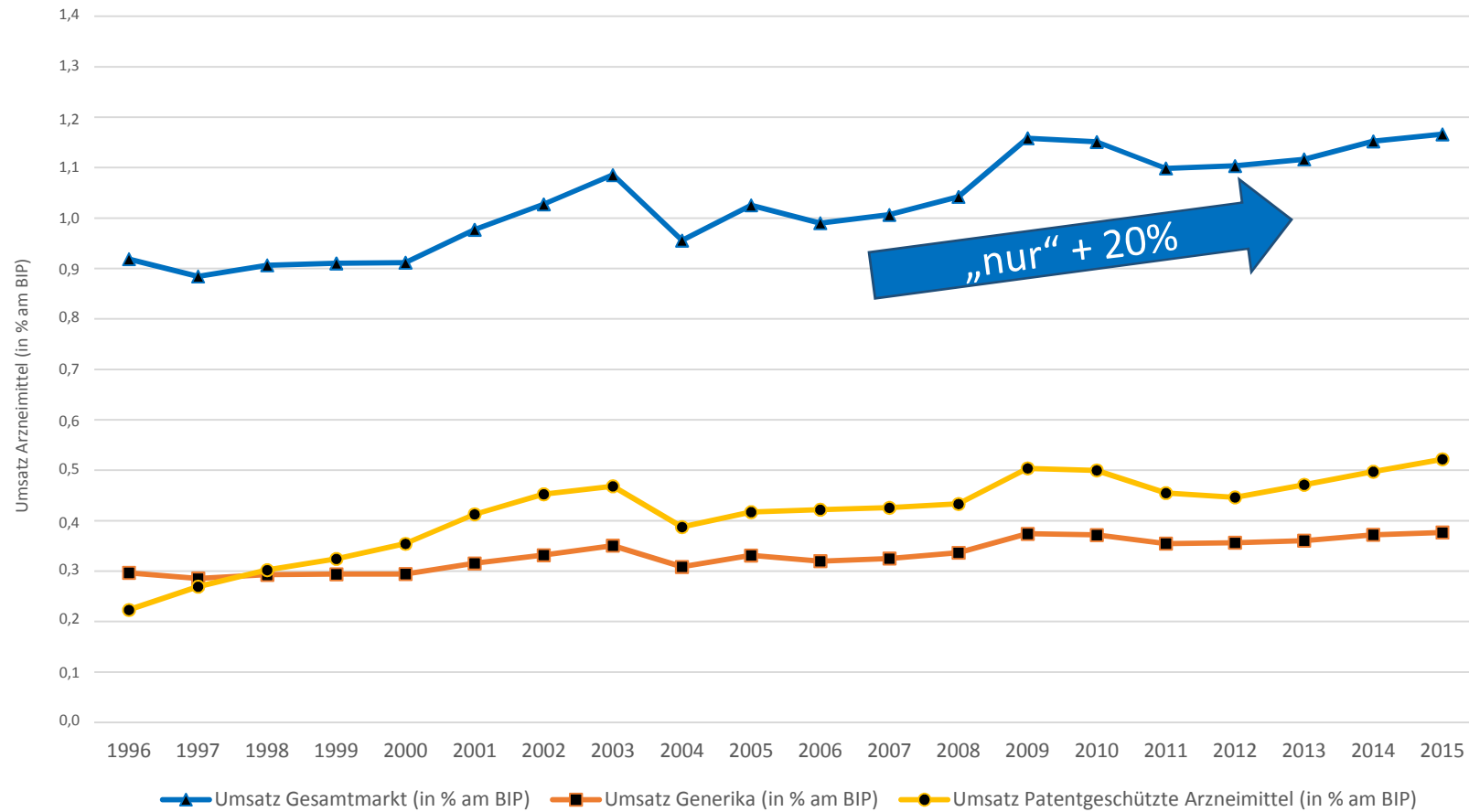
- Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich neben dem Wettbewerb weiterentwickelt und hat zu einem System mit gutem Zugang zur Gesundheitsversorgung beigetragen; die gemeinsame Selbstverwaltung hat jedoch dazu beigetragen, dass die Kontinuität der Versorgung gefährdet ist, dass der Arzneimittelkonsum extrem gestiegen ist und dass ein Überangebot an stationärer Versorgung besteht.





Leider versteckt im Appendix: der Anstieg des Arzneimittelkonsums um 50% ...

... während die Kosten "nur" um 20% gestiegen sind

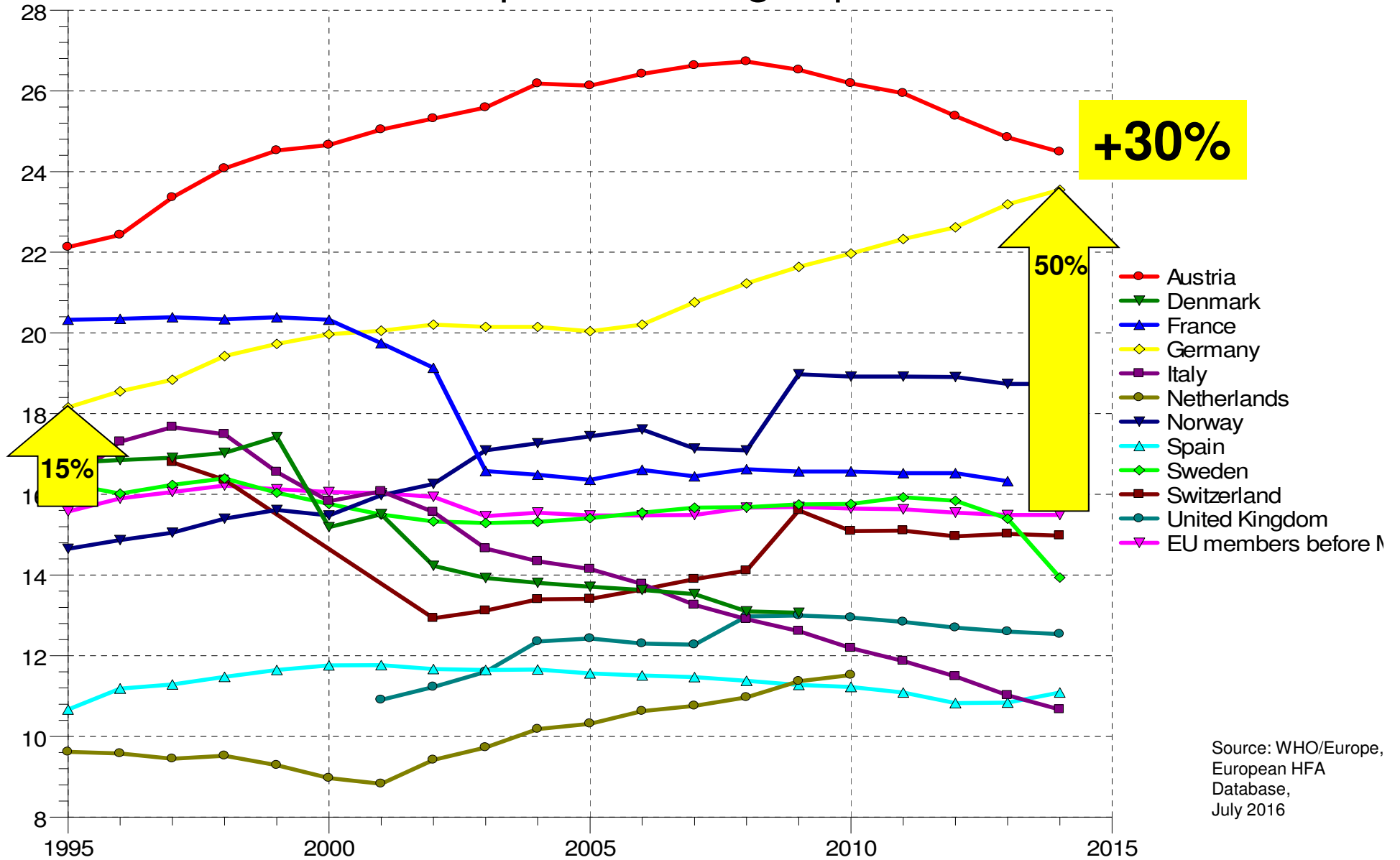






# ... was Deutschland international unterscheidet ...

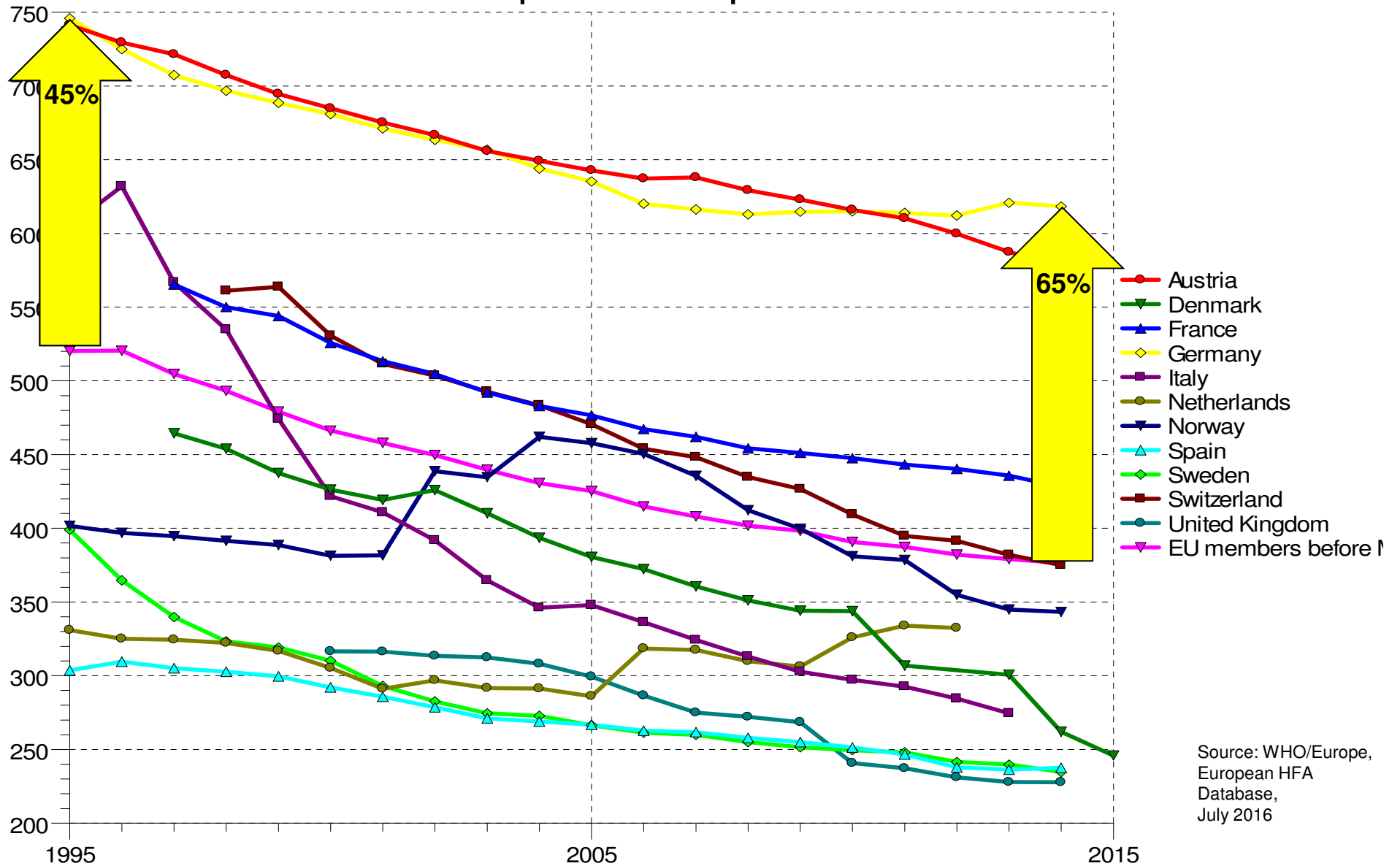
## Acute care hospital discharges per 100



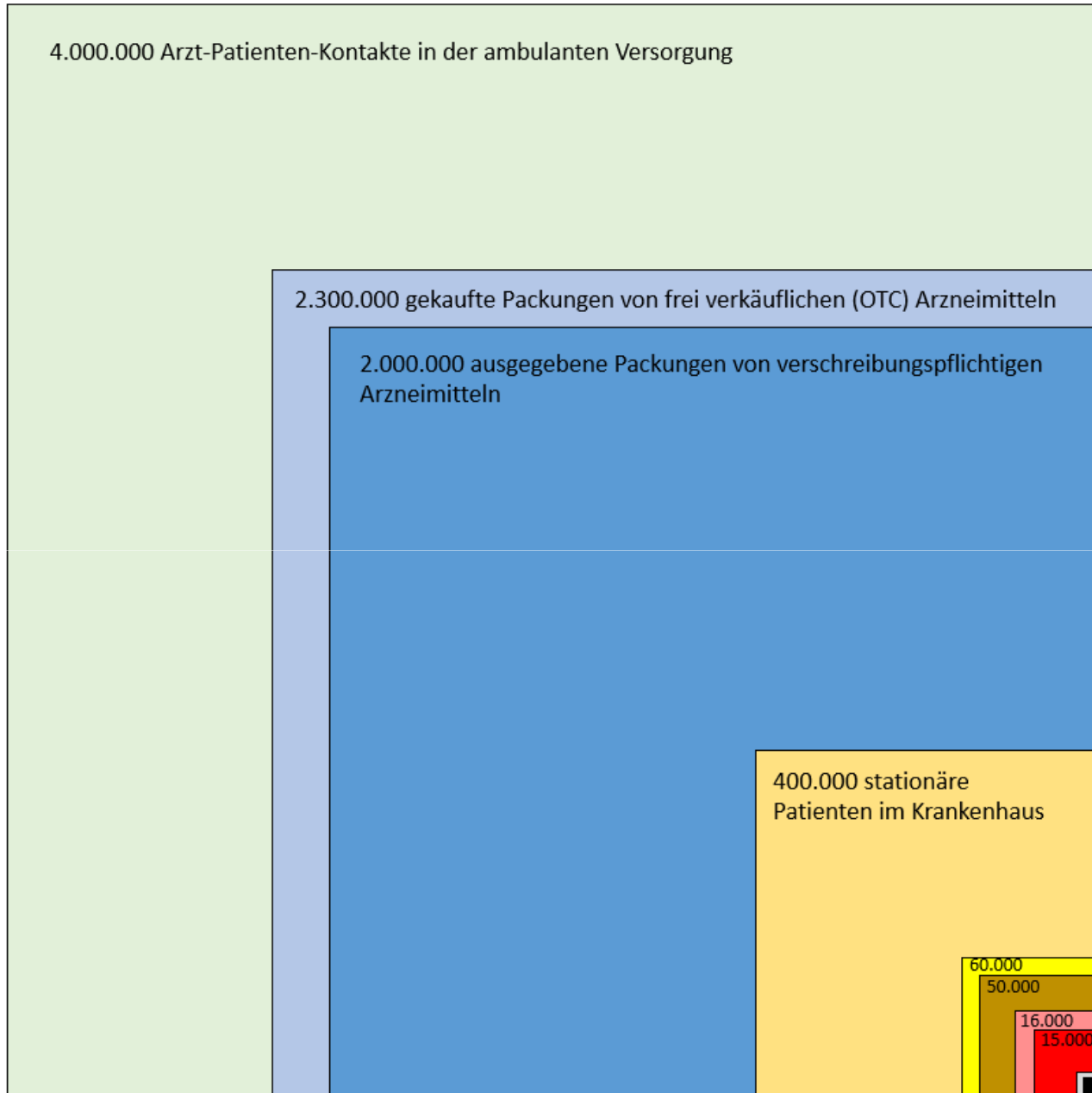
Source: WHO/Europe, European HFA Database, July 2016

# ... wegen enormer Überkapazitäten

## Acute care hospital beds per 100 000



Source: WHO/Europe, European HFA Database, July 2016



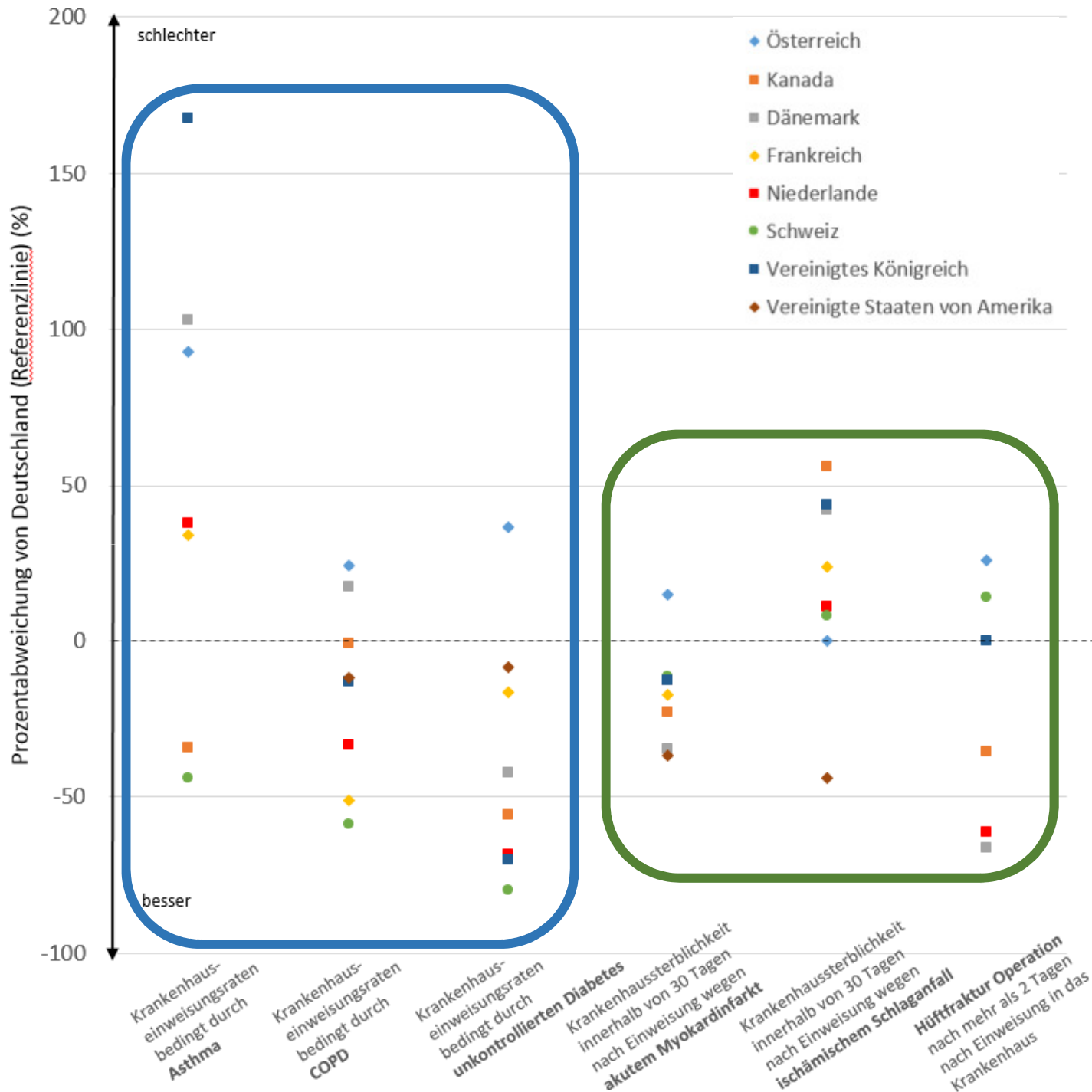
1 von 200 Deutschen verbringt den Tag im Krankenhaus (vs 1 von 500 Dänen)\* und 1 von 20 hat einen ambulanten Arztkontakt

\* 1,74 Bettentage/ Jahr/ Kopf in Deutschland vs 0.71 in Dänemark



# Kernaussagen (III)

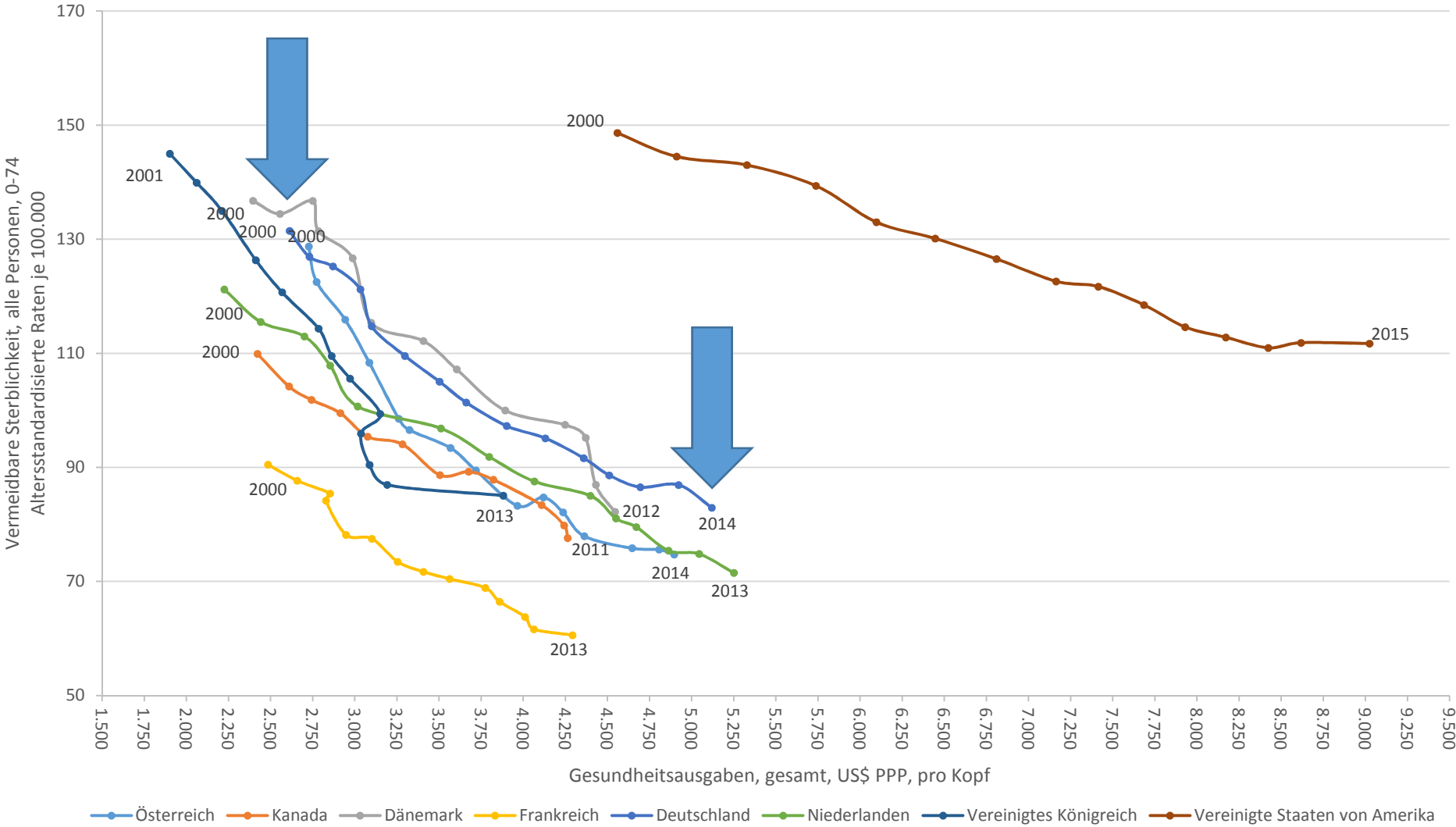
- Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich neben dem Wettbewerb weiterentwickelt und hat zu einem System mit gutem Zugang zur Gesundheitsversorgung beigetragen; die gemeinsame Selbstverwaltung hat jedoch dazu beigetragen, dass die Kontinuität der Versorgung gefährdet ist, dass der Arzneimittelkonsum extrem gestiegen ist und dass ein Überangebot an stationärer Versorgung besteht.
- Seit Ende der 1990er Jahre hat sich das deutsche Gesundheitssystem in Richtung integrierter Versorgung und evidenzbasierter Gesundheitsversorgung bewegt, mit neuen finanziellen Anreizen für Krankenkassen und Leistungserbringer zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung.



Und die Qualität?  
 Der große ambulante Sektor sollte Krankenhaushfälle verhindern – tut es aber nicht; und die stationäre Qualität ist gemischt

# Medizinisch beeinflussbare Mortality hat abgenommen

Gesundheitsausgaben und vermeidbare Sterblichkeit in ausgewählten Ländern, 2000 - 2015



(aber ist immer noch höher als in vielen anderen Ländern) ... und die Kosten dafür sind hoch

# Kernaussagen (IV)

- Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich neben dem Wettbewerb weiterentwickelt und hat zu einem System mit gutem Zugang zur Gesundheitsversorgung beigetragen; die gemeinsame Selbstverwaltung hat jedoch dazu beigetragen, dass die Kontinuität der Versorgung gefährdet ist, dass der ...
- Seit Ende der 1990er Jahre hat sich das deutsche Gesundheitssystem in Richtung integrierter Versorgung und evidenzbasierter Gesundheitsversorgung bewegt, mit neuen ...
- Das deutsche Gesundheitssystem hat sich als bemerkenswert widerstandsfähig erwiesen und umfangreiche Veränderungen erfahren, während es allmählich und nicht durch radikale Reformen modernisiert wurde; allerdings steht es jetzt vor den gleichen Herausforderungen wie die Gesundheitssysteme anderer Industrieländer, nämlich einer alternden Bevölkerung und einer zunehmenden Belastung durch chronische Erkrankungen.

# Schlussfolgerungen

„Deutschlands pragmatischer politischer Stil und die begrenzte staatliche Kontrolle über das Gesundheitssystem führt dazu, dass der Gesetzgeber die gleichen Akteure mit Lösungen von Problemen beauftragt, welche sie selbst überhaupt erst geschaffen haben.

... die gängige Praxis, politische Ziele auf Bundesebene festzulegen und die Ausarbeitung der Details den selbstverwalteten Akteuren zu überlassen, [muss] neu überdacht werden. ...

Wenn die Akteure der Selbstverwaltung zu langsam, zu wenig ehrgeizig oder einfach zu gespalten sind, sollte die Regierung in Zukunft Qualitäts- und Effizienzziele gesetzlich festlegen und wachsam bezüglich deren Um- und Durchsetzung sein.“

# Empfehlungen

Zusätzlich zur Qualitätsverbesserung empfehlen wir folgende zentralen Maßnahmen:

- (1) Neudefinition des gesetzlichen Rahmens für das Zusammenspiel GKV und PKV, um Ungerechtigkeiten in der Finanzierung zu vermeiden,
- (2) Aufhebung der sektoralen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Problemen, die zwischen zwei Sektoren fallen (z. B. Notfallversorgung oder Fälle, die eine hochspezialisierte Versorgung benötigen),
- (3) Reduktion der Krankenhauskapazitäten sowie eine Zentralisierung von Leistungen in wenigen Krankenhäusern, die im Gegenzug konsequent eine qualitativ hochwertige Versorgung bieten,
- (4) Reform des Vergütungssystems niedergelassener Ärzte, um Ungleichgewichte zwischen Regionen (z. B. ländliche und städtische, mit niedrigen und hohen Anteilen privat versicherter Personen) und Fachgebieten zu verringern,
- (5) Stärkung der hausärztlichen Versorgung gegenüber der fachärztlichen Versorgung sowie
- (6) Erforschung und Erprobung neuer Rollen in den Gesundheitsberufen, wie zum Beispiel bei Pflegekräften.

Folien auf: [www.mig.tu-berlin.de](http://www.mig.tu-berlin.de)

# Artikel Open Access (auf EN und DE) verfügbar auf Lancet-Webseite “Germany and Health”

---

## Germany and health 1



### Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition

*Reinhard Busse, Miriam Blümel, Franz Knieps, Till Bärnighausen*

Bismarck's Health Insurance Act of 1883 established the first social health insurance system in the world. The German statutory health insurance system was built on the defining principles of solidarity and self-governance, and these principles have remained at the core of its continuous development for 135 years. A gradual expansion of population and benefits coverage has led to what is, in 2017, universal health coverage with a generous benefits package. Self-governance was initially applied mainly to the payers (the sickness funds) but was extended in 1913 to cover relations between sickness funds and doctors, which in turn led to the right for insured individuals to freely choose their health-care providers. In 1993, the freedom to choose one's sickness fund was formally introduced, and reforms that encourage competition and a strengthened market orientation have gradually gained importance in the past 25 years; these reforms were designed and implemented to protect the principles of solidarity and self-governance. In 2004, self-governance was strengthened through the establishment of the Federal Joint Committee, a major payer-provider structure given the task of defining uniform rules for access to and distribution of health care, benefits coverage, coordination of care across sectors, quality, and efficiency. Under the oversight of the Federal Joint Committee, payer and provider associations have ensured good access to high-quality health care without substantial shortages or waiting times. Self-governance has, however, led to an oversupply of pharmaceutical products, an excess in the number of inpatient cases and hospital stays, and problems with delivering continuity of care across sectoral boundaries. The German health insurance system is not as cost-effective as in some of Germany's neighbouring countries, which, given present expenditure levels, indicates a need to improve efficiency and value for patients.

Published Online

July 3, 2017

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)

See Online/Comments

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31658-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31658-6) and  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31617-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31617-3)

This is the first in a **Series** of two papers about Germany and health

Department of Health Care Management, Berlin University of Technology, Berlin, Germany

(Prof R Busse MD, M Blümel); European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium (Prof R Busse, M Blümel); BKK Dachverband,