

Sachstandsbericht 1994

Sachverständigenrat für die
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Sachstandsbericht 1994

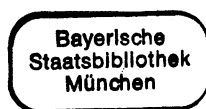
Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000

Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität
bei sich ändernden Rahmenbedingungen



Nomos Verlagsgesellschaft
Baden-Baden

4 94.9032



Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000:

Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen;
Sachstandsbericht 1994 / Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheits-
wesen. – 1. Aufl. – Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., 1994

ISBN 3-7890-3376-6

NE: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

1. Auflage 1994

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1994. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der photomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten.

① 95/74

Vorwort

1. Anfang Januar 1993 hat der Bundesminister für Gesundheit den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, ein Sondergutachten über die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung über das Jahr 2000 hinaus vorzulegen, in dem folgende Fragen einer langfristigen Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung geprüft werden sollen:

1. Inwieweit haben die demographische Entwicklung, Veränderungen der Morbidität der Bevölkerung, der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und das Angebot von Gesundheitsleistungen? Wie beeinflussen diese Faktoren die Gesundheitsausgaben? Entsprechen die heutigen Angebots- und Honorarstrukturen den gewandelten Rahmenbedingungen?

2. Sind bei der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus weitgehend von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufzubringenden Pflichtbeiträgen angesichts veränderter Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie sich wandelnder Lebensgewohnheiten ethisch vertretbare medizinische Prioritäten und Grenzen bei den Leistungen der Solidargemeinschaft erforderlich?

Inwieweit spiegelt das Lohn- und Arbeitseinkommen als Grundlage für die Beitragsbemessung die Leistungsfähigkeit der Mitglieder der Solidargemeinschaft wider? Inwieweit ist dabei auch mittelfristig noch von unterschiedlichen Voraussetzungen in den alten und den neuen Bundesländern auszugehen?

3. Welche Leistungen sind auch nach dem Jahr 2000 erforderliche Bestandteile der sozialen Krankenversicherung? Erscheint bei bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Grundsätze der Solidarität und der Subsidiarität eine Absicherung aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht nicht mehr gerechtfertigt? Lassen sich andere Leistungen benennen, die neu von den Krankenkassen übernommen werden sollten?

Können bestimmte Gesundheitsleistungen und gesundheitliche Risiken auf freiwilliger Basis in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden? Wie läßt sich bei einer Finanzierung von bestimmten Gesundheitsleistungen außerhalb eines Pflichtleistungskatalogs der Krankenkassen eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme sicherstellen?

4. Wie können verstärkte Anreize zur ursachenbezogenen Prävention und zu gesundem Lebensstil in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebaut werden? Welche Grenzen stellen sich für ein zunehmend breiter gefächertes Angebot an Vorsorgeleistungen bei Finanzierung dieser Leistungen aus Pflichtbeiträgen?

5. Welchen medizinischen und gesundheitspolitischen Anforderungen sollten bestehende und neue Diagnose- und Therapieverfahren im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen?

6. Welche Auswirkungen wird der EG-Binnenmarkt auf das Angebot und die Inanspruchnahme sowie die Kosten und Preise für Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben?

2. Mit der Analyse der in diesem Auftrag genannten Handlungs- und Problemfelder sollen Diskussionsgrundlagen für weitere Reformschritte im Gesundheitswesen gelegt werden. Alle Beteiligten am Gesundheitswesen sind aufgerufen worden, an dieser Weiterentwicklung mitzuwirken. Das gilt vor allem für Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser, die Patienten und ihre Angehörigen, Gesundheitsberufe, die Wissenschaft und die im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen und Institutionen. Es gibt keinen Zeitdruck, sondern eine große Chance für die Verbände und alle Beteiligten, rechtzeitig und ohne Hast zu dieser Diskussion beizutragen. Auch aus diesem Grunde wurde der Sachverständigenrat gebeten, zunächst einen Sachstandsbericht vorzulegen.

3. Bei den nachfolgenden Darstellungen von Handlungsoptionen hat der Rat zunächst darauf verzichtet, einen Effizienzvergleich mit dem Status quo anzustellen. Dementsprechend stehen im Sachstandsbericht auch keine Systemkorrekturen zur Diskussion, die auf eine einfache Neuordnung hinauslaufen. Gleichwohl wären solche im System selbst wirkende Änderungen einfacher zu realisieren, weil sie sich auf eingeführte und über Jahrzehnte akzeptierte Organisationsebenen stützen könnten. Trotz zahlreicher kritikwürdiger Begleiterscheinungen und Intransparenzen funktionieren Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung sowie Finanzierung im internationalen Vergleich besser als in vielen Gesundheitswirtschaften mit ähnlichem gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Hintergrund. Aus diesen Gründen wird es erforderlich sein, die im Sachstandsbericht erläuterten Zielvorstellungen und Denkmodelle stets auch an der Funktionalität des Zusammenwirkens der gegliederten Krankenversicherung

mit ihren Vertragspartnern auf der Leistungsseite zu messen.

4. Ohne politische Vorgaben hat der Rat in dem vorliegenden Sachstandsbericht versucht, konzeptionelle Grundlagen für die langfristige Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Sie sollen zu mehr und besserer Information beitragen, den politisch gewünschten Dialog in der Konzentrierten Aktion, mit den Medien und in der interessierten Öffentlichkeit fördern und dadurch letztlich die Mündigkeit der Bevölkerung stärken, die die Gesundheit zu den höchsten Werten des Daseins zählt.

5. Der Sachstandsbericht soll noch keine Empfehlungen enthalten; vielmehr stehen mittel- und langfristige Entwicklungsperspektiven, ordnungspolitische Alternativen und Handlungsoptionen im Vordergrund. Abschließende Empfehlungen werden auftragsgemäß erst im Dezember 1994 vorgelegt. Der Rat hat die von ihm aufgegriffenen Fragen mit unterschiedlicher Intensität und Realitätsnähe behandelt und Probleme der Umsetzung in den meisten Fällen noch zurückgestellt. Themen, wie z.B. die medizinische Orientierung oder die Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung, werden aufgegriffen, strukturiert und einer ersten Analyse zugeführt, die im nächsten Gutachten erweitert und vertieft werden muß. Andere Kapitel, z.B. zu den Strukturen einer zukünftigen Steuerung, dienen vor allem der Information von Gruppen und Institutionen, die sich bisher mit diesen Fragen noch gar nicht, nur am Rande oder aus einem ganz anderen Blickwinkel beschäftigen konnten.

6. Zu den Rahmenbedingungen, unter denen zukünftig Gesundheitspolitik stattfinden wird, läßt sich folgendes feststellen:

Die Kumulation von demographischer Entwicklung mit steigender Multimorbidität, medizinischem und medizinisch-technischem Fortschritt, steigenden Ansprüchen an die Lebensqualität bei Krankheit oder Leiden, Körperbehinderungen und chronischen Krankheiten läßt den Leistungsbedarf stärker ansteigen als die Politik den Versicherten zur Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge zumuten will. Es stellt sich daher die politische Grundfrage nach der zukünftigen Rolle des GKV-Systems in der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung in Deutschland. In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

- a) Wie können Ansprüche und Leistungen, die weiterhin solidarisch über Beiträge finanziert werden sollen, definiert werden? Wie kann ein Grundsicherungskatalog bestimmt werden?
- b) Wie läßt sich die gesamte Krankenversicherung mit mehr Wahlmöglichkeiten unter den Versicherungen, deren Leistungen und deren Beiträgen wettbewerbsfähig organisieren?

c) Wie soll die Definition des durch Pflichtversicherungen oder eine Versicherungspflicht in eine Krankenversicherung einzubeziehenden Personenkreises erfolgen?

d) Wie sollen die Beitragsbemessungsgrundlagen und Beitragsbemessungsgrenzen festgelegt werden?

Diese Fragen erfordern eine Grenzziehung. Daraus ergibt sich eine Entscheidung über die parafiskalische Abgablast in diesem Zweig der Sozialversicherung.

7. Eine Reihe von Themen hat der Rat in seinem Sachstandsbericht noch nicht aufgreifen können. Hierzu zählen z.B.

- Fortschritte in der pränatalen Diagnostik,
- Forschung im Gesundheitswesen,
- Innovationen im Arzneimittelbereich (einschließlich Galenik- und Bioverfügbarkeitsnachweis für Generika),
- Umsetzungsprobleme bei der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Auswirkungen des EG-Binnenmarktes wurden bereits im Jahresgutachten 1992 (Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa) untersucht. Weitere offene Probleme werden im jeweiligen Kapitelzusammenhang genannt.

Weiterhin ergibt sich aus der Fragestellung des Sondergutachtens, daß im vorliegenden Sachstandsbericht an Stelle einer sektorspezifischen Betrachtung von Finanzlage und Leistungsgeschehen, wie sie allen bisherigen Gutachten zugrunde lag, eine sektorübergreifende Sichtweise gewählt wurde.

Der Anhang ist in diesem Sachstandsbericht neu gestaltet worden. Erstmals bietet der Sachstandsbericht eine graphische Umsetzung ausgewählter Tabellen, um einen besseren Überblick der quantitativen Entwicklungen im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

8. Der Rat hat in Zusammenhang mit der Erstellung dieses Gutachtens eine große Zahl von Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen von Institutionen und Einzelpersonen erhalten. Im einzelnen dankt er:

- Frau Dipl. Verw. Wiss. Claudia Ade, Universität Hannover,
- Herrn Prof. Dr. Hartwig Bauer, Kreis Krankenhaus Alt-Neuötting,
- Herrn Dr. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Köln,
- der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker, Mainz,
- Mitarbeitern des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn,
- der Bundestags-Enquete-Kommission »Demographischer Wandel«, Bonn,
- Herrn Dr. Manfred Erbsland, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim,

- Herr Dr. Frank Fechner, Berufsverband Deutscher Kieferorthopäden, Augsburg,
- Herr Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Köln,
- Herr Dr. Erwin Hirschmann, NAV-Virchow-Bund, Köln,
- Herr Dr. Onno Jansen, München,
- Herr Dr. Jürgen John, München,
- Herr Dr. Wulf-Dietrich Leber, AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt,
- Herr Dr. Thomas Mansky, Lübeck,
- Herr Dr. Karl Martin, Zentrum für Epidemiologie und Gesundheitsforschung, Berlin,
- Herr Dr. Andreas Mielck, München,
- Herr Dr. Herbert Mücke, Düsseldorf,
- Herr Dr. Fritz Oelze, Vorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Physiotherapie, Hamburg,
- Herr Herbert Rebscher, Verband der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg,
- Herr Ministerialdirigent Winfried Reckers, Ministerium für Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg,
- Herr Prof. Dr. Hans Reinauer, Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften, Frankfurt a. M.,
- Herr Dr. Herbert Rische, Präsident der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin,
- Herr Prof. Dr. Franz Ruland, Verband der Rentenversicherungsträger, Frankfurt a. M.,
- Herr Dr. Walter Satzinger, München,
- Herr Dr. Markus Schneider, BASYS, Augsburg,
- Herr Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Medizinische Hochschule Hannover,

- Herr Prof. Dr. Jörg Rüdiger Siewert, TU München,
- den Mitarbeitern der Sozial- und Gesundheitsministerien der neuen Länder,
- dem Statistischen Bundesamt, Wiesbaden,
- Herr Dr. Hans-Jürgen Thomas, Hartmannbund, Bonn,
- Herr Prof. Dr. Klaus-Henning Usadel, Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften, Düsseldorf,
- dem Verband der Physikalischen Therapie, Hamburg,
- Herr Dr. Karsten Vilmar, Bundesärztekammer, Köln,
- Herr Prof. Dr. Reinhard Ziegler, Heidelberg.

9. Für die Bearbeitung wichtiger Teile und die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat in erheblichem Umfang auf die wissenschaftliche Mitarbeiterin und die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Herr Diplom-Ökonom Christian Felkner, Herr Diplom-Soziologe Robert Festersen, Frau Dr. rer. pol. Monika Kücking-Kipshoven und der Leiter der Geschäftsstelle, Herr Dr. oec. Lothar Seyfarth. Hierfür und für ihr Engagement, das das Ausmaß des sonst üblichen weit überstieg, gebührt ihnen besonderer Dank.

Für den unermüdlichen Einsatz bei den umfangreichen Textarbeiten dankt der Rat Frau Monika Jungclaus und Frau Kerstin Hochstetter.

10. Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt allein der Rat die Verantwortung.

Bonn, den 31. Januar 1994

Wilhelm van Eimeren Astrid Franke Klaus-Dirk Henke

Günter Neubauer Peter C. Scriba

Ernst-Eberhard Weinhold Eberhard Wille Detlev Zöllner

Inhaltsübersicht Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000

Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen

Kurzfassung	23
Gesundheitsziele als Voraussetzung einer ergebnisorientierten Gesundheitspolitik	36
Die finanzielle Situation des Gesundheitswesens	49
Beitragssatzstabilität und einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	76
Der Einfluß der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung	86
Medizinische Orientierung und Handlungsbedarf	114
Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung	171
Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos	190
Strukturen einer zukünftigen Steuerung	206
Ausgewählte Instrumente zur Förderung der Eigenverantwortung	218
Anhang	232

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000

Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen

Sachstandsbericht 1994

Vorwort	5
Inhaltsübersicht	8
Inhaltsverzeichnis	9
Verzeichnis der Tabellen im Text	12
Verzeichnis der Abbildungen im Text	14
Verzeichnis der Tabellen im Anhang	16
Verzeichnis der Abbildungen im Anhang	17
Verzeichnis der Zeitreihen zum Gesundheitswesen	18
Verzeichnis der Graphiken zu den Zeitreihen zum Gesundheitswesen	21
Kurzfassung	23
1. Gesundheitsziele als Voraussetzung einer ergebnis orientierten Gesundheitspolitik	36
1.1. Zum Begriff der Gesundheit	36
1.2. Die Interessen an Gesundheit und im Gesundheitswesen	37
1.3. Die Akteure im Gesundheitswesen und ihre Aufgaben	38
1.4. Von den Interessen an Gesundheit zu Zielen und Maßnahmen	39
1.5. Die Initiative der WHO (World Health Organization)	40
1.6. Die Berücksichtigung nicht primär gesundheitsbezogener gesellschaftlicher Ziele bei der Bestimmung von Gesundheitszielen	43
1.7. Strategische Bedeutung der Ziele für die Gestaltung des Gesundheitssystems	44
1.8. Zu den Prinzipien der Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität	47
2. Die finanzielle Situation des Gesundheitswesens	49
2.1. Der Finanzierungsgegenstand	49
2.2. Die Finanzlage im Gesundheitswesen insgesamt (1970 –1991)	50
2.2.1. Zur Abgrenzung und Einteilung von Gesundheitsausgaben	50
2.2.2. Die Gesundheitsausgaben nach Trägern und Finanzierungsformen	52
2.3. Zum internationalen Vergleich	53
2.4. Finanzielle Beziehungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit anderen Zweigen der Sozialversicherung und dem Bund	56
2.5. Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (1970 –1993)	56
2.5.1. Die Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen insgesamt	56
2.5.2. Die Ausgabenentwicklung nach Leistungsbereichen	61
2.5.3. Von der fiskalischen Betrachtung zur Ergebnisorientierung	70
2.6. Die Entwicklung der Beitragssätze	72
3. Beitragssatzstabilität und einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	76
3.1. Ausgabendämpfung durch Einnahmenorientierung	76
3.2. Beitragssatzstabilität und Lohnnebenkosten	83
4. Der Einfluß der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung	86
4.1. Aspekte der Gesundheitsversorgung in den neuen Ländern und Berlin-Ost	86
4.1.1. Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitszustand	86
4.1.2. Grundtendenzen und Einzelprobleme der gesundheitlichen Versorgung	90

4.1.3.	Ausblick	91
4.2.	Zum Einfluß der demographischen Entwicklung auf die GKV-Ausgaben	92
4.2.1.	Die demographische Entwicklung als Bestimmungsfaktor von Gesundheitsausgaben	92
4.2.2.	Auswirkungen der Rentnerquote auf die Ausgaben der GKV	93
4.2.3.	Zum Einfluß der Rentnerquote auf die Ausgabenstruktur	97
4.2.4.	Die siebte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung	98
4.2.5.	Die Abschätzung der Ausgabenentwicklung ausgewählter Behandlungsarten	102
4.3.	Die Entwicklung der Einnahmen der GKV bei unterschiedlichen Annahmen über die wirtschaftliche Entwicklung	108
4.3.1.	Zum Einfluß der Determinanten auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV	109
4.3.2.	Die demographische Entwicklung	111
4.3.3.	Die Zahl der Erwerbspersonen und der versicherungspflichtig Beschäftigten	111
4.3.4.	Die Lohn- und Gehaltsentwicklung	111
4.3.5.	Prognose der zukünftigen Entwicklung der Einnahmen der GKV	111
4.4.	Fazit	113
5.	Medizinische Orientierung und Handlungsbedarf	114
5.1.	Gesundheitsförderung und Prävention	114
5.1.1.	Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe	114
5.1.2.	Strukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention	117
5.1.3.	Die Auswahl geeigneter Präventionsmaßnahmen	119
5.1.4.	Prävention am Beispiel der Jodprophylaxe	122
5.1.5.	Eckpunkte für weitere Empfehlungen	124
5.2.	Qualitätssicherung von Diagnose und Therapie	125
5.2.1.	Die Notwendigkeit von Standards und Leitlinien	125
5.2.2.	Konkrete Beispiele von Empfehlungen	127
5.2.3.	Handlungsperspektiven	140
5.3.	Diagnosedokumentation und Leistungstransparenz	140
5.3.1.	Die Diagnoseklassifikation	140
5.3.2.	Die Einbeziehung von Behandlungsverfahren und Behandlungskontext	142
5.3.3.	Die Problematik chronischer und nicht heilbarer Krankheiten	144
5.3.4.	Probleme der Anwendung: Adäquate statistische Methodik und Stand der Datenverarbeitung in den Kliniken	146
5.3.5.	Schlußfolgerungen	151
5.4.	Ausbildung der Mediziner, Arztzahlenentwicklung und Niederlassungsfreiheit	152
5.4.1.	Ausbildung der Mediziner	152
5.4.2.	Entwicklung der Arztzahlen	154
5.4.3.	Niederlassungsfreiheit und Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte	158
5.4.4.	Ansätze für die Erhaltung der Niederlassungsfreiheit	161
5.5.	Ambulante Versorgung in Praxis und Klinik	161
5.5.1.	Die ambulante Versorgung in der ärztlichen Praxis	161
5.5.2.	Derzeitige und zukünftige Integration ambulanter und stationärer Versorgung	165
6.	Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung	171
6.1.	Bestandsaufnahme	171
6.1.1.	Ausgangslage	171
6.1.2.	Grundüberlegungen zur Neubestimmung des Leistungskatalogs	172
6.1.3.	Beispiele für Grundversorgung und Zusatzversicherung im Ausland	173
6.2.	Zur Neubestimmung von Leistungskatalogen	176
6.2.1.	Systematik der Kriterien	176
6.2.2.	Ansätze zur Operationalisierung der Kriterien	177
6.2.2.1.	Medizinische Kriterien	177
6.2.2.2.	Ökonomische Kriterien	179
6.2.2.3.	Sozialpolitische Kriterien	179
6.3.	Optionen für eine Neubestimmung	180
6.3.1.	Zum Zusammenhang zwischen Gesundheitsleistungen und dem Leistungskatalog einer Krankenversicherung	180
6.3.2.	Optionsmodell I: Ausgliederung bzw. Verlagerung von Leistungen der GKV	181

6.3.3.	Optionsmodell II: Obligatorische Kern- und freiwillige Zuwahlleistungen	182
6.3.4.	Optionsmodell III: Freiwillige Abwahl von solidarisch finanzierten Krankenversicherungsleistungen	184
6.3.5.	Optionsmodell IV: Zielorientierte Bestimmung der Pflichtleistungen mit Ab- und Zuwahl bestimmter Leistungen	186
6.4.	Vergleich der vier Optionen und offene Fragen zur Umsetzung	188
7.	Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos	190
7.1.	Gesamtwirtschaftliche Ziele als Beurteilungskriterien	190
7.2.	Mängel des derzeitigen Beitragssystems in der GKV	192
7.3.	Das weite Spektrum von Reformoptionen innerhalb der GKV	195
7.4.	Grundmodelle der Finanzierung von Gesundheitsleistungen	197
7.4.1.	Das geltende Beitragssystem als Vergleichsbasis	197
7.4.2.	Die private Pflichtversicherung	197
7.4.3.	Die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung	198
7.4.4.	Die beitragsfinanzierte Familienversicherung	199
7.4.5.	Vier Grundmodelle im Vergleich	201
7.4.6.	Zum Arbeitgeberbeitrag	204
8.	Strukturen einer zukünftigen Steuerung	206
8.1.	Zielsetzung der Steuerung: Optimale Bewältigung von Knappheit und Verwendung der Güter und Dienstleistungen	206
8.2.	Ebenen und Instrumente der Steuerung	207
8.3.	Ansätze zur Steuerung auf der Individualebene	209
8.3.1.	Beziehung zwischen Versichertem und seiner Krankenversicherung	209
8.3.2.	Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer	209
8.3.3.	Beziehung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer	210
8.4.	Steuerung auf Verbandsebene	210
8.4.1.	Ansätze einer Reform der Beziehungen in der Krankenversicherung	210
8.4.2.	Veränderung des Vertragsrechts aus kollektiv- und aus individualvertraglicher Sicht	212
8.4.3.	Mitwirkung von Patienten und Versicherten	213
8.4.4.	Gemeinsame Selbstverwaltung zur Wahrnehmung übergreifender Aufgaben	213
8.5.	Lenkung durch den Staat	213
8.5.1.	Grundsätze staatlicher Lenkung	213
8.5.2.	Einzelprobleme aktueller staatlicher Lenkung	214
8.6.	Ziel der Reform 2000: »Stärkung der Selbstregelung«	217
9.	Ausgewählte Instrumente zur Förderung der Eigenverantwortung	218
9.1.	Beitragsrückzahlung	218
9.2.	Gesundheitsabgaben – ein zusätzliches Instrument der Verhaltenssteuerung und Finanzierung	221
9.2.1.	Ziele und Ausgestaltung von Gesundheitsabgaben	221
9.2.2.	Wirkungen von Gesundheitsabgaben	222
9.2.3.	Gesundheitsabgaben als neues gesundheitspolitisches Instrument?	229

Anhang

1.	Erlaß über die Errichtung eines Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesminister für Gesundheit vom 12. November 1992	232
2.	Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im SGB V	234
3.	Anhang zu Kapitel 1	235
4.	Anhang zu Kapitel 2	242
5.	Anhang zu Kapitel 3	244
6.	Anhang zu Kapitel 4	250
7.	Anhang zu Kapitel 5	263
8.	Anhang zu Kapitel 6	269
9.	Anhang zu Kapitel 9	270
10.	Chronik der Rechtsentwicklung (1970 – 1993)	272
11.	Zeitreihen zum Gesundheitswesen.	281

Verzeichnis der Tabellen im Text

1	Auflistung aller Ziele der WHO nach Kurztitel	41
2	Themenliste für Gesundheitsziele	45
3	Ausgaben für Gesundheit in verschiedenen Abgrenzungen, in Mrd. DM, in % des Brutto- sozialprodukts und je Einwohner, alte Bundesländer, 1980 – 1991	51
4	Die finanziellen Beziehungen der GKV mit den anderen Zweigen der Sozialversicherung und dem Bund, in Mrd. DM 1992, alte Bundesländer	57
5	Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und der Bundesanstalt für Arbeit für Beitragszahlungen an die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Ländern, in Mio. DM	58
6	Vergleich der Rangfolge von direkten Kosten für die neun führenden Diagnosegruppen mit den Rangfolgen ihrer indirekten Kosten und der Kosten gesamt für die Bundesrepublik Deutschland, in Mio. DM, alte Bundesländer	71
7	Entwicklung der durchschnittlichen Beitragssätze der Kassenarten in der GKV	73
8	Beitragssatzpunkte, die zur Finanzierung der GKV-Ausgaben notwendig sind (rechnerischer BS), 1987 – 1992	74
9	Die ausgezahlte jährliche Standardrente bei 45 Versicherungsjahren (nach Abzug des Kran- kenversicherungsbeitrags des Rentners) in DM bei einer Erhöhung des Beitragssatzes in der GKV um einen Prozentpunkt	79
10	Lohnnebenkosten in % des Entgelts für geleistete Arbeit (Lohnnebenkostenquote), 1975 – 1992	80
11	Steueraufkommen und Steuerquote	85
12	Relative Bedeutung der Todesursachen für die Gesamtmortalität in der Bundesrepublik Deutschland und ehemaligen DDR	87
13	Unterschiedliche Todesursachen (Männer)	88
14	Unterschiedliche Todesursachen (Frauen)	89
15	Anteile der GKV-Ausgaben für Mitglieder und Rentner an den jeweiligen Behandlungsarten in %, 1970 – 1992	94
16	Ausgabenanteile der einzelnen Behandlungsarten für Mitglieder und Rentner an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %, 1970 – 1992	95
17	Ausgaben der GKV je Mitglied und je Rentner nach Behandlungsarten in DM, 1970 – 1992	96
18	Tatsächliche und bereinigte Ausgabenanteile nach Behandlungsarten in % der gesamten Lei- stungsausgaben der GKV, 1970 und 1992	97
19	Hypothesen über den Wanderungssaldo in der siebten kordinierten Bevölkerungsvoraus- berechnung	99
20	Entwicklung der Bevölkerung	100
21	Schätzung der jährlichen Veränderung von GKV-Arzneimittelverbrauch und GKV-Arzneimit- telausgaben auf Grund demographischer Faktoren	104
22	Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel in Preisen von 1991 bei konstanter altersspezifischer Inanspruchnahme, insgesamt in Mrd. DM und je Versicherten	104
23	Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für ambulante Behandlung in Preisen von 1991 bei konstanter altersspezifischer Inanspruchnahme, insgesamt in Mrd. DM und je Versicherten	106
24	Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlung in Preisen von 1991 bei konstanter altersspezifischer Inanspruchnahme, insgesamt in Mrd. DM und je Versicherten	106
25	Ziele, Nutzen und Aufwand von Prävention	115
26	Todesursachen in Deutschland je 100.000 Einwohner	120
27	Handlungsfelder für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen	121
28	Wiederaufnahmestatistik einer internistischen Universitätsklinik, 2-Jahres-Zeitraum	144
29	Wiederaufnahmeraten für verschiedene Krankheitsbilder	145
30	Berufstätige Ärzte nach Gebietsbezeichnungen, Stand 31.12.1992	155
31	Kriterien zur Bestimmung des Leistungskatalogs	180
32	Kembereich (K) und Zuwahlleistungen (Z)	184

33	Unterscheidungsmerkmale der vier Optionen zur Neubestimmung des Leistungskatalogs	189
34	Grundsätzliche Möglichkeiten von Leistungsumfang, Versichertenkreis und Finanzierung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen	189
35	Zentrale Optionen der Beitragsgestaltung	196
36	Vier Grundmodelle im Vergleich	202
37	Jährlicher Alkoholverbrauch pro Kopf im internationalen Vergleich	224
38	Das Aufkommen der Ausgabensteuern in Mrd. DM, 1980 – 1992	226
39	Jährlicher Zigarettenverbrauch pro Kopf im internationalen Vergleich	228

Verzeichnis der Abbildungen im Text

1	Die Ziele der WHO zur »Gesundheit für alle«	42
2	Ziel- und Mittelebenen von Orientierungsdaten	46
3	Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes	49
4	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Finanzierungsformen im Jahre 1991 (alte Bundesländer)	52
5	Anteil der Ausgabenträger an den Gesundheitsausgaben, 1970 – 1991	54
6	Gesundheitsausgaben pro Kopf und das BIP pro Kopf der OECD-Länder	55
7	Gesamtausgaben der GKV und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	58
8	Gesamtausgaben der GKV im früheren Bundesgebiet, in Mrd. DM, 1970 – 1992	59
9	Entwicklung der Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen der GKV in Mrd. DM, 1970 – 1992	60
10	Entwicklung der Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen der GKV, 1970 – 1992, 1970 = 100	60
11	Ausgaben der GKV für die ambulante Versorgung und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderungen in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	62
12	Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlung und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	63
13	Ausgaben der GKV für Zahnersatz und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	64
14	Ausgaben der GKV für Arzneimittel und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	65
15	Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	67
16	Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel nach einzelnen Leistungsbereichen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992	68
17	Ausgaben der GKV für stationäre Versorgung und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung zum Vorjahr, in %, 1970 – 1992	69
18	Entwicklung des allgemeinen jahresdurchschnittlichen Beitragssatzes 1970 – 1993 (1.1.)	72
19	Beitragssätze (am 1.8.1993), Verteilung nach der Zahl der Krankenkassen und Mitglieder	75
20	Krankenstand und Arbeitslosigkeit im Konjunkturverlauf, 1970 – 1991	77
21	Ausgabenentwicklung in der GKV nach Beitragssatzanteilen, alte Bundesländer, 1970 – 1992	78
22	Pro-Kopf Gesundheitsausgaben in Prozent des Ausgabenniveaus in den USA, 1990	81
23	Zufriedenheit der Bevölkerung als eine Funktion der Gesundheitsausgaben, 1989/90	82
24	Beitragssätze in der Sozialversicherung in den alten Bundesländern, ausgewählte Jahre	83
25	Höchstbeiträge zur Sozialversicherung und Beitragsbemessungsgrenzen in den alten Bundesländern, 1993 und 1994	84
26	Bevölkerung über 80 Jahre, alte Bundesländer	93
27	Anteile der Ausgaben für Rentner an den gesamten GKV-Ausgaben für die jeweiligen Behandlungsarten in %, 1970 und 1992	94
28	Wachstumsraten der GKV-Ausgaben für Mitglieder und Rentner nach Behandlungsarten in %, 1970 – 1992	96
29	Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen 1990 bis 2030 in Relation zum jeweiligen Wert des Jahres 1990 (=100), früheres Bundesgebiet	101
30	Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung 1990 und 2030, alte Bundesländer	101
31	Arzneimittelverbrauch in Tagesdosen pro Versicherten in der GKV im Jahre 1991 nach Altersgruppen, alte Bundesländer	103
32	Schätzung des demographisch bedingten Anstiegs des GKV-Arzneimittelverbrauchs bis zum Jahre 2030 (1991 = 100), alte Bundesländer	103
33	Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel	105
34	Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für ambulante Behandlung	107
35	Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlung	108
36	Unterschiedliche Zeitprofile der Kosten, Erträge und Nettoerträge von Präventionsmaßnahmen	116

37	Zusätzlich gewonnene qualitätsbereinigte Lebensjahre	117
38	Gesamtsterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland 1991	120
39	Mögliche Jodzufuhr entsprechend den Empfehlungen der DGE (jüngere Erwachsene)	123
40	Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Hyperthyreose	131
41	Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Hypothyreose	132
42	Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Hyperkortisolismus	133
43	Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Phäochromocytom	134
44	Flußdiagramm der Diagnostik bei Hypogonadismus und Infertilität des Mannes	135
45	Flußdiagramm der Diagnostik bei Amenorrhoe/weiblicher Sterilität	136
46	Flußdiagramm der Diagnostik bei pHPT bzw. Hyperkalzämie	137
47	Flußdiagramm der Diagnostik bei Tetanie bzw. Hypokalzämie	138
48	Flußdiagramm der Diagnostik bei rezidivierenden Ulcera/V. a. Gastrinom	139
49	Arztdichte in Deutschland zum 31.12.1992, Einwohner je berufstätigen Arzt	154
50	Entwicklung ausgewählter Arztgruppen in den Jahren 1986 bis 1991, Veränderungen zum Vorjahr in %	156
51	Rangfolge der Anzahl der Kassen-/Vertragsärzte und des Umsatzes aus kassenärztlicher Tätigkeit 1990 bei ausgewählten Arztgruppen	156
52	Berufstätige Ärzte nach Altersgruppen, alte Bundesländer, Stichtag 31.12.1992	157
53	Zur Herausfilterung einer Grundversorgung	174
54	Rangordnung von 17 Behandlungskategorien	175
55	Kern- und Zuwahlleistungen	182
56	Abwahl von Leistungen bis auf einen Kern von Pflichtleistungen	185
57	Aufteilung (fiktiv) des Beitrags in Risiko- und Solidaranteil bei unterschiedlichem Alter und Familienstand	185
58	»Schichtenmodell«	188
59	Mitteinsatz aus medizinischer und ökonomischer Sicht	206
60	Hierarchie der Steuerungskompetenz	207
61	Beziehungen in der Krankenversicherung	210
62	Konkurrierende Vertragsebenen	212
63	Beitragsrückerstattung in der PKV, 1980 – 1992	219
64	Steuerinduzierte Preis-/Absatzfunktion von Gütern mit spezieller Verbrauchsteuerbelastung	227

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

A1	Ausgaben für die Gesundheitsversorgung nach Ausgabenträgern und Versorgungsbereichen: Ausgewählte Beispiele	238
A2	Leistungen der Gesundheitsversorgung nach Trägern der Einrichtungen der Leistungserstellung und Versorgungsbereichen: Ausgewählte Beispiele	240
A3	Planungs- und Entscheidungsträger mit gesetzlich fixierten Aufgaben der Gestaltung von Inhalt, Struktur und Finanzierung der Gesundheitsversorgung: Ausgewählte Beispiele	241
A4	Modellrechnung zur mittelfristigen Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland, in Mio. DM	244
A5	Modellrechnung zur mittelfristigen Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland mit den Wirtschaftsannahmen des BMA im Frühjahr 1993, in Mio. DM	246
A6	Zuzahlungen auf einen Blick	248
A7	Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1970 – 1992	250
A8	Zahl der gesamten und freiwilligen GKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt, alte Bundesländer, 1970 - 1992	251
A9	Zahl der gesamten und freiwilligen GKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt, neue Bundesländer, 1991 und 1992	251
A10	Personen, die zwischen PKV und GKV wechselten, alte Bundesländer, 1970 – 1992	252
A11	Prognose der Entwicklung der Anzahl der Arbeitslosen, alte Bundesländer, neue Bundesländer und Bundesgebiet insgesamt, 1993 – 1997	252
A12	Prognose der Entwicklung der Zahl der Beitragszahler in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, alte Bundesländer, 1993 – 2007	253
A13	Prognose der Entwicklung der Zahl der Beitragszahler in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, neue Bundesländer, 1993 – 2007	254
A14	Prognose der Entwicklung des Rentnerquotienten, alte Bundesländer, neue Bundesländer und Bundesgebiet insgesamt, 1991 – 2010	255
A15	Prognose der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007 – unterste Variante	255
A16	Prognose der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007 – mittlere Variante	256
A17	Prognose der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007 – oberste Variante	257
A18	Prognose der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007 – unterste Variante	258
A19	Projektion der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007 – mittlere Variante	259
A20	Projektion der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007 – oberste Variante	260
A21	Projektion der Entwicklung der Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007	261
A22	Projektion der Entwicklung der Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007	262
A23	Endokrinologische Differentialdiagnostik	263
A24	Differenzierte Auswertung eines Krankheitsbildes am Beispiel des Myokardinfarkts	264

Verzeichnis der Abbildungen im Anhang

A1	Die Ausgabenverflechtung im Gesundheitswesen	242
A2	Die Beziehungen der GKV mit anderen Zweigen der Sozialversicherung, mit dem Bund und den privaten Haushalten	243
A3	Höherer Gesundheitszustand bei gegebenem Budget (A) versus gegebener Gesundheitszustand mit niedrigerem Budget (B)	249
A4	Strategie zur Diagnostik und Therapie bei Hypercholesterinämie	265
A5	Empfehlungen zur Diagnostik der Hypertonie	266
A6	Prozeß- und Ergebnisqualitätssicherung bei Diabetes	267
A7	Asthma-Dauertherapie-Stufenplan	268
A8	Nutzen und Kosten von siebenundvierzig gesundheitspolitischen Maßnahmen	269
A9	Preis- und Einkommenselastizität der Nachfrage nach Zigaretten	270
A10	Wirkungen einer Preiserhöhung bei Zigaretten	271

Verzeichnis der Zeitreihen zum Gesundheitswesen

1. Demographische und gesamtwirtschaftliche Rahmendaten

T 100	Wohnbevölkerung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im Jahresdurchschnitt	286
T 101	Bruttosozialprodukt, Volkseinkommen und Veränderungsrate der gesamtwirtschaftlichen Produktivität der Erwerbstätigen gegenüber dem Vorjahr	287
T 102	Bruttolohn- und -gehaltssumme und beitragspflichtige Einnahmen der GKV	288
T 103	Indexreihe zur Bruttolohn- und -gehaltssumme, beitragspflichtige Einnahmen der GKV und Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen zur Bruttolohn- und -gehaltssumme	289
T 104	Beitragsbemessungsgrenzen der einzelnen Sozialversicherungszweige in DM/Monat	291

2. Morbidität und Mortalität

T 200	Allgemeine, konservierende und chirurgische zahnärztliche Behandlungsfälle je Mitglied, alte Bundesländer	293
T 201	Ambulante ärztliche Behandlungsfälle je Mitglied nach Kassenarten, alte Bundesländer	294
T 202	Krankenstand der GKV-Mitglieder nach Kassenarten in %	295
T 203	Durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall bei GKV-Mitgliedern	297
T 204	Krankenhausfälle je 100 Mitglieder ohne Rentner nach Kassenarten	298
T 205	Krankenhaustage je Krankenhausfall bei Mitgliedern ohne Rentner	299
T 206	Bevölkerung und Gestorbene nach Altersgruppen - Männer	301
T 207	Bevölkerung und Gestorbene nach Altersgruppen - Frauen	302
T 208	Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen - Männer	303
T 209	Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen - Frauen	304
T 210	Geburten, Totgeburten und Säuglingssterblichkeit	305

3. Organisation und Finanzdaten des Gesundheitswesens

T 300	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in 1.000	307
T 301	Zahl der Krankenkassen und Versicherungsunternehmen am 1. Januar	308
T 302	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern in Mio. DM	309
T 303	Veränderung der Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern im Vergleich zum Vorjahr in %, alte Bundesländer	311
T 304	Anteil der Finanzierungsträger an den Gesundheitsausgaben in %	312
T 305	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in Mio. DM	313
T 306	Jährliche Veränderung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in %, alte Bundesländer	315
T 307	Anteil der Leistungsarten an den Gesundheitsausgaben in %	316

4. Daten zur GKV

4.1. Daten zur Organisation der GKV

T 400	Zahl der GKV-Versicherten in 1.000	317
T 401	Mitglieder am 1.10. des jeweiligen Jahres in 1.000	318
T 402	Mitversicherte Familienangehörige am 1.10. des jeweiligen Jahres in 1.000	319
T 403	Beitragsfrei in der Familienhilfe Versicherte je 100 Mitglieder (Pflicht- und freiwillige Mitglieder und Rentner) nach Kassenarten	320
T 404	Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder einschließlich Rentner in der GKV zum 1.10. des jeweiligen Jahres - Männer	322
T 405	Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder einschließlich Rentner in der GKV zum 1.10. des jeweiligen Jahres - Frauen	323
T 406	Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit zusätzlicher privater Krankenversicherung nach Versichertenstatus (Krankenversicherungsschutz besonderer Personengruppen)	324

4.2. Daten zur finanziellen Situation der GKV

T 450	Beitragspflichtige Einnahmen nach Kassenarten in Mio. DM	325
T 451	Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Kassenarten zum Vorjahr in %	327
T 452	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied in DM nach Kassenarten	328
T 453	Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zum Vorjahr in % nach Kassenarten.	329
T 454	Allgemeiner Beitragssatz im Jahresdurchschnitt	330
T 455	Niedrigster und höchster Beitragssatz nach Kassenarten am 1.1. des jeweiligen Jahres	331
T 456	Beitragssatzspanne in % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten am 1.1.	332
T 457	Beitragseinnahmen der GKV in Mio. DM.	334
T 458	Jährliche Veränderungsrate der Beitragseinnahmen der GKV in %	335
T 459	Beitragseinnahmen der GKV je Mitglied in DM pro Jahr.	336
T 460	Jährliche Veränderung der GKV-Beitragseinnahmen je Mitglied in %	337
T 461	Leistungsausgaben der GKV nach Kassenarten in Mio. DM	338
T 462	Veränderung der Leistungsausgaben der GKV nach Kassenarten in %	339
T 463	Leistungsausgaben der GKV je Versicherten nach Kassenarten in DM.	340
T 464	Veränderung der Leistungsausgaben der GKV je Versicherten nach Kassenarten zum Vorjahr in %	341
T 465	Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in Mio. DM.	342
T 466	Veränderung der Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in %	343
T 467	Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten in DM	344
T 468	Veränderung der Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten in %	346
T 469	Anteile der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %	347
T 470	Deckungsgrad der Ausgaben für Rentner durch KVdR-Beiträge in der GKV insgesamt.	349

5. Entwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen

5.1. Ambulante ärztliche Versorgung

T 500	Zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte	350
T 501	An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie Belegärzte und Belegbetten . . .	353
T 502	Zahl der Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit einschl. beteiligter Ärzte	354
T 503	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der weiblichen Berechtigten, alte Bundesländer	355
T 504	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der männlichen Berechtigten, alte Bundesländer	357
T 505	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in % der Berechtigten, alte Bundesländer	358
T 506	Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung in der GKV in Mio. DM	360
T 507	Jährliche Veränderung der Ausgaben für ambulante Behandlung nach Kassenarten in %	361
T 508	Durch den niedergelassenen Arzt veranlaßte Ausgaben in Mrd. DM	362

5.2. Stationäre Versorgung

T 520	Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach ausgewählten Berufen	364
T 521	Pflegepersonal und geburtshilfliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	365
T 522	Ärzte nach Funktion in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	366
T 523	Zahl der stationären Einrichtungen nach Art der Einrichtung und Trägerschaft	367
T 524	Stationäre Einrichtungen nach Bettenzahl.	369
T 525	Zahl der Betten in stationären Einrichtungen	370
T 526	Pflegetage in stationären Einrichtungen in 1.000	371
T 527	Stationär behandelte Kranke in 1.000	372
T 528	Stationär behandelte Kranke und Zahl der Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner, alte Bundesländer	374
T 529	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	375

T 530	Durchschnittliche Bettennutzung in %	376
T 531	Planmäßige Bettenzahl je Personalgruppe, alte Bundesländer	377
T 532	Ausgaben für stationäre Behandlung der GKV in Mio. DM.	378
T 533	Jährliche Veränderung der Ausgaben für stationäre Behandlung der GKV nach Kassenarten in %	379
T 534	Krankenhausinvestitionen der Länder in Mio. DM	380

5.3. Zahnmedizinische Versorgung

T 540	Zahl der im Gesundheitswesen tätigen Zahnärzte und der Zahntechnikerbetriebe	383
T 541	Zahl der über die KZVen mit den Kassen der GKV abgerechneten Fälle	384
T 542	Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der GKV in Mio. DM.	385
T 543	Jährliche Veränderung der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der GKV nach Kassenarten in %	386
T 544	Ausgaben für Zahnersatz der GKV in Mio. DM	387
T 545	Jährliche Veränderung der Ausgaben für Zahnersatz der GKV nach Kassenarten in %	389

5.4. Arzneimittelversorgung

T 560	Zahl der Apotheken und Apotheker am 31.12. des jeweiligen Jahres	390
T 561	Umsatz, Verordnungen und Rezepte von Fertigarzneimitteln, alte Bundesländer	391
T 562	Ausgaben für Arzneimittel nach Kassenarten in Mio. DM.	393
T 563	Jährliche Veränderung der Ausgaben für Arzneimittel nach Kassenarten in %	394
T 564	Veränderung des Umsatzes und seiner Komponenten von Fertigarzneimitteln zum Vorjahr in öffentlichen Apotheken in %, alte Bundesländer	395

5.5. Heil- und Hilfsmittel

T 580	Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel in Mio. DM	396
T 581	Veränderung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in %	397
T 582	Anteile der Heil- und Hilfsmittel an den GKV-Leistungsausgaben in %	398
T 583	Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel nach Kassenarten in Mio. DM	400
T 584	Jährliche Veränderung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel nach Kassenarten in %	401

6. Daten zur finanziellen Situation der PKV

T 600	Einnahmen in der privaten Krankenversicherung in Mio. DM, alte Bundesländer	402
T 601	Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung in Mio. DM, alte Bundesländer.	403
T 602	Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer.	404
T 603	Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung je Versicherten in DM, alte Bundesländer	405
T 604	Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung je Versicherten in %, alte Bundesländer	407
T 605	Anteil der Leistungsausgaben an den Gesamtleistungen der privaten Krankenversicherung in % alte Bundesländer.	408

Verzeichnis der Graphiken zu den Zeitreihen zum Gesundheitswesen

G 102	Veränderung von Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer und beitragspflichtige Einnahmen der GKV je Mitglied gegenüber dem Vorjahr in %, alte Bundesländer . . .	290
G 103	Beitragspflichtige Einnahmen der GKV in % der Bruttolohn- und -gehaltssumme, alte Bundesländer.	290
G 104	Beitragsbemessungsgrenzen der einzelnen Sozialversicherungszweige in DM/Monat, alte Bundesländer.	292
G 201	Ambulante ärztliche Behandlungsfälle je Mitglied nach Kassenarten, alte Bundesländer	296
G 202	Krankenstand der GKV-Mitglieder nach ausgewählten Kassenarten in %, alte Bundesländer . . .	296
G 203	Durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall bei GKV-Mitgliedern, alte Bundesländer	300
G 205	Krankenhaustage je Krankenhausfall bei Mitgliedern der GKV, ohne Rentner, alte Bundesländer.	300
G 301	Zahl der Krankenkassen am 1. Januar, alte Bundesländer.	310
G 302	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern in Mio. DM, alte Bundesländer	310
G 304	Anteil der Finanzierungsträger an den Ausgaben für Gesundheit in %, alte Bundesländer.	314
G 305	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in Mio. DM, alte Bundesländer	314
G 403	Beitragsfrei in der Familienhilfe Versicherte je 100 Mitglieder (Pflicht- und freiwillige Mitglieder und Rentner) nach ausgewählten Kassenarten, alte Bundesländer	321
G 451	Beitragspflichtige Einnahmen nach Kassenarten, alte Bundesländer	326
G 455	Niedrigster und höchster sowie durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in der GKV, alte Bundesländer	333
G 456	Beitragssatzspannen in % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten am 1.1., alte Bundesländer.	333
G 465	Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten, alte Bundesländer	345
G 467	Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten, alte Bundesländer	345
G 469	Anteile der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %, alte Bundesländer.	348
G 500a	Zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, alte Bundesländer	352
G 500b	Zuwachs an niedergelassenen Ärzten gegenüber dem Vorjahr in %, alte Bundesländer	352
G 502	Zahl der Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit einschl. beteiligter Ärzte, alte Bundesländer.	356
G 503	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der GKV in % der weiblichen Berechtigten, alte Bundesländer	356
G 504	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der männlichen Berechtigten, alte Bundesländer.	359
G 505	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in % der Berechtigten, alte Bundesländer.	359
G 508	Durch den niedergelassenen Arzt veranlaßte Ausgaben, alte Bundesländer	363
G 522	Ärzte nach Funktion in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, alte Bundesländer.	368
G 523	Stationären Einrichtungen nach Art der Einrichtung und Trägerschaft in % im Jahre 1992, alte Bundesländer.	368
G 524	Stationäre Einrichtungen nach Bettenzahl in % im Jahre 1992, alte Bundesländer	373
G 527	Stationär behandelte Kranke, alte Bundesländer	373
G 529	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, alte Bundesländer	382
G 534	Krankenhausinvestitionen der Länder im Jahre 1991, alte Bundesländer.	382
G 540	Zahnärzten je 10.000 Einwohner, alte Bundesländer	388
G 544	Ausgaben der GKV für Zahnersatz, alte Bundesländer	388
G 560	Zahl der Apotheken und Apotheker am 31.12. des jeweiligen Jahres, alte Bundesländer	392
G 561	Umsatz, Verordnungen und Wert pro Fertigarzneimittel, alte Bundesländer	392
G 582	Anteil der Heil- und Hilfsmittel an den GKV-Leistungsausgaben, alte Bundesländer	399
G 603	Anteil der Leistungsausgaben an den Gesamtleistungen der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer	406

Kurzfassung

1. Gesundheitsziele als Voraussetzung einer ergebnisorientierten Gesundheitspolitik

1*. Im ersten Kapitel werden Zielbereiche der gesundheitlichen Versorgung identifiziert. Es wird nach der zuständigen sozialen Einheit (Solidargemeinschaft) gefragt, die den passenden Rahmen zur Verfolgung einer zielorientierten Gesundheitspolitik bietet.

2*. Zuvor wird der Begriff Gesundheit in seinen unterschiedlichen Facetten dargestellt. Diese Art der Annäherung zeigt einerseits, daß das Ideal eines beschwerdefreien Lebens, das sich am normgebenden jugendlichen Erwachsenen orientiert, aufgegeben werden muß zugunsten einer altersgemäß definierten körperlichen und seelischen Funktionalität. Andererseits läßt eine umfassendere Definition von Gesundheit die notwendige Betrachtung von Einflüssen auf den Gesundheitszustand zu, die außerhalb der GKV und des Gesundheitswesens liegen.

3*. Aus den engeren und offeneren Definitionen von Gesundheit ergeben sich Interessen, die von verschiedenen Akteuren auf unterschiedlichen Handlungsebenen verfolgt werden. Zu den Akteuren gehören auf einer individuellen Ebene einzelne Menschen in ihrer Eigenschaft als Nachfrager von Gesundheitsgütern oder als Angehörige medizinischer Berufe. Auf höheren Ebenen befinden sich kollektive Akteure wie Primärgruppen (Familien), Interessengruppen (Selbsthilfevereine, Herstellerverbände), Betriebe, selbstverwaltete Körperschaften (GKV, Berufsgenossenschaften) und staatliche Einheiten der verschiedenen Ebenen (Kommunen, Länder, Bund, Europäische Union). Ein Blick in die Vergangenheit verdeutlicht, daß jenseits von Partikularinteressen auch der Staat ein starkes Interesse an der Einführung und Reglementierung von Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung hatte.

4*. Beispielhaft für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in Deutschland kann die Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« sein. Die Formulierung und Verfolgung von globalen Gesundheitszielen erfordert auch Änderungen in Politikfeldern außerhalb des Gesundheitssektors (z.B. Bildung, Verkehr, Arbeit). Das Gesundheitswesen ist also nur ein (wenn auch der wichtigste) Teilbereich, in dem Gesundheitspolitik wirksam werden soll.

5*. Um die unterschiedlichen Interessen und Akteure zu harmonisieren, damit nicht individuelle Rationalitäten zu kollektiven Irrationalitäten führen, muß in

Deutschland eine gesellschaftliche Zieldiskussion geführt werden. Die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« könnte den institutionellen Rahmen für diese Diskussion darstellen. Da es schwieriger wird, einen Konsens zu finden, je mehr Akteure an einem solchen Prozeß teilnehmen, erscheint die überschaubare Anzahl ihrer Mitglieder als Vorteil. Außerdem erlaubt ihre Zusammensetzung, auch Gesundheitsziele außerhalb des Gesundheitswesens im engeren Sinne zu formulieren. Beispiele für gesellschaftliche Gesundheitsziele könnten z.B. sein:

- Förderung der Gesundheit heranwachsender Generationen,
- Erhaltung der selbständigen Lebensführung (Autarkie) alter Menschen,
- integrative gesundheitliche Betreuung von Zuwanderern,
- Steigerung des individuellen Gesundheitsbewußtseins in der Bevölkerung.

Wenn ein Konsens unter den Mitgliedern der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen über die Gesundheitsziele erreicht ist, kann mit Hilfe der Prinzipien Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität die Zielverfolgung auf eine oder auf mehrere der genannten Handlungsebenen verlegt werden.

6*. Das Prinzip der Subsidiarität besagt, daß größere Sozialgebilde keine Aufgaben an sich ziehen sollen, die kleinere Einheiten mindestens ebensogut erfüllen können, und dafür außerdem nur solche Aufgaben ständig übernehmen, wenn diese auf der niedrigeren Ebene auch auf Dauer nicht erbracht werden können. Die höheren Einheiten müssen aber die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen schaffen, daß dafür die jeweiligen untergeordneten Einheiten in der Lage sind, die ihnen übertragenen Aufgaben zu lösen. Die Realisierung und konkrete Ausgestaltung des Subsidiaritätsprinzips ist davon abhängig, wie sich die materiellen Möglichkeiten der Menschen zur Daseinsvorsorge im Laufe der Zeit ändern. Bei der Frage, welche Teilbereiche der Daseinsvorsorge durch eigenverantwortliche Selbstvorsorge, durch Hilfe zur Selbsthilfe oder durch kollektive Vorsorge von größeren Sozialgebilden (z.B. Solidargemeinschaften) übernommen werden, muß man den Wandel von Art und Umfang der eintretenden Lebensrisiken sowie den wirtschaftlichen und sozialen Strukturwandel berücksichtigen. Das Subsidiaritätsprinzip kann als ein Zuordnungsprinzip verstanden werden, nach dem eine Aufgabe der individuellen Eigenverantwortung oder einer bestimmten Solidargemeinschaft auf einer möglichst unteren Ebene zugewiesen wird (z.B. Familie vor Sozialversicherung und diese vor Staat). Es ist damit ein

Anhaltspunkt, um die Ebene zu finden, die für eine bestimmte Aufgabe ein optimales Verhältnis zwischen wünschenswerter Eigenverantwortung und notwendiger Solidarität darstellt.

Die strategische Bedeutung der Zieldiskussion kann anhand folgender Ziele zusammengefaßt werden:

- Definition von Zielen vorrangig vor Allokation von Mitteln;
- Abstimmung von Verantwortung vorrangig vor Abschiebung von Aufgaben;
- Nachfragebestimmung vorrangig vor Angebotsreduktion (beinhaltet auch: Rationalisierung vor Rationierung).

2. Die finanzielle Situation des Gesundheitswesens

7*. Häufiger Anlaß für die Diskussion einer Reform der GKV ist die Finanzierung der Gesundheitsleistungen, die auf Grund der demographischen Entwicklung, des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts sowie anderer Herausforderungen sichergestellt werden muß. Bevor strukturelle Änderungen des Systems entwickelt werden können, muß Klarheit über die finanzielle Situation des Gesundheitswesens bestehen.

8*. Eine Analyse der finanziellen Situation im Gesundheitswesen muß mit der Frage nach dem Finanzierungsgegenstand beginnen, da dieser nicht eindeutig definiert ist. Betrachtet man den Verlust oder die Beeinträchtigung der Gesundheit als ein Risiko, so läßt sich durch die Unterscheidung in Risikoprävention und Risikoübernahme eine erste begriffliche Annäherung an den Finanzierungsgegenstand erreichen. Demnach kann die Risikovorsorge darauf gerichtet sein, die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens zu verringern (Risikoprävention) oder die Zahlung der Ausgaben im Schadensfall zu garantieren (Risikoübernahme). Darüber hinaus müssen aber auch infrastrukturelle Maßnahmen (z.B. Bau von Krankenhäusern) sowie Ausbildung und Forschung finanziert werden.

9*. In der Abgrenzung des Statistischen Bundesamtes werden neben der GKV als wichtigstem Ausgabenträger die Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber, der öffentlichen und privaten Haushalte, der PKV und anderer Sozialversicherungssysteme berücksichtigt. Bei einer Längsschnittbetrachtung der gesamten Gesundheitsausgaben seit 1970 fällt vor allem der Anstieg des GKV-Anteils auf. Dieser ist auf die Ausweitung des versicherten Personenkreises und des Leistungskataloges der GKV zurückzuführen in Verbindung mit der überdurchschnittlichen Wachstumsdynamik, die dem personalintensiven Gesundheitswesen inhärent ist, und den strukturellen Gegebenheiten des Systems.

10*. Bei der Beurteilung der Ausgaben für Gesundheit wird oft auf internationale Vergleiche zurückgegriffen. Bei aller Skepsis, die hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Daten angebracht ist, läßt sich feststellen, daß die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern weder überdurchschnittlich hoch sind, noch explosionsartig wachsen.

11*. Die Betrachtung der Ausgaben der GKV muß berücksichtigen, daß es auch finanzielle Beziehungen der GKV mit anderen Sozialversicherungsträgern, besonders der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung sowie dem Bund gibt. Eine Analyse dieser finanziellen Verwobenheit macht Belastungsverschiebungen erkennbar, die bei der zukünftigen Gesundheitspolitik mitbedacht werden müssen.

12*. Bei der Längsschnittbetrachtung der Ausgaben der GKV seit 1970 wird deutlich, daß die Kostendämpfungsgesetzgebung in den 70er und 80er Jahren zwar zu einem zeitweiligen Absinken des Ausgabenwachstums führte, die strukturellen Ursachen jedoch nicht erfaßte. Die zweistelligen Zuwachsraten der Ausgaben der GKV bis Mitte der 70er Jahre wurden zwar stark zurückgeführt, aber es gelang nicht, von wenigen Jahren abgesehen, die Ausgabensteigerungen an die Steigerung der Grundlohnsumme bzw. beitragspflichtigen Einnahmen anzupassen. Wenn Finanzierungslücken nicht durch steigende Beitragssätze und Kürzungen des Leistungskataloges bewältigt werden sollen, macht dies weitere und über das Gesundheitsstrukturgesetz hinausreichende Strukturveränderungen notwendig.

13*. Eine Betrachtung der Ausgabenentwicklung muß die Dynamik in den einzelnen Leistungsbereichen berücksichtigen. Die letzten 22 Jahre zeigten stark unterschiedliche Wachstumsraten in den verschiedenen Sektoren, wobei aber die absolute Ausgabenhöhe nicht außer acht gelassen werden darf. So weist der Bereich der Heil- und Hilfsmittel wie auch der des Zahnersatzes zwar die höchsten Zuwachsraten auf, der niedrige Anteil dieser beiden Bereiche an den Gesamtausgaben bewirkt jedoch nur einen eher geringen Einfluß auf die finanzielle Gesamtsituation der GKV.

Die sektorspezifische Betrachtung der GKV-Ausgaben ermöglicht es, das medizinische Leistungsgeschehen genauer zu analysieren und damit die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in den Vordergrund zu stellen. Reformen wären dann vor allem dort am sinnvollsten, wo steigende Ausgaben zu steigenden Beitragssätzen, nicht aber zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung führen.

14*. Das Problem steigender Beitragssätze war in der ersten Hälfte der 70er Jahre besonders akut. Doch haben bei nur mäßig gestiegenen Beitragssätzen um rund zwei Prozentpunkte seit 1976 Strukturverschiebungen der Ausgabenanteile der Leistungsbereiche sowie darüber hinaus Leistungsausweitungen und Leistungsausgren-

zungen aufgrund von Kostendämpfungsmaßnahmen stattgefunden. Die Bindungswirkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität als Grundlage einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der GKV ist durch die im Gesundheitsstrukturgesetz bis 1995 festgeschriebene Budgetierung der meisten Leistungsbereiche wesentlich verstärkt worden.

Die stattgefundenen Leistungsausgrenzungen und -ausweitungen sowie die Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen mindern die Aussagefähigkeit der Beitragssätze als Indikator der tatsächlichen Belastung der Beitragszahler im Zeitablauf. Die Ermittlung eines um diese Einflüsse bereinigten Beitragssatzes steht noch aus. Durch den kassenartenübergreifenden Finanzausgleich werden sich noch weitere Probleme für den intertemporalen Vergleich der Beitragssätze ergeben.

15*. Die sektorale Betrachtung und die differenzierte Untersuchung des Leistungsgeschehens in der GKV (z.B. bei Heil- und Hilfsmitteln oder nach Facharztgruppen) erhöhen die Transparenz der Mittelverwendung. Diese fiskalische Betrachtung muß aber durch eine Betrachtung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung ergänzt werden. Eine stärkere Ziel- und Ergebnisorientierung anstelle einer Ausgaben- und Einnahmenbetrachtung würde es erlauben, Wirtschaftlichkeitsreserven und Steuerungsdefizite in einzelnen Bereichen offenzulegen.

3. Beitragssatzstabilität und einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

16*. Eine Besonderheit der deutschen Gesundheitspolitik besteht in der Art der Ausgabendämpfung. Die seit 1977 durch immer neue Interventionen entwickelte einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ist in den §§ 141 Abs. 2 und 71 des SGB V verankert worden. Eine ungebremste Ausgabenentwicklung ist damit gestoppt worden. Im Sinne einer politischen Vorgabe kann die Beitragssatzstabilität auch als Orientierungsdatum angesehen werden, das einen Einfluß auf die praktizierte Medizin ausüben soll.

17*. Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik kann im Kontext einer automatischen Stabilisierung der Finanzlage der GKV betrachtet werden. Sie stellt eine Art »Regelbindung« dar, die häufige Beitragssatzveränderungen und damit Unsicherheiten in der zu erwartenden Entwicklung der Lohnnebenkosten verhindert. Abweichungen von einem wünschenswerten Zustand (Beitragssatzsoll) bewirken »automatisch« bestimmte Eingriffe, die die Erreichung der Beitragssatzstabilität sicherstellen. Ist- und Sollwert müßten automatisch und nicht diskretionär, d.h. von Fall zu Fall durch die Politiker bzw. die Exekutive, zur Deckung gebracht werden.

18*. Eine optimale Gesundheitsquote im Sinne eines bestimmten Prozentsatzes der Ausgaben am Sozialprodukt ist praktisch nicht ableitbar. Hinzu kommt, daß die Beitragssätze zu einem bestimmten Zeitpunkt, also auf einem zufälligen Niveau ohne Berücksichtigung der Präferenzen der Versicherten, festgehalten werden. Ob ein niedrigeres oder höheres Beitragssatzniveau nicht vorteilhafter wäre, vermag niemand zu sagen. Auch die gesundheitspolitisch wichtige Gegenüberstellung des Pro und Contra der Ausgabendämpfung hilft nur bedingt, das derzeitige Belastungs- und Leistungsniveau zu bestimmen und zu beurteilen.

19*. Folgende Argumente lassen sich für die Beibehaltung der Beitragssatzstabilität vorbringen:

- die Begrenzung der Lohnnebenkosten,
- die Sicherung des Rentenniveaus (nettolohnbezogene Rente),
- der große Entscheidungsspielraum der Ärzte,
- noch immer vorhandene Effizienzreserven,
- zu hohe Krankenversicherungsbeiträge und ihre Wirkungen auf den Standort Deutschland und die Schattenwirtschaft.

20*. Diesen Gründen lassen sich folgende Argumente entgegenhalten:

- das Gesundheitswesen ist eine personalintensive Dienstleistungsbranche,
- das Gesundheitswesen ist eine vergleichsweise umweltfreundliche Wachstumsbranche,
- die Festschreibung von Beitragssätzen führt zu einer zunehmenden Regulierung und bürokratischen Kontrolle,
- die Beitragssatzstabilität führt tendenziell zu einer Rationierung.

21*. Beitragssatzstabilität als Zielvorstellung ist nicht ohne methodische und konzeptionelle Probleme. Daher wurde sie vom Rat stets als eine Art Zwischenlösung angesehen, die der Politik die Zeit gibt, bessere Anreizinstrumente zu entwickeln, um eine sowohl bedarfsgerechte als auch kostengünstige Versorgung auf mittlere und lange Sicht sicherzustellen. Solange ein ausgearbeitetes Konzept zur Ablösung der Beitragssatzstabilität noch nicht vorliegt und eine Ausgabenbegrenzung weiterhin notwendig ist, sollte nicht darauf verzichtet werden, Modelle zu entwickeln, die zu einer größeren Selbststeuerungsfähigkeit führen und die zunehmende Quotierung der Gesamtausgaben und ihrer einzelnen Blöcke sowie die wachsenden Vorschriften und Kontrollen deutlich reduzieren.

4. Der Einfluß der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Finanzlage der GKV

Aspekte der Gesundheitsversorgung in den neuen Ländern und Berlin-Ost

22*. Der Sachstandsbericht greift nur einige Aspekte der Gesundheitsversorgung in den neuen Ländern und Berlin-Ost heraus; diese Begrenzung war möglich, weil die Umstrukturierung der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung ganz überwiegend als positiv eingeschätzt wird und der Rat sich in den Jahresgutachten 1991 und 1992 ausführlich mit den Besonderheiten der neuen Länder beschäftigt hat.

23*. Nach vorliegenden Bevölkerungsvorausschätzungen ist in den neuen Ländern mit einer ständigen Abnahme der Bevölkerung zu rechnen. Allerdings wird geschätzt, daß der Altenquotient (60jährige und ältere je einhundert 20- bis unter 60jährige) unter jenem in den alten Bundesländern bleiben wird. Sollte die Lebenserwartung schneller auf das Niveau im Westen Deutschlands steigen und/oder die Nettoreproduktionsrate längere Zeit auf einem niedrigeren Niveau bleiben, würde der Altenquotient im Osten steigen.

24*. Ein globaler Niveauunterschied läßt sich beim Gesundheitszustand zwischen dem Westen und dem Osten Deutschlands nicht feststellen. Problembereiche im Osten waren

- ungewollte Schwangerschaften von Minderjährigen,
- Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen,
- Gebärmutterhalskrebs und
- Bluthochdruck.

Eine vergleichsweise günstige Stellung hatte der Osten Deutschlands

- beim Konsum illegaler Drogen,
- bei AIDS,
- bei verkehrsbedingten Unfallverletzungen,
- bei den Durchimpfungsraten gegen Infektionskrankheiten von Kindern und
- bei der Prophylaxe von Zahnkaries.

Diese Vorsprünge sollten, sofern noch vorhanden, abgesichert werden.

Das mittlere Sterbealter im Osten Deutschlands lag noch im Jahre 1989 insgesamt und bei einer Reihe von Krankheiten deutlich niedriger als im Westen. Dies könnte auf ein weniger gutes gesundheitliches Versorgungssystem zurückzuführen sein.

25*. Die Umstrukturierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in die vom Einigungsvertrag vorgegebene Richtung kann als weitgehend abgeschlossen angesehen werden. Auch Länder und Regionen, in denen die Poli-

kliniken und die Fachambulanzen im Sinne des § 311 Abs. 2 SGB V eine bedeutendere Rolle spielen (Brandenburg, Ost-Berlin), bilden dabei keine Ausnahme. Der Anteil der in diesen Einrichtungen beschäftigten Ärzte liegt insgesamt bei unter 10 % der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte.

26*. Praxisgründer im Osten wendeten 1991 und 1992 nur ca. 60 % (119.000 DM) dessen auf, was ein westlicher Praxisgründer (200.000 DM) aufgewendet hat. Folgen für die Behandlungsmöglichkeiten, die Leistungsstruktur (relativ weniger technische Leistungen), die Rentabilität der Praxen und die Diffusion neuer Methoden in die ambulante Behandlung müssen beachtet werden. Einiges, was im Westen ambulant geleistet wird, kann im Osten zur Zeit nur schwerpunktmäßig und/oder stationär durchgeführt werden. Eine vergleichsweise höhere Auslastung von Medizintechnik je Behandlungseinheit (Schwerpunktpraxis, Krankenhaus) läßt andererseits ein relativ höheres Niveau der Qualitätssicherung erwarten. Von daher sind neue Kooperationsformen, wie sie auch von der Ärzteschaft im ambulanten und stationären Bereich sowie zwischen beiden Bereichen für notwendig gehalten werden, auch im Osten wieder angezeigt.

Die Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs durch die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie das ambulante Operieren trifft in den neuen Ländern auf Strukturen, die personell und sachlich diesen integrativen und kooperativen Ansätzen besser entsprechen als in den alten Bundesländern. Diese Strukturen gilt es auch durch flexible Finanzierungsregelungen zu fördern.

27*. Die Zahl der Krankenhäuser ist gesunken. Die Zahl der Betten sowohl absolut als auch pro Kopf ist ebenfalls rückläufig. Die Größe der Krankenhäuser hat sich auf Häuser zwischen 100 und 500 Betten konzentriert. Freigemeinnützige und private Trägerschaften haben deutlich zugenommen, öffentliche abgenommen. Stark gestiegen ist die Zahl der Großgeräte, z.T. schon auf westliches Niveau.

28*. Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens im Osten Deutschlands ist weitgehend abgeschlossen. Die Tatsache, daß der Umstellungsprozeß so schnell abgelaufen ist, führt zu der begründeten Erwartung, daß die Umsetzung der eingeleiteten Reformschritte durch das GSG sowie weitere auf der Grundlage dieses Gutachtens zu formulierende und durchzusetzende Reformen, insbesondere auch in Hinsicht auf eine stärkere wettbewerbliche Selbstregulierung des Gesundheitswesens, keine unüberwindbaren Probleme und Schwierigkeiten mit sich bringen werden. Die weitere schnelle Anpassung der Lebensbedingungen im Osten Deutschlands an westliches Niveau und der Abbau noch vorhandener Defizite sind dabei wichtige Voraussetzungen.

Zum Einfluß der demographischen Entwicklung auf die GKV-Ausgaben

29*. Infolge unterschiedlicher geschlechts- und altersspezifischer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängen die Gesundheitsausgaben nicht nur von der absoluten Bevölkerungszahl, sondern auch von der Bevölkerungsstruktur ab. Da ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren häufiger an einer oder an mehreren Krankheiten leiden, steigen demographisch bedingt die Gesundheitsausgaben pro Kopf in einer Gesellschaft mit einer relativen Zunahme älterer Menschen. Dabei determinieren die Sterbeziffer, die Geburtenziffer und der Saldo der Wanderungen den Umfang und die Struktur der Bevölkerung.

30*. Einen ersten Einblick in die demographisch bedingten Veränderungen von Umfang und Struktur der Gesundheitsausgaben gewährt eine Analyse jener Auswirkungen, die im Zeitraum von 1970 bis 1992 von der Rentnerquote auf die GKV-Ausgaben ausgingen. Obgleich die Rentnerquote, d. h. der Anteil von Rentnern an der Gesamtzahl der Mitglieder in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, nur mit erheblichen Einschränkungen als demographischer Indikator gelten kann, zeigt eine Aufspaltung der GKV-Behandlungsausgaben nach Mitgliedern und Rentnern, daß demographische Veränderungen – wenn auch in Kombination mit anderen Einflußgrößen – deutlich auf Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben einwirkten. So stiegen zwischen 1970 und 1992 die Ausgaben für Rentner mit 962,0 % mehr als doppelt so stark an wie jene für Mitglieder, die eine Steigerung von 464,2 % aufwiesen. Die Rentner verursachten 1992 pro Haushalt mit 1.304 DM wesentlich mehr Arzneimittel ausgaben als Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte (919 DM), wohingegen es sich bei den Mitgliedern genau umgekehrt verhielt.

31*. Eine Strukturbereinigung der GKV-Ausgabenentwicklung um den Einfluß der Behandlungsausgaben für Rentner macht deutlich, daß die Aufwendungen für Rentner vor allem die Ausgabenanteile für die stationäre Behandlung sowie für Heil- und Hilfsmittel erhöhten, erstere um fast acht Prozentpunkte. Dagegen fallen die Bereinigungseffekte bei der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sowie beim Zahnersatz kaum und bei den Arzneimittelausgaben um nur einen Prozentpunkt ins Gewicht, d. h. geringer als erwartet. Eine getrennte Strukturbereinigung nach Rentnerzahl und Behandlungs- bzw. Ausgabenintensität zeigt, daß bei der stationären Behandlung sowie bei den Heil- und Hilfsmitteln vor allem die Zunahme der Ausgabenintensität der Behandlung von Rentnern und weniger die gestiegene Rentnerzahl den Anstieg der Ausgabenanteile verursachte. Demgegenüber führte bei der Behandlung durch Ärzte und bei den Arzneimitteln vor allem das Wachstum der Rentnerzahl zu einer, wenn auch nur geringfügigen, Zunahme der Ausgabenanteile.

32*. Die Status quo Prognose auf der Basis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung und unter Einbeziehung des GKV-Arzneimittelindex über die altersabhängige Inanspruchnahme von Medikamenten erlaubt eine Prognose des rein demographisch bedingten Wachstums der Arzneimittelausgaben im Beobachtungszeitraum. Diese Schätzung der rein demographisch bedingten Effekte auf den Arzneimittelverbrauch geht davon aus, daß die altersgruppenspezifische Inanspruchnahme von GKV-Arzneimitteln nach Tagesdosen des Jahres 1991 im gesamten Prognosezeitraum, d. h. von 1991 bis 2030, konstant bleibt. Auf der Grundlage dieser Annahmen beträgt der prognostizierte Zuwachs der demographisch bedingten Arzneimittelausgaben bis zum Jahre 2000 7,8 % und bis zum Jahr 2030 15,7 %. Infolge der vom Jahre 1998 an sinkenden Bevölkerungszahl liegt die Steigerungsrate der pro Kopf-Arzneimittelausgaben bis zum Jahre 2000 mit 5,7 % etwas niedriger und bis zum Jahre 2030 mit 31,8 % deutlich höher.

33*. Eine alternative Schätzung des demographisch bedingten Arzneimittelausgabenanstiegs auf der Grundlage von Ausgabenprofilen des Jahres 1991 nach Alter und Geschlecht bestätigt mit Steigerungsraten von 8,0 % bis zum Jahre 2000 und 14,9 % bis zum Jahre 2030 diese Ergebnisse. Die entsprechenden Wachstumsraten je Versicherten liegen bis 2000 bei 5,9 % und bis 2030 bei 30,9 %. Wie die Strukturbereinigung um die Ausgabeneffekte der Rentnerquote bereits andeutete, fallen die demographisch bedingten Ausgabensteigerungen im Bereich der ambulanten Behandlung deutlich niedriger aus und erreichen bis zum Jahre 2000 bei den Gesamtausgaben 5 % und bei den Aufwendungen pro Versicherten 2,9 %. Bis zum Jahre 2030 steigen die demographisch bedingten ambulanten Ausgaben je Versicherten zwar um 13,9 % an, die entsprechenden Gesamtausgaben sinken infolge des Bevölkerungsrückganges aber auf das Ausgangsniveau von 1991 ab. Die demographisch bedingten Ausgabensteigerungen übertreffen bei der stationären Behandlung zwar jene im ambulanten Sektor, bleiben aber etwas hinter den Effekten auf die Arzneimittel zurück. Die stationären GKV-Ausgaben nehmen demographisch bedingt bis zum Jahre 2000 um 6,8 % und bis zum Jahre 2030 um 10,0 % zu; die entsprechenden Steigerungsraten der pro Kopf-Aufwendungen belaufen sich auf 4,7 % und 25,3 %.

Die Entwicklung der Einnahmen der GKV bei unterschiedlichen Annahmen über die wirtschaftliche Entwicklung

34*. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen wird in erster Linie durch die Bruttolohn- und -gehaltssumme und damit die Lohn- und Gehaltsentwicklung bestimmt. Die demographische Entwicklung sowie die Entwicklung der Erwerbsquote hat maßgeblichen Einfluß auf die Zahl der Mitglieder der GKV. Außerdem ist die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen abhängig

von der Struktur der Versicherten. Darüber hinaus beeinflussen neben der Einkommensentwicklung der Mitglieder der GKV insbesondere die Entwicklung der Zahl der Sozialhilfeempfänger, der Langzeitarbeitslosen und der sozialversicherungsfrei Beschäftigten, aber auch das Rentenniveau die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV.

35*. Die vorgestellten Berechnungen der Einnahmesituation der GKV bis zum Jahre 2007 sollen zunächst nur die methodische Vorgehensweise verdeutlichen. Für die Berechnung der bislang ermittelten Ergebnisse wurden die Daten des Rentenversicherungsberichts 1993 zugrunde gelegt, die von vereinfachenden Annahmen ausgehen. Wenn sich diese Annahmen in den drei Szenarien innerhalb des Spektrums der wahrscheinlich eintretenden Bevölkerungs- und Beschäftigungsentwicklung sowie der Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme bis zum Jahre 2007 bewegen, kann davon ausgegangen werden, daß die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den alten Bundesländern in einer Bandbreite zwischen 53 % und 96 % und in den neuen Bundesländern zwischen 115 % und 176 % steigen werden.

Um zu einer besser abgesicherten Vorausschätzung der Einnahmentwicklung in der GKV zu kommen, sollten in einer Modellberechnung für den Endbericht des Sondergutachtens diese Annahmen verfeinert werden.

36*. Wie sich die oben abgeleiteten Ergebnisse der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den nächsten 15 Jahren auf den künftigen Beitragssatz auswirken, hängt von den zu erwartenden Ausgaben in diesem Zeitraum ab. Nur wenn die Ausgaben der GKV zwischen 1993 und 2007 nicht stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen, kann davon ausgegangen werden, daß unter sonst gleichen Bedingungen Beitragssatzstabilität gewährleistet ist. Allerdings ist eine konkrete Aussage über die wahrscheinliche Entwicklung des Beitragssatzes in der GKV wegen der dargestellten, vereinfachenden Annahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

37*. Zwischen 1978 und 1992 nahmen die gesamten Leistungsausgaben der GKV um 135 % zu. In diesen 15 Jahren wurde versucht, die Ausgabenentwicklung in der GKV durch zahlreiche Kostendämpfungsmaßnahmen zu bremsen. Geht man davon aus, daß die Leistungsausgaben der GKV bis zum Jahre 2007 in ähnlichem Umfang steigen wie in den letzten 15 Jahren, dann dürfte der gegenwärtige Beitragssatz der GKV nicht zur Deckung der Ausgaben ausreichen. Das in den nächsten 15 Jahren ausschließlich durch die demographische Entwicklung bedingte Wachstum der Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen der GKV von geschätzten 5 % – 11 % würde bei einem Anstieg der Gesamtausgaben um 135 % nicht ins Gewicht fallen. Erst wenn es gelänge, die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der Ausgaben der GKV von 6 % in den vergangenen 15 Jahren durch anhaltend wirksame strukturelle Maßnahmen

auf zukünftig unter 5 % zu senken, könnte man – unter sonst gleichen Bedingungen – mit stabilen Beitragssätzen in der GKV auch in den nächsten 15 Jahren rechnen.

5. Medizinische Orientierung und Handlungsbedarf

Gesundheitsförderung und Prävention

38*. Gesundheitsförderung zielt auf die Verbesserung der Gesundheit; Prävention soll Krankheiten oder deren Verschlimmerung verhindern. Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollen folgende Kriterien erfüllen:

- die zu vermeidende Gesundheitsstörung muß in einer auf die Bevölkerungsgruppen und die Fragestellung bezogenen angemessenen Häufigkeit vorliegen,
- die zu vermeidende Gesundheitsstörung muß medizinisch relevant sein,
- die zu vermeidende Gesundheitsstörung soll volkswirtschaftlich bedeutsam sein,
- die Aufwendungen für die vorgesehenen Maßnahmen müssen angemessen sein,
- sie dürfen kein unvertretbares Risiko mit sich bringen,
- sie sind regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und
- sie müssen der Krankheit zuverlässig vorbeugen können.

Pluralität der für die Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlichen Träger ist erforderlich, auch wenn die Selbstverantwortung des einzelnen zum Tragen kommt. Anreizsysteme zur Förderung des Engagements für Gesundheitsförderung und Prävention sind zu entwickeln.

39*. Der Rat kann die Liste der Präventionsmaßnahmen weder vollständig vorlegen noch im Sinne der genannten Kriterien selbst evaluieren. Dieser Aufgabe sollte sich die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften unterziehen (eine Umfrage bei den Mitgliedsgesellschaften der AWMF ist initiiert, und Ergebnisse werden für das Sondergutachten 1994 erwartet). Die von den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften empfohlenen Präventionsmaßnahmen müssen wissenschaftlich, praktisch-medizinisch (Ärztammer, KV'en) und gesundheitsökonomisch (Kassen) beurteilt werden, bevor über ihren Einsatz entschieden wird.

40*. Angesichts des Nutzens der Maßnahmen, die die genannten Kriterien tatsächlich erfüllen, empfiehlt der Rat ein vermehrtes Engagement aller Beteiligten. Prophylaktische Maßnahmen müssen nicht nur von Ärzten, sondern auch von Angehörigen zahlreicher anderer Berufsgruppen und Einrichtungen bewertet und im Kon-

sens getragen werden (Ernährungswissenschaftler, Verbraucherberater, Psychologen, Pädagogen, Gesundheitsökonom etc.). Das Beispiel der Jod-Prophylaxe konkretisiert die vorliegende Aufgabe; eine systematische Evaluation und Priorisierung der möglichen präventiven Maßnahmen werden gefordert.

Qualitätssicherung von Diagnose und Therapie

41*. Die Qualitätssicherung von Diagnose und Therapie hat das Ziel, dem Kranken das medizinisch Notwendige optimal zuteil werden zu lassen und die Vermeidung von Unnötigem und Unwirksamem durchzusetzen. Dabei sind wissenschaftlich begründete Verfahren unter Anwendung wirtschaftlicher Kriterien einzusetzen.

42*. Wissenschaft und korporative Organisationen der Ärzte und Kostenträger werden aufgefordert, die Konsensusbildung über diagnostische und therapeutische Standards, wo immer dies möglich ist, zu fördern.

Der Rat hat sich an die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) gewandt und um Empfehlungen gebeten bezüglich

- präventiver Maßnahmen,
- diagnostischer Konsensus-Richtlinien,
- standardisierter therapeutischer Verfahren,
- gesicherter epidemiologischer Informationen,
- heute noch regelmäßig praktizierter Verfahren der Diagnostik und Therapie, die aus heutiger wissenschaftlicher Sicht obsolet sind.

Die in Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen der Ärzte erfolgende Konsensusbildung kann der Qualitätssicherung zugrunde gelegt werden und auch der Entwicklung von Leistungskatalogen der Kostenträger dienen. Unter anderem wird am Beispiel der Empfehlungen zur endokrinologischen Diagnostik die vorliegende Aufgabe konkretisiert. Perspektivisch ergibt das Produkt von diagnostischen und therapeutischen Standards mit epidemiologischen Daten das Soll des medizinisch Notwendigen, welches dazu beitragen kann, den obligatorischen Kern von Leistungskatalogen zu definieren.

Diagnosedokumentation und Leistungstransparenz

43*. Voraussetzung für eine Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens in ambulanter und stationärer Krankenversorgung ist ein Diagnose- und Dokumentationssystem, welches dem Ziel der betriebswirtschaftlichen Kostenanalyse und -steuerung dient und zugleich dem Arzt bei seiner durch Qualitätssicherung optimierten Krankenversorgung hilft.

44*. Nur auf der Basis einer verbesserten Diagnosedokumentation und seiner Umsetzung in Klinik und Praxis sind medizinisch begründete Diagnose- und Therapie-

standards als Voraussetzung für Qualitätssicherung auch evaluierbar. Hieraus ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf, der besondere Anforderungen an ein Dokumentationssystem stellt. Dies sind:

- die genaue Identifikation der Leistungs- bzw. Ausgabenschwerpunkte im Gesundheitswesen,
- die innerbetriebliche Leistungstransparenz und Leistungssteuerung (*controlling*),
- zwischenbetriebliche Leistungsvergleiche,
- eine verbesserte Transparenz der Indikationsstellung,
- eine Standardisierung der Diagnose- und Therapieverfahren sowie die Qualitätssicherung,
- die indikationsbezogene Abgrenzung von Leistungskatalogen,
- eine leistungsgerechte, indikationsbezogene Vergütung,
- die Bildung von homogenen Fallgruppen und Leistungskomplexen (z.B. Sonderentgelte) zum Zwecke der Vergütung.

Die Bundesrepublik sollte die internationalen Bemühungen um ein diesem Zweck dienendes Diagnosedokumentationssystem unterstützen.

45*. Die diagnosebezogene Leistungsbilanz, die als Schlüsselkriterien Behandlungsverfahren und Behandlungskontext in die Diagnosestatistik einbeziehen sollte, muß der Entwicklung von Leistungskatalogen und der Weiterentwicklung der Vergütungsverfahren (Fallpauschalen u.a.) dienen. EDV-Systeme, Software, statistische Auswertung und wissenschaftliche Begleitforschung sind dringende Handlungsfelder im Sinne der Einführung eines »*controlling*« des ärztlichen Handelns.

Ausbildung der Mediziner, Arztzahlentwicklung und Niederlassungsfreiheit

46*. Reformvorschläge für die Mediziner Ausbildung liegen vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, von der Sachverständigengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit und vom Wissenschaftsrat vor. Eine Stellungnahme des Medizinischen Fakultätentages steht noch aus. Der Rat hält die Überarbeitung der Approbationsordnung unter Einbeziehung der Verantwortlichen für dringlich.

47*. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der berufstätigen Ärzte (Stichtag 31.12.1992) um 3,1 % auf 251.877 Ärzte, in den alten Bundesländern mit 3,6 % stärker als in den neuen (1 %). Eine optimale Anzahl von Ärzten für Deutschland ist wissenschaftlich nicht präzise zu definieren. Wenn der Zuwachs der Arztzahlen aus politischen oder anderen Gründen begrenzt werden soll, sollte vorzugsweise bei der Zulassung zum Studium und bei den Examenanforderungen angesetzt werden. Die Nachteile einer de facto Niederlassungssperre für weitergebildete Ärzte werden dargestellt.

Ambulante Versorgung in Praxis und Klinik

48* Die Analyse der Tätigkeit eines niedergelassenen Landarztes und der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt leitet über zu einer Diskussion der stärkeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Die Darstellungen sollen die Diskussion um die Versorgungsstrukturen der Zukunft stärker an arbeitsteiligen und qualitätssichernden Leitlinien orientieren. Verteilungspolitische Überlegungen sollen dahinter zurückschreiten. Die Leistungsfähigkeit der gewachsenen Strukturen und ihre Anpassungsfähigkeit an die Anforderungen sich ändernder medizinischer und ökonomischer Bedingungen sollen diskutiert werden.

49* Die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor führt zu vermeidbaren Effektivitäts- und Effizienzverlusten. Hier liegt ein Handlungsfeld, das auch unter Berücksichtigung einer stärkeren personellen Verzahnung noch weiter optimiert werden kann. Als Beispiel für eine mögliche engere Verzahnung vor- und nachstationärer Behandlung wird auf das ambulante Operieren Bezug genommen. Zukünftig wird eine wichtige Aufgabe auch darin bestehen, die Entgeltsysteme für ambulantes Operieren und die Fallpauschalen zu harmonisieren. Die Entgeltsysteme für die vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlung müssen ebenfalls aufeinander abgestimmt werden, um unerwünschte Lenkungswirkungen zu vermeiden. Hierfür könnten anstelle von Pflegesätzen pauschalierte Entgelte vereinbart werden, wie dies auch in der Vergangenheit zum Teil schon geschehen ist.

50* Wie ganz generell für die Honorierung ärztlicher Tätigkeiten kann auch für die Vergütung der mit Hilfe von Großgeräten und anderen technikintensiven Einrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen der Grundsatz gelten, daß diese unabhängig vom Ort der Leistungserstellung unterschiedslos honoriert werden. Nur dann ist zu erwarten, daß pretiale Lenkungsmechanismen zur Herausbildung effizienter Versorgungsstrukturen führen.

51* Der Rat hat bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitere Problemkreise der medizinischen Orientierung noch nicht bearbeitet. Die nachfolgenden Probleme sollen aller Voraussicht nach später behandelt werden:

- Forschungsförderung und -finanzierung.
- Perspektiven der wissenschaftlich-technologischen Entwicklung und Fortschrittsfolgekosten.
- Weiterentwicklung der Gebührenordnung und der Honorarverträge.
- die Entwicklung auf dem Arzneimittelmarkt.
- ärztliche Fort- und Weiterbildung,
- zunehmendes Alter der Patienten und ihre geriatrische/gerontologische Versorgung.

6. Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung

52* Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung kann man sich folgendes fragen:

- Gibt es Leistungen, die nicht solidarisch finanziert werden müssen, weil der einzelne sie eigenverantwortlich übernehmen kann?
- Sind alle derzeit erbrachten Leistungen notwendig, ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und finanzierbar?
- Berücksichtigt der Leistungskatalog unterschiedliche Präferenzen der Versicherten?

53* Ähnliche Fragen werden auch bei entsprechenden Reformdiskussionen im Ausland, so z.B. in den Niederlanden und im US-Bundesstaat Oregon, gestellt. Als Zwischenergebnisse können festgehalten werden, daß

- in den Niederlanden empfohlen wird, bestimmte Leistungen aus der sozialen Krankenversicherung auszugrenzen,
- im US-Staat Oregon eine Rangordnung von Behandlungskategorien aufgestellt wurde, aufgrund derer eine ungefähre Abgrenzung in Grundversorgung und nicht notwendige Zusatzversorgung umgesetzt wurde.

54* Der Rat ist der Auffassung, daß Kappungen von Teilen des gesetzlich verankerten Leistungskatalogs der GKV nur unter Beachtung der Maxime »Rationalisierung vor Rationierung« vertretbar sind. Überall, wo Verbesserungen der Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung innerhalb des gegebenen Mittelrahmens möglich erscheinen, haben entsprechende Maßnahmen Priorität vor Überlegungen zur Kürzung des Leistungskatalogs.

55* Will man Antworten auf die oben gestellten Fragen geben, müssen medizinische, ökonomische und sozialpolitische Beurteilungskriterien gefunden werden, durch die die Gesundheitsleistungen kategorisiert werden können. Als medizinische Kriterien können z.B. der Grad der Abwendung von Lebensgefahr sowie der Verbesserung von Lebensqualität durch eine Behandlung genannt werden. Wichtige ökonomische Kriterien sind die Kostenwirksamkeit, die Versicherbarkeit und die Preiselastizität einer Behandlung. Ferner können als ökonomische Kriterien gelten, ob die Ursache für eine Behandlung eigenem Einfluß unterliegt und ob sie ein finanzielles Großrisiko darstellt. Sozialpolitische Kriterien zur Bestimmung eines Leistungskatalogs ergeben sich z.B. bei Härtefällen und wirtschaftlicher Überforderung.

56* Vor dem Hintergrund der oben genannten Kriterien hat der Rat vier Optionen entwickelt, den Leistungs-

katalog der Krankenversicherung – falls notwendig – neu zu strukturieren. Diese vier Optionen stellt der Rat zur Diskussion, wohlwissend, daß eine Ausgestaltung auf viele bislang noch nicht diskutierte Hindernisse stossen wird.

57*. Optionsmodell I sieht eine Ausgliederung bzw. Verlagerung von Leistungen der GKV vor. Grundgedanke dieser Option ist es, daß der Leistungskatalog der GKV Leistungen enthält, die – legt man die folgenden Kriterien zugrunde – nicht oder nicht ohne weiteres zum Leistungsumfang einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören müssen:

- die Versicherbarkeit; versicherungsuntypische Leistungen sind herauszunehmen,
- die verursachungsgerechte Zurechenbarkeit; ist die Ursache individuell vermeidbar, sind die Gesundheitsfolgen auch vom einzelnen zu verantworten,
- die Preiselastizität; deutlich preiselastisch sind Leistungen, bei denen der Patient Leistung und Preis vergleichen kann und teuren Leistungen ausweichen kann.

58*. Optionsmodell II geht von einer Zweiteilung der Gesundheitsleistungen in Kern- und Zuwahlleistungen aus. Leitidee dieses Modells ist es, daß mit Hilfe von medizinischen und ökonomischen Kriterien ein Kern von Leistungen definiert wird, der für alle Versicherten solidarisch abgesichert werden muß. Über die Kernleistungen hinaus kann jeder einzelne eigenverantwortlich seinen Versicherungsschutz durch Zuwahl erweitern. Dieses Modell steht und fällt damit, ob und inwieweit sich Kernleistungen definieren und umsetzen lassen. Je enger der Kern bestimmt wird, umso mehr wird die Eigenverantwortung erhöht und umgekehrt. Zu den Kernleistungen werden sicherlich solche medizinischen Leistungen zählen, die in Notfallsituationen, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und zur Abwehr einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität erforderlich sind.

Verknüpft man diese medizinischen Kriterien mit ökonomischen Kriterien, wie der Höhe des Schadensrisikos, der Kostenwirksamkeit der Behandlung und der Preiselastizität, so kann – zumindest für Teilbereiche, wie für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und zahnärztliche Versorgung – die Festlegung von Kern- und Zuwahlleistungen gelingen. Strikte medizinische Rahmenbedingung ist, daß die medizinische Indikationsstellung jeweils gegeben ist und kontrolliert werden kann. Zusätzlich müssen die sozialpolitischen Kriterien des Nichtausschlusses und der Nichtüberforderung von einkommensschwachen Haushalten eingehalten werden. Das Modell II macht mehr als die anderen Modelle deutlich, daß eine Neustrukturierung des Leistungskatalogs stets ein Balanceakt zwischen wünschenswerter ökonomischer Differenzierung und zu vermeidender sozialer Diskriminierung ist.

59*. Optionsmodell III sieht eine freiwillige Abwahl von solidarisch finanzierten Krankenversicherungsleistungen vor. Bildlich gesprochen kann jeder Versicherte nach individuellen Vorstellungen aus dem Leistungskatalog Bereiche abwählen und den Rest als zusätzliche Kernleistung bestimmen. Damit sich der einzelne nicht selbst »überfordert« und dann doch die Solidargemeinschaft beanspruchen muß, gibt es einen Kern von Leistungen, den niemand abwählen kann. Doch schon vor diesem für alle geltenden Kern enden die Abwahlmöglichkeiten für viele Versicherte. Jeder kann nämlich nur die Leistungen abwählen, für die er selbst das Risiko übernehmen kann. Ein Sozialhilfeempfänger kann z.B. keine Leistungen abwählen, da er aufgrund seiner ökonomischen Situation kein Risiko privat übernehmen kann. Wer aber ein Risiko von der Solidargemeinschaft eigenverantwortlich übernimmt und diese entsprechend entlastet, erhält eine entsprechende Beitragssenkung. Es wird also unterstellt, daß das, was der einzelne eigenverantwortlich übernehmen will und kann, individuell verschieden ist. Zwar müssen einheitliche Abwahlkriterien für alle Versicherte gelten, doch müssen nicht alle Krankenversicherungen gleiche Abwahlmöglichkeiten anbieten, oder die Versicherten alle Abwahlmöglichkeiten gleich nutzen. Die Abwahl von Leistungen führt zur Beitragssenkung in Höhe des eigenverantwortlich übernommenen Risikoanteils. Unberührt bleibt dadurch der Solidaranteil des Beitrags. Der Solidaranteil stellt ein Äquivalent für den Anspruch des Versicherten dar (Anwartschaft), jederzeit (ausschließlich versicherungsbedingter Wartezeiten) den vollen Leistungsanspruch wieder aufleben lassen zu können.

Das Optionsmodell III stellt stark auf die Entscheidung des einzelnen Versicherten ab. Er bestimmt nach festgelegten, einheitlichen Regeln, welche Leistungen er eigenverantwortlich und welche er solidarisch abgedeckt haben will. Für die Krankenversicherung eröffnen sich dadurch vielfältige Wettbewerbsfelder. Sie werden gezwungen, den Versicherten Preis-Leistungs-Vergleiche für Teilbereiche (z.B. Hilfsmittel) anzubieten. Der Versicherte kann Leistungen bei seiner Kasse abwählen und dafür eine Ergänzungsversicherung abschließen.

60*. Optionsmodell IV (Schichtenmodell) sieht eine gesundheitszielorientierte Aufgabenverteilung zwischen Staat, GKV, PKV und dem einzelnen vor. Dem Staat kommt dabei die Sicherung der gesundheitsgerechten Gestaltung der allgemeinen Lebensverhältnisse (wie z.B. der Arbeits-, Verkehrs- und Freizeitbedingungen), engerer gesundheitlicher Verbraucherschutz (Trinkwasserqualität) und die Überwachung von Gesundheitsprogrammen zu (Prävention, Impfungen), die alle auf die Volksgesundheit zielen und kollektiv organisiert werden müssen. Auf diesem Fundament basiert die Krankenversicherung. Sie besteht einmal aus einem Sockel gemeinsamer Leistungen, die z.B. die Durchführung von Präventionsprogrammen, die Qualitätssicherung sowie die Formulierung von Standards, Richtgrö-

Ben und Positivlisten und vor allem die Definition der Grundversorgung als übergreifende Aufgaben einschließen. Darauf gründet sich ein GKV-finanzierter Leistungskern als eine Grundversorgung. Darüber liegen als weitere Ebene ein Zuwahl- und ein Abwahlbereich. Der Abwahlbereich besteht aus sogenannten »Bagatelleleistungen«. Der Zuwahlbereich besteht aus medizinischen Leistungen, für die auf der Sockelebene kein Konsens gefunden wurde.

Die Möglichkeit des Zuwahlbereichs eröffnet einerseits den Versicherten die Chance, unabhängig vom professionellen Konsens der Versorger, Leistungen zu wählen, und damit das Leistungsspektrum auch langfristig selbst zu beeinflussen. Andererseits erlaubt es einer für die Entwicklung des GKV-Leistungskerns zuständigen Struktur (Sockel), harte Kriterien der Wirksamkeit und Effizienz anzuwenden.

61*. Ohne bereits im Sachstandsbericht in weitere Einzelheiten zu gehen, sei darauf verwiesen, daß zu den lösungsbedürftigen Fragen neuer Formen der Leistungsbestimmung auch die Bestimmung von Umfang und Struktur des jeweiligen Versichertenkreises und die Art der jeweiligen Mittelaufbringung (Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Prämien, Konsumausgaben) in den einzelnen Modellen zählen. Weiterhin muß die Art der Mittelverwendung für die Leistungsanbieter in den verschiedenen Leistungssektoren einschließlich der Vergütungsformen und Steuerungswirkungen in diesen Bereichen detailliert untersucht werden. Schließlich gilt es, die Art der Krankenversicherungsträger und ihre Rechtsformen zu analysieren und Art, Parameter und Intensität des Wettbewerbs nach Leistungsbereichen und zwischen den Krankenkassen zu überprüfen. Diese und andere Fragen müssen bei der Analyse der traditionellen und neuen Wege der Bestimmung von Gesundheitsleistungen und des Leistungskatalogs von privaten und gesetzlichen Krankenkassen beachtet und bei entsprechenden Vorschlägen noch stärker mit einbezogen werden.

7. Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos

62*. Um eine einseitige Betrachtungsweise zu vermeiden und allzu situationsbezogenen Wertungen vorzubeugen, sollte eine Analyse der Finanzierung des Krankheitsrisikos zunächst das gesamte Spektrum gesamtwirtschaftlicher Ziele als Beurteilungskriterium heranziehen. Dieser Zielkatalog beinhaltet den fiskalischen Aspekt, der bei den vergangenen Reformdiskussionen zumeist im Mittelpunkt stand, das Verteilungspostulat, die konjunkturpolitische Steuerung und die Allokationsfunktion. Konfrontiert mit diesem Zielkatalog zeigt die derzeitige Beitragsgestaltung neben allokativen und stabilisierungspolitischen Schwächen vor allem gravierende verteilungspolitische Mängel durch zahlreiche Ver-

stöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip. Diskussions- bzw. reformbedürftig erscheinen in dieser Hinsicht u.a. die Diskriminierung der Mehrverdienerfamilien, die Privilegierung von Nicht-Arbeitseinkommen bei Pflichtversicherten, die starke Tarifdegression im Anschluß an die Beitragsbemessungsgrenze, die überkommene Gebühren- bzw. Preisdifferenzierung zwischen GKV und PKV und zahlreiche Manipulationsmöglichkeiten zu Lasten der Versichertengemeinschaft.

63*. Anzahl und Gewicht der Mängel der derzeitigen Beitragsgestaltung legen eine grundlegende Diskussion über die Finanzierung des Krankheitsrisikos innerhalb und außerhalb der GKV nahe. Reformoptionen innerhalb der GKV stellen insbesondere die Versicherungseinheit, die Versicherungspflichtgrenze, die Beitragsbemessungsgrundlage und die Beitragsbemessungsgrenze zur Diskussion. Von den theoretisch zahlreichen Optionen bilden jedoch unter Zielaspekten innerhalb des GKV-Systems nur eine Haushalts- bzw. Familienversicherung, die alle Einkunftsarten zur Bemessungsgrundlage rechnet und ein Splitting der gemeinsamen versicherungspflichtigen Einkünfte vorsieht, eine aussichtsreiche konzeptionelle Alternative zum derzeitigen System. Dabei kann diese Familienversicherung in mehreren Varianten, d.h. mit und ohne Pflichtgrenze, Beitragsbemessungsgrenze sowie Einbeziehung von Kindern in den Splittingprozeß, auftreten.

64*. Unter Berücksichtigung alternativer Finanzierungskonzepte außerhalb der GKV bieten sich insgesamt vier Grundmodelle für eine eingehende Diskussion und vergleichende Analyse an:

- die gesetzliche Arbeitnehmersversicherung mit Beschränkung der Bemessungsgrundlage auf die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit (weitgehend derzeitiges Beitragssystem),
- die gesetzliche beitragsfinanzierte Familienversicherung mit Einbeziehung aller Einkunftsarten und Anwendung des Splittingverfahrens,
- die private Pflichtversicherung mit staatlicher Alimentierung einkommensschwacher Bürger,
- die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung als Teil des Staatsbudgets.

Bei der beitragsfinanzierten Familienversicherung konzentrieren sich die Überlegungen auf jene Varianten, die eine Beitragsbemessungsgrenze und die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern beinhalten. Dagegen bleibt die Frage der Pflichtgrenze und damit des versicherungspflichtigen Personenkreises hier zunächst noch offen, so daß letztlich vier Finanzierungskonzepte zur Diskussion stehen.

65*. Schon die Charakterisierung dieser Grundmodelle deutet an, daß bei Anlegung eines weiten Zielspektrums keine der dargestellten Konzeptionen ausschließlich Vorzüge aufweist. Die private Pflichtversicherung erfüllt zwar die sozialpolitische Aufgabe, allen Bürgern

Versicherungsschutz zu gewähren, enthält über die allen Versicherungssystemen eigene ex post-Umverteilung aber keine zusätzlichen distributiven Elemente. Letztere treten innerhalb der vier Grundmodelle bei der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung am deutlichsten auf, deren völlige Abkehr vom Äquivalenzprinzip jedoch einen Verlust an Transparenz nach sich zieht. Unter Effizienz- bzw. Allokationsaspekten schneidet die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung am schlechtesten und die private Pflichtversicherung trotz einiger Schwachstellen insgesamt am besten ab. Gegenüber dem derzeitigen Beitragssystem besitzt die beitragsfinanzierte Familienversicherung unter fiskalischen und distributiven Gesichtspunkten eindeutige Vorteile, die bei ihrer Variante ohne Pflichtgrenze noch stärker ausfallen. Dafür sieht sich die beitragsfinanzierte Familienversicherung mit einigen, teilweise gewichtigen, rechtlichen Problemen und Fragen der Praktikabilität konfrontiert. Gleichwohl knüpft sie als gesetzliche beitragsfinanzierte Krankenversicherung von allen Reformmodellen am engsten an das derzeitige System an.

66*. Die private Pflichtversicherung und die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung bieten schon von der Form ihrer Finanzierung her keinen Ansatzpunkt für einen obligatorischen Arbeitgeberbeitrag. Da dieser auch im System der beitragsfinanzierten Familienversicherung einen Fremdkörper darstellt, taucht die Frage auf, ob der Arbeitgeberbeitrag den Rang einer unverzichtbaren sozialen Komponente bei der Finanzierung des Krankheitsrisikos einnimmt. Da die Unternehmen die Arbeitgeberbeiträge im Regelfall nicht aus Gewinnen finanzieren, sondern die Beitragslast wie indirekte Steuern auf die Verbraucher der jeweiligen Güter abwälzen, erfüllt er nur scheinbar eine soziale Funktion. Insofern könnte unter ökonomischen Aspekten eine steuer- und beitragsneutrale Integration des Arbeitgeberbeitrages in die jeweiligen Löhne und Gehälter als eine Alternative erwogen werden. Der Arbeitgeberbeitrag erscheint zumindest ökonomisch, d.h. auch verteilungspolitisch, zu schwach fundiert, um Reformüberlegungen hinsichtlich einer finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos an sich im Wege zu stehen.

Allerdings hätte ein solcher Eingriff erhebliche Auswirkungen auf die Tarifautonomie und damit auf die Lohngestaltung. Darüber hinaus würden sich Folgen für die Selbstverwaltung der Krankenkassen ergeben. Weiterhin müßten rechtliche Aspekte geprüft werden sowie Fragen der praktischen Umsetzbarkeit.

8. Strukturen einer zukünftigen Steuerung

67*. Die Knappheit gilt auch für die Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung, so daß selbst in diesem Bereich nicht alles Mögliche getan werden kann. Die Knappheit

verlangt also eine gezielte Steuerung der verfügbaren Ressourcen.

68*. Für die Entscheidung, welche Ressourcen wo und wie eingesetzt werden, kommen bei grundsätzlicher Betrachtung drei Ebenen in Frage: die Individualebene, bestehend aus den unmittelbar Beteiligten und Betroffenen (Patient, Leistungserbringer, Versicherter, Krankenversicherung), die Verbandsebene, bestehend aus freiwilligen und staatlich vorgeschriebenen Zusammenschlüssen, und die staatliche Ebene, die sich wiederum in verschiedene Teile gliedert (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung, EU).

69*. Die Konzeption der sozialen Marktwirtschaft gibt einen Anhaltspunkt für die Aufgabenzuordnung auf die verschiedenen Ebenen. Grundsätzlich soll den Betroffenen und ihren Entscheidungen in einem wettbewerblichen Umfeld Vorrang eingeräumt werden. Verbände und dann der Staat entscheiden nur in solchen Fällen, wenn die direkt Betroffenen überfordert sind oder freiwillig ihre Entscheidungskompetenz übertragen. Die konstitutiven Voraussetzungen einer sozialen Marktwirtschaft, nämlich Privateigentum, Vertragsfreiheit, Wettbewerbsrecht und sozialorientierte Umverteilung der Leistungen, haben prinzipiell auch für die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung Gültigkeit.

70*. Die Ansätze und Instrumente zur Steuerung auf der Individualebene sind vielfältig. Es können die gegebenen grundsätzlichen Beziehungen zwischen

- Versicherten und Krankenversicherung,
- Patient und Leistungserbringern sowie
- Krankenversicherung und Leistungserbringern

durch preisliche Instrumente, Mengenvorgaben und Informationen gesteuert werden. Da die Verwendung dieser Instrumente je nach Versorgungsbereich unterschiedlich zu beurteilen ist, erfolgt in diesem Sachstandsbericht noch keine detaillierte Erörterung.

71*. Die Steuerung auf der Verbandsebene sollte prinzipiell ebenfalls im Wettbewerb erfolgen, d.h. den Individuen ist, bei gegebener Organisationspflicht, wo immer möglich ein Wahlrecht gegenüber Verbänden einzuräumen.

Dieses Wahlrecht sieht das GSG im Krankenversicherungsbereich bereits weitgehend vor. Im Leistungsbereich hingegen herrschen überwiegend kollektive Zwangsvereinbarungen sowohl hinsichtlich der Mitgliedschaft in Verbänden als auch hinsichtlich der Leistungserbringung vor.

Das vorherrschende kollektive Vertragsrecht in der GKV könnte von einem konkurrierenden Einzelvertragsrecht abgelöst werden, wobei kollektiven Rahmenverträgen, zumindest anfangs, eine begrenzende Wirkung zugestanden werden kann.

72*. Große Bedeutung kommt bei der wettbewerblichen Steuerung der steten Kontrolle (einschließlich Qualitätssicherung) durch die Betroffenen, insbesondere Patienten und Versicherte, zu. Am wirkungsvollsten und einfachsten erfolgt die Kontrolle durch Abwanderung, die eine Kassenwahlfreiheit voraussetzt.

73*. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern wird zur Wahrnehmung übergreifender Aufgaben tätig. Sie kann damit staatliche Eingriffe ersetzen bzw. mit der Wahrnehmung staatlicher Aufgaben betraut werden.

74*. Lenkung durch den Staat erfolgt vornehmlich durch Gesetze. Strittig ist, wann und wie der Staat eingreifen soll. Versteht man den Gesundheitssektor als eigenständigen Teilsektor, so sind spezielle Eingriffe gerechtfertigt. Wird der Gesundheitssektor als Teil einer gesamten Wirtschaftsordnung verstanden, so gelten auch für ihn die allgemeinen Rahmenbedingungen. Bislang wurde der Gesundheitssektor weitgehend als gesondert zu regulierender Teil betrachtet, wie die Kostendämpfungsgesetze belegen. Diese häufig praktizierten Interventionen könnten zumindest teilweise abgebaut werden, wenn die allgemeinen Grundsätze unserer Wirtschaftsordnung umgesetzt würden. Das erfordert freilich weitreichende Strukturveränderungen.

75*. Eine Reihe von Einzelproblemen aktueller staatlicher Lenkung zeigt, daß bislang trotz der Veränderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz mehr der Regulierung als dem wettbewerblichen Konzept vertraut wurde. Beispielhaft wird dies mit der Krankenhausbedarfsplanung, der Großgeräteplanung und der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sowie mit Zulassungsbeschränkungen gezeigt. Gerade für letztere bemüht sich der Rat, grundsätzliche Alternativen aufzuzeigen, die weniger auf staatliche Regulierung und mehr auf Wettbewerb setzen.

76*. Ziel einer Reform 2000 sollte die Stärkung des Selbststeuerungspotentials der GKV sein. Dies verlangt eine Neustrukturierung der Steuerung derart, daß – dem Subsidiaritätsprinzip folgend – die Steuerungskompetenzen der Individualebene ausgebaut und die der Verbandsebene wettbewerblich neustrukturiert werden.

9. Ausgewählte Instrumente zur Förderung der Eigenverantwortung

77*. Die Eigenverantwortung in der Gesundheitsversorgung ist ein wichtiges Prinzip, das zu einer bewußten und sparsamen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen kann und damit die Versichertengemeinschaft von unnötigen oder selbstverursachten Leistungen entlastet. Eine Stärkung dieses Prinzips wirkt einem *moral hazard* entgegen. Es hilft, Notwendiges von Überflüssigem zu unterscheiden und zwischen einem selbst-

verursachten, bewußt eingegangenen Erkrankungsrisiko und einer unverschuldeten Notlage zu trennen, und zwar auch mit Konsequenzen für die Finanzierung.

Beitragsrückerstattung

78*. Verschiedene Ansatzpunkte zur Förderung der Eigenverantwortung sind denkbar. Die Beitragsrückzahlung ist ein Instrument, das durch eine begrenzte, indirekte Selbstbeteiligung in Form einer Rückerstattung von Beiträgen bei Nichtinanspruchnahme auf eine sparsame Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zielt. Allerdings werden bestimmte Versichertengruppen wie Jüngere, Ledige und Gesündere eher in den Genuß der Beitragsrückzahlung kommen, Ältere und chronisch Kranke sowie Familien werden diese Möglichkeit in deutlich geringerem Umfang nutzen können. Sie stellt zudem einen Eingriff in die solidarische Finanzierung der GKV dar, doch ist sie in der Höhe begrenzt.

79*. Will man die Beitragsrückzahlung außerhalb der Erprobungsregelung einführen, müßten u.a. folgende Voraussetzungen geschaffen werden:

- Zur Erhöhung der Kostentransparenz sollte die Beitragsrückerstattung in Verbindung mit der Kostenerstattung eingeführt werden, um den Versicherten eine Kontrolle der verursachten Kosten zu ermöglichen.
- Da bisher diejenigen Leistungen, deren Inanspruchnahme die Beitragsrückzahlung nicht beeinflusst, für den Versicherten nicht eindeutig zu identifizieren sind (mit Ausnahme der Leistungen an Versicherte unter 18 Jahren), müßte die Nichtanrechnung für den Versicherten deutlicher werden.
- Die zeitliche Zuordnung der Leistungen und Kosten sollte nicht kalenderjährlich erfolgen, da mit dieser Abrechnungsmodalität Ungerechtigkeiten verbunden sind.
- Der Datenschutz muß bei der für die Beitragsrückerstattung notwendigen Führung eines Versichertenkontos gewährleistet bleiben.

Gesundheitsabgaben – ein zusätzliches Instrument der Verhaltenssteuerung und Finanzierung

80*. Ein zweites Instrument, das die Eigenverantwortung für die Gesundheit in den Mittelpunkt stellt, ist die Gesundheitsabgabe, auch Gesundheitsbeitrag, Bonus/Malus, Sündensteuer oder Gesundheitspfennig genannt. Mit diesem Instrument soll ein bewußt eingegangenes Gesundheitsrisiko der persönlichen Verantwortung zugerechnet und mit zusätzlichen Abgaben, Steuern oder Beiträgen belastet werden. Die Gesundheitsabgabe kann sich entweder auf gruppenspezifische Abgaben oder als Steuer auf gesundheitsschädliches Verhalten (z.B. Nikotin- oder Alkoholkonsum) bzw. als Steuervergünstigung

für den Konsum gesundheitsfördernder Güter beziehen. Im Rahmen der Krankenversicherung kann sie auch als Versicherungsprämie (Bonus oder Malus) gestaltet sein.

81*. Voraussetzung für eine mögliche Einführung von Gesundheitsabgaben ist die eindeutige Zuordnung der Verursachung von gesundheitsriskantem Verhalten. Dies ist nicht immer ganz einfach, z.B. ist eine sportliche Aktivität sowohl gesundheitsförderlich als auch, je nach Sportart, mit einem Verletzungsrisiko behaftet. Ein höheres Gesundheitsrisiko bei Alkohol- und Nikotinkonsum ist dagegen durch deutlich höhere Erkrankungswahrscheinlichkeiten zu belegen (z.B. bei erhöhtem Alkoholkonsum Leberzirrhose oder Leberkarzinom, bei erhöhtem Nikotinkonsum Lungenkrebs und Herzinfarkt). Die Unterscheidung zwischen verhaltensbedingten und verhältnisbedingten Faktoren bleibt im Einzelfall schwierig. So kann ein Lungenkarzinom zwar durch Nikotinkonsum entstehen, ebenso aber auch durch die Exposition mit anderen Umweltschadstoffen. Zudem ist zu fragen, ab welcher Menge die Grenze vom Genuß zum Suchtmittel überschritten wird, und es ist zu entscheiden, wie mit Suchtkranken umzugehen ist.

82*. Für die Bewertung der Gesundheitsabgaben ist zwischen einer verhaltenssteuernden Wirkung und den Auswirkungen auf die Finanzierung zu unterscheiden. Unter dem Aspekt der Verhaltenssteuerung ist eine Gesundheitsabgabe ein Instrument, das den verantwortungsvolleren Umgang mit bewußt eingegangenen Ge-

sundheitsrisiken durchaus fördern kann. So könnten, z.B. standardisiert auf den Nikotingehalt je nach Kondensatgehalt, die Zigaretten unterschiedlich besteuert werden, um die Wahl der nikotingleichen, aber kondensatärmeren Zigarette zu fördern.

Gleichzeitig sind aber Instrumente, die keine zusätzliche finanzielle Belastung bedeuten, noch nicht ausgeschöpft. Auch eine verstärkte Aufklärung ist eine Möglichkeit, eine Verhaltensänderung herbeizuführen.

83*. Als Instrument der Finanzierung ist bei einer steuerlichen Abgabe zu bedenken, daß der Haushaltsgrundsatz der Nonaffektation eine Zweckbindung des Steueraufkommens nicht zuläßt. Selbst wenn man für eine Gesundheitsabgabe eine Ausnahmeregelung schaffen würde, stellt sich die Frage, für welche Zwecke die Abgabe verwendet werden soll. Kämen z.B. Fonds in Frage, so würden diese Neben- oder Sonderhaushalte zusätzlich gegen den Haushaltsgrundsatz der Einheit verstoßen. Desweiteren muß aus ordnungspolitischer Sicht darauf hingewiesen werden, daß durch die Einführung einer Gesundheitsabgabe der Versicherungsgedanke an Bedeutung verliert und der Einfluß des Staates auf die Krankenversorgung der Bevölkerung weiter steigen würde. Eine stärkere Risikoorientierung innerhalb der beitragsfinanzierten Krankenversicherung (Bonus/Malus, Rückerstattung) wäre ein Weg, dieses Problem zu vermeiden.

1. Gesundheitsziele als Voraussetzung einer ergebnisorientierten Gesundheitspolitik

1.1. Zum Begriff der Gesundheit

1. Der Begriff Gesundheit zielt auf die Freiheit des Menschen von

- der Bedrohung der Gesundheit durch Krankheit,
- der Bedrohung der Funktionalität (Lebensqualität/Produktivität) und
- Leid (z.B. Schmerz, Depression).

Lebensqualität soll mehr die »passiven«, Produktivität (auch jenseits des ökonomischen Verständnisses) mehr die »aktiven« Möglichkeiten der Lebensgestaltung ausdrücken.

Ohne daß man einem tatsächlich eintretenden Leid einerseits eine beliebige Entrinnbarkeit zu- oder jede Sinnhaftigkeit abspricht, ist das Erreichen eines von Leid- und Todesbedrohung befreiten Lebens das nie erreichbare Ideal (Utopie) hinter dem Begriff »Gesundheit«. Gesundheit ist jedoch nicht mit diesem Ideal identisch.

Diese idealistische Sicht ist zumindest in der Medizin immer auf die psychosoziale und biologische Möglichkeit reduziert. So ist der Tod Teil eines noch so gesunden Lebens, genauso wie Leid. Produktivität wie Lebensqualität unterliegen altersgemäßen Auf- wie Abbauprozessen.

2. Eine Utopie im Sinne einer Freiheit von Leid und Tod enthält auch keine Handlungsanleitung. Das heißt, die Angemessenheit von Richtung, Struktur und Ausmaß von Maßnahmen sind nur schwer zu erkennen, da die im Begriff Gesundheit zu berücksichtigenden faktischen biologischen Zusammenhänge unbeachtet bleiben. Dies ist anders, wenn man die biologischen Möglichkeiten bewußt einbezieht. So wird eine kontrollierbare Krise (die Impfung) gesetzt, um einem in Ausmaß und Dauer wesentlich bedrohlicheren Verlust »normaler« (d.h. auch alters- und geschlechtsgemäßer) physischer oder psychischer Funktionalität zu entgehen. Eine normale Entbindung ist weder für die Mutter noch für das Kind belastungs- und leidfrei, genauso ist es mit der monatlichen Regel (Zyklusblutung) der Frau. Die Medizin verwendet im Kern einen Gesundheitsbegriff, dem nicht Maximalität oder Optimalität eines Zustandes, sondern Normalität und Kontrollierbarkeit körperlicher und seelischer Reaktionen nähersteht. Nicht jede Belastung und die mit ihr verbundene körperliche oder seelische Reaktion ist einer medizinischen Antwort würdig, sondern vor allem jene Belastungen, denen der Mensch nicht gewachsen ist, ohne mit Krankheit zu reagieren.

Die Übergänge zwischen Befindlichkeitsstörung und Krankheit sind nicht randscharf, aber medizinisch ist

nicht jede Befindlichkeitsstörung ein Verlust von Gesundheit oder Signal einer Bedrohung der Gesundheit.

3. Die Orientierung am Begriff der biologischen Norm bedeutet auch, daß die normgebende Leitfigur für »Gesundheit« nicht der jugendliche Erwachsene im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit ist, sondern daß Einschränkungen der Funktionalität sowohl zu Beginn des Lebens als auch mit zunehmendem Alter zur biologischen Normalität gehören. Eine altersgemäß definierte körperliche und seelische Funktionalität (Produktivität/Lebensqualität) reicht der Medizin als Rahmen für die Bestimmung der Gesundheit.

4. Im Widerspruch dazu scheint die WHO-Formulierung des Gesundheitsbegriffs zu stehen, wenn von einem »state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity«, also einem Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens gesprochen wird. Diese Formulierung zeigt aber die für die politische Ebene des Handelns der WHO benötigte breite Herangehensweise. Denn nicht nur Maßnahmen im engeren Sektor Gesundheitswesen haben Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch andere Bereiche, wie z.B. das Arbeitsumfeld, Verkehr, Umwelt und Ernährung. Diese besondere Beachtung von jenseits der Grenzen des Sektors Gesundheitswesen liegenden Einflüssen auf die Gesundheit ist für die Erreichung von Gesundheitszielen von Gesellschaften deshalb von großer Bedeutung. Beispielhaft für die sektorübergreifende Bedeutung des Begriffs »Gesundheit« ist auch der Maastrichter Vertrag, der mit der Einbringung eines limitierten *public health* Mandates (Art. 129) die Europäische Union in Zukunft darauf festlegt, jeden Richtlinienentwurf mit einer Prüfung seiner Auswirkungen auf die Gesundheit der EU-Bevölkerung zu verbinden. Wenn der Rat – entsprechend seinem Gutachterauftrag – im folgenden grundsätzlich von einer engeren Gesundheitsdefinition ausgeht, um seine Überlegungen auf Leistungen des Gesundheitswesens und im besonderen der Krankenversicherung einzuengen, heißt dieses weder, daß er die Notwendigkeit für solche breitere Herangehensweise nicht sieht, noch, daß die o.g. Maastricht-Regel bei den deutschen Gebietskörperschaften nicht genauso eingesetzt werden könnte.

5. Zusammenfassend kann man unterhalb der Utopie eines von Leid und Tod befreiten Lebens folgende sich ergänzende Begriffe von »Gesundheit« unterscheiden:

- einen weiteren Begriff »Gesundheit« – eher im Sinne der WHO –, der auch die Lebensverhältnisse (Arbeit, Wohnung, Ernährung, Bildung etc.) im Rahmen ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Menschen beachtet und damit potentiell jede Belastung oder Bedrohung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens des Menschen als mit der Gesundheit nicht verträglich ansieht.

- einen engeren Begriff – wie er im Rahmen des Gesundheitswesens eher Anwendung findet –, der auf eine altersgemäße biologische (psycho-physische) Norm, Funktionalität und Belastbarkeit abhebt.

1.2. Die Interessen an Gesundheit und im Gesundheitswesen

6. Ein Interesse an der Gesundheit hat sowohl der einzelne selbst sowie die von ihm gebildeten Primärgruppen wie Familie und Freizeitgemeinschaften als auch Sekundärgruppen wie Betriebe oder staatliche Einheiten. Die Interessen sind dabei sehr unterschiedlich. Geht der einzelne bzw. die von ihm gebildete Primärgruppe eher von einem weiten Gesundheitsbegriff aus, der das Wohlbefinden in den Mittelpunkt stellt, so gilt das Hauptinteresse von Betrieben oder staatlichen Einheiten eher einem engen Gesundheitsbegriff, der stärker auf die Funktionalität der Belegschaft oder Bürger abhebt. Entsprechend dieser Interessen entstehen Nachfrage- und damit Angebotsstrukturen, die durch Leistungserbringer Erwartungen an die Gesundheit aufnehmen und zu erfüllen suchen. In Interaktion zwischen den an der Gesundheit Interessierten und den Leistungserbringern als Gesundheitsproduzenten sind unmittelbar weitere Interessen gegeben.

7. Das Gesundheitswesen in Europa ist immer von solchen gemischten Interessen beeinflusst worden:

- dem Interesse des Staates an seiner Funktions- (und auch Wehr-)tüchtigkeit;
- dem Interesse von Betrieben an leistungsfähigen Arbeitskräften;
- dem Interesse des Bürgers an der Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit;
- den Einkommensinteressen von Gesundheitsberufen (Ärzten, Badern, Apothekern) und Händlern (Arzneihandel);
- den Schutzinteressen des Bürgers vor Übervorteilung und Quacksalberei;
- den Schutzinteressen der Heilberufe vor Rufschädigung, Scharlatanerie und zu großer Konkurrenz.

8. In Europa entstand das Verständnis für Fragen des Gesundheitswesens durch Mängel des gesundheitlichen Zustandes weiter Bevölkerungskreise, die die Funktion der Gesellschaft dauernd oder episodisch empfindlich störten. Die Ursachen dafür waren der Gesundheit abträgliche Lebensverhältnisse und Lebensweisen durch eine starke Urbanisierung und das Anwachsen ungeschützter industrieller Arbeitsplätze vor dem Hintergrund von Armut und niedrigem Bildungsstand, sowie – auch begünstigt durch diese Basis – endemische oder epidemische Seuchen.

Die gesellschaftlichen Veränderungen im Rahmen der industriellen Revolution führten zu einer entsprechenden europaweiten und keineswegs auf das Bismarck-

Deutschland begrenzten Diskussion über den Zusammenhang zwischen Bildung, Armut, Hunger und Krankheit (Virchow: »Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand«, 1848). Bereits lange vor der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung (1883) wurde die Versicherungspflicht für Bergleute eingeführt (Preußen, Österreich 1854) und in einigen Territorialstaaten Gemeinden ermächtigt, Zwangsbeiträge zur Krankenversicherung zu erheben.

Selbst die Kriegsführung wurde durch die Gesundheitsbedingungen behindert oder unmöglich gemacht (z.B. verkaufte Napoleon im Jahre 1803 Louisiana für 15 Millionen Dollar an die USA, nachdem er alleine an Gelbfieber 40.000 Mann verloren hatte).

9. Daneben hat es aber auch immer eine dem einzelnen Kranken zugewandte und von diesem frei in Anspruch genommene persönliche Krankenversorgung gegeben. Die Regelung einer die ökonomischen Verhältnisse des Patienten berücksichtigenden Finanzierung solcher Leistungen reicht bis in das Altertum zurück, wobei entsprechend der Leistungsfähigkeit des Patienten modifizierte ärztliche Honorarforderungen üblich waren. Die Bereitstellung spezieller Ärzte für die Armen (Stadtärzte sowie später Hilfe im Rahmen kirchlicher Einrichtungen) ist ein frühes Beispiel solidarischer Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

10. Selbst die Bemühungen des Staates um die Gewährleistung bestimmter Qualitätsansprüche im Sinne des Konsumentenschutzes (heute würde man von Qualitätssicherung und Standards sprechen), die auf Grund der schwachen ordnungspolitischen Möglichkeiten des Staates oft gering sind, reichen bis in das Altertum. Das gleiche gilt übrigens für Verbandsbildungen der Ärzte, um durch Selbstorganisation den Bedarf für staatliche Eingriffe in Grenzen zu halten.

Dies soll verdeutlichen, daß zumindest die Anfänge der GKV und weite Teile des Gesundheitswesens in jenem bevölkerungsorientierten Kontext gesundheitlicher Versorgungsaufgaben zu sehen sind, der es nahelegt, das »Gesundheitswesen« auch als eine im staatlichen Interesse liegende Aufgabe zu verstehen.

Staatliche Initiierung und Reglementierung der sozialen Krankenversicherung muß, insbesondere im deutschen Fall, auch in dem Kontext der Legitimationssicherung des Obrigkeitsstaates Ende des 19. Jh. gesehen werden. So leistete die Einführung eines relativ umfassenden Krankenversicherungsschutzes einen Beitrag zum sozialen Frieden; sie ist damit ebenfalls unter dem vorgeannten staatlichen Interesse der Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der gesellschaftlichen Strukturen zu verstehen. Gesundheitspolitik wirkt in diesem Sinne immer auch als Sozialpolitik.

1.3. Die Akteure im Gesundheitswesen und ihre Aufgaben

11. Wegen der immer vorhandenen beiden Wurzeln staatlicher ordnender Eingriffe – der Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der sozialen Systeme und des Schutzes des Bürgers vor wirtschaftlicher Überforderung und unsachgemäßer Behandlung – ist es richtig, zunächst nach dem Grundkonzept eines Gesundheitswesens, d.h. den übergreifenden strukturellen Vorstellungen zu fragen, ehe man sich einzelnen Bereichen – in diesem Gutachten speziell der GKV – zuwendet.

12. Es muß eingeräumt werden, daß die Prinzipien der Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität keine Bauanweisungen abgeben, gleichsam automatisch zu einem richtigen Systementwurf zu kommen. So sind verschiedene reale Konstellationen von Trägern eines Gesundheitswesens denkbar, in denen diese Prinzipien sich angemessen verwirklicht haben. Allerdings existieren auch Indikatoren, die Fehler in der Komposition dieser drei Prinzipien entweder punktuell oder allgemein deutlich machen:

- Wenn nämlich eine Emigration aus einem übergeordneten Gefüge wegen offensichtlicher Überforderung von Leistungsbereitschaft punktuell oder allgemein beobachtbar wird, so zeigt sich, daß bei tatsächlicher oder vermeintlicher Überforderung einzelner hinsichtlich der zu leistenden Solidarbeiträge (z.B. Steuern) eine Tendenz zur Entsolidarisierung (Steuerhinterziehung, Flucht in die Schattenwirtschaft) entsteht.
- Umgekehrt zeigt sich, daß zu kleine Solidargemeinschaften (Familien) mit Problemen, die auf einer höheren Ebene in einer größeren Solidargemeinschaft angemessener gelöst werden können, oft überfordert sind. Es können z.B. auch un- oder unterversorgte Risiken entstehen, wie es bei der *orphan drug* Problematik deutlich wird, wenn eine höhere Ebene (Staat) ein marktwirtschaftlich gestaltetes, in zu kleinen Marktsegmenten unzureichendes Arzneimittelangebot nicht sicherstellt.

13. Wenn man zunächst die Akteure im Gesundheitswesen entsprechend der in Ziffer 7 genannten Interessen an Gesundheit und im Gesundheitswesen auf den status quo bezogen beschreibt und sie vier verschiedenen Ebenen zuordnet, so sind dies:

- (a) der einzelne als Versicherter, Patient, Arzt, Hersteller etc.,
- (b) Gruppen wie Familien, Freizeitverbände u.a. und Interessenszusammenschlüsse in freien Verbänden (Selbsthilfegruppen, karitative Einrichtungen, private Krankenversicherungen, Heilberufsverbände, Herstellerverbände etc.),
- (c) die selbstverwaltenden Körperschaften, die gegenüber (b) sich durch vom Gesetzgeber vorgegebene

Aufgabenstellungen abheben. Hierzu gehören nicht nur die Körperschaften der GKV, sondern auch Berufs- und Rehabilitationsmaßnahmen tragende Einrichtungen wie Berufsgenossenschaften etc.,

- (d) die staatlichen Einrichtungen unterschiedlicher Gebietskörperschaften wie Gemeinden, Länder, Bund bis zur Europäischen Union (nicht nur als Gesetz- und Verordnungsgeber, sondern z.B. auch als Träger von Gesundheitseinrichtungen).

Wenn auch damit das tatsächliche Geflecht von Akteuren im deutschen und europäischen Gesundheitswesen nur unzureichend beschrieben ist (z.B. ist die private Krankenversicherung in Deutschland über staatliche Vorgaben wie die GOÄ etc. stärker an die Ebene (d) angebunden), so soll doch diese Gliederung ausreichen, um im folgenden die Verantwortlichkeiten bzw. die Zuweisung von Aufgaben zu diskutieren.

14. Nicht nur gesundheitsbezogene Rationalitäten prägen das Verhalten der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen. So ist Gesundheit eher eine Bedingung denn ein Ziel in der Lebensgestaltung des einzelnen. Der Handlungsdruck korreliert mit der wahrgenommenen Bedrohung oder Einschränkung und ist somit für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in aller Regel am geringsten. Betrachtet man die verschiedenen möglichen Handlungsebenen im Gesundheitswesen

- (1) Gesundheitsförderung,
- (2) Vorsorge,
- (3) Früherkennung,
- (4) Behandlung,
- (5) Rehabilitation und
- (6) Pflege,

so ist festzustellen, daß unabhängig von einem wohlverstandenen Eigeninteresse des einzelnen (Akteurgruppe a der Ziffer 13) oder karitativer Einrichtungen (Akteurgruppe b) die soeben genannten Handlungsebenen (1) bis (3) de facto im wesentlichen aus staatlicher Sicht (Akteurgruppe d und c) angesprochen werden und daß vor allem Behandlung, Rehabilitation und Pflege die Aufmerksamkeit des einzelnen und privater Interessengemeinschaften finden.

15. Die GKV (Akteurgruppe c) verknüpft seit ihrer Einrichtung staatliche Interessen mit Gruppeninteressen. Bei ihrer Einführung war die bei weitem finanziell umfangreichste Leistungsart das Krankengeld, also eine unspezifische, nicht auf das Gesundheitswesen beschränkte Leistung. Schon am Anfang war die GKV daher keine reine Versicherung zur Absicherung des Krankheitsrisikos im engeren Sinne. Die über die Absicherung der Bevölkerung im Krankheitsfall hinausgehende Bedeutung als systemstabilisierender Faktor wird auch daran deutlich, daß sie nach anderen Plänen aus

Steuergeldern bezahlt werden sollte. Nach dem jetzigen Stand des SGB V erstreckt sich die GKV in ihrem Leistungsgefüge tatsächlich auf alle sechs Handlungsebenen (und darüber hinaus auf einige außerhalb der Gesundheitsversorgung liegende Aspekte), wenn auch ihr Finanzierungsschwerpunkt in der »Behandlung« liegt (Kapitel 6. Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung).

16. Betrachtet man die vertikal und horizontal gegliederten Elemente des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland, so ist es nicht nur wichtig, auf der Ebene der GKV zu einem Konsens über Gesundheitsfragen (Ziele und Mittel) zu finden, sondern auch mit den darüber, darunter und daneben existierenden Solidargemeinschaften. Es geht nicht einfach um die Ausgrenzung oder Hereinnahme von Leistungen in eine bestimmte Solidargemeinschaft wie die GKV, sondern um die Zuweisung von Leistungen und Aufgaben zu der jeweils angemessenen Ebene, d.h. in die – nach dem Subsidiaritätsprinzip möglichst niedrig angesiedelte – solidare Gruppierung, die die Mittel hat, um diese Leistungen zu gewähren, oder die Aufgaben zu erfüllen, ohne an Akzeptanz bei ihren Mitgliedern zu verlieren. Es muß jeweils eine Balance zwischen dem berechtigten Solidaranspruch in einer Gruppe und der Akzeptanz eines Raums für die Autarkie der Ziel- und Mittelbestimmung darüber und darunter liegender Gruppierungen gefunden werden.

1.4. Von den Interessen an Gesundheit zu den Zielen und Maßnahmen

17. Begründet auf Kenntnissen über die Einflußmöglichkeiten auf die zukünftige Entwicklung lassen sich aus den Gesundheitsinteressen Gesundheitsziele formulieren. Dies muß umso ausdrücklicher geschehen, je mehr zwischen möglicher und tatsächlicher Entwicklung ein Umsetzungsdefizit befürchtet wird. Dies betrifft wiederum primär den einzelnen und die mit ihm konstituierten Gemeinschaften. Allerdings sind diese Gesundheitsziele in ihrer konkreten Ausformulierung stark von der Mithilfe der jeweiligen professionellen Ebene (Ärzte u.a. Gesundheitsberufe, Krankenkassen bzw. Träger von Einrichtungen) abhängig.

18. Die Forderung nach Festlegung allgemeiner Gesundheitsziele ist umfassender als jene nach Zielen des Gesundheitsversorgungssystems, wie sie der Rat schon in seinem Jahresgutachten 1987 (Ziffer 3ff.) erhoben hat. Dazu gehörte die Forderung nach einer bedarfsgeordneten, qualitativ bestmöglichen Versorgung und zwar für jeden Bürger ohne Ansehen der Person, ohne ihn in seiner Freiheit und Eigenverantwortung einzuschränken. Außerdem muß bei der Produktion von Gesundheitsgütern die einzelwirtschaftliche Effizienz beachtet werden und die Ausgabenentwicklung gesamtwirtschaftlich und gesundheitspolitisch vertretbar bleiben.

Da diese Ziele nur schwer miteinander in Einklang gebracht werden können, ist die Formulierung von übergreifenden Gesundheitszielen notwendig, an denen dann die oben genannten Ziele orientiert und in ihrer Bedeutung gewürdigt werden können. Auf der Grundlage konsenshaft formulierter Gesundheitsziele lassen sich Prioritäten und gewünschte Ergebnisse gesundheitlicher Versorgung leichter, d.h. genauer und zumindest partiell weniger konfliktträchtig, bestimmen und durchsetzen. Dies hat für die gegenwärtige gesundheitspolitische Situation in Deutschland unmittelbare Relevanz. Denn in einer Zeit, in der unter dem Druck knapper werdender Finanzmittel eine Neubestimmung von Art und Umfang gesundheitlicher Versorgungsleistungen ansteht, ist es dringend geboten, der bisher dominant auf Versorgungsstruktur und -prozeß ausgerichteten Gesundheitspolitik eine stärker an Versorgungsergebnissen orientierte Perspektive zu eröffnen. Durch eine Verständigung zwischen wichtigen, den Gesundheitsstand der Bevölkerung direkt oder indirekt beeinflussenden Beteiligten, auch außerhalb des Gesundheitswesens, über Gesundheitsziele würde dies wesentlich erleichtert oder gar erst ermöglicht.

19. Wie bereits ausgeführt, folgen die Menschen auf den unterschiedlichen Handlungsebenen unterschiedlichen Rationalitäten. Selten sind dabei die den gesundheitlichen Interessen entsprechenden gesundheitlichen Ziele auch explizit ausformuliert, noch seltener in ihrer Mittelrelation (d.h. mit welchen Maßnahmen und Kosten diese Ziele erreicht werden sollten) festgelegt.

Dabei bestehen sowohl deutliche Unterschiede zwischen den genannten Akteurguppen (von Individuum über Familie, Selbsthilfegruppen, Selbstverwaltung der GKV bis zu staatlichen Ebenen) als auch zwischen den genannten Handlungsebenen (von der Gesundheitsförderung über Prävention, Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation bis Pflege).

20. Die präzisesten Zielvorgaben wie Zielumsetzungen existieren in der Regel im kurativen Sektor auf der Individualebene (etwa die Wiederherstellung der Gesundheit bei einer akuten Erkrankung in einer bestimmten Zeit unter bestimmtem Mitteleinsatz). Relativ präzise Vorstellungen existieren dann noch zu bestimmten gesundheitlichen Zielbereichen, zu denen sich entweder Interessengruppen formiert haben oder öffentliche Auftragslagen existieren. So gibt es ausformulierte Programme im Bereich der Bekämpfung des Bluthochdrucks, des Diabetes, der Hypercholesterinämie (Ziffer 262ff.). Den formulierbaren Zielen, etwa Reduktion der Zahl der Hochdruckkranken um einen bestimmten Prozentsatz, und den dafür vorgesehenen Maßnahmen fehlt es aber nicht selten an direkter Umsetzung, weil die Ziele und Mittel nicht von denen formuliert werden, die sie umsetzen sollen. So gibt es auch für eine Reihe der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes inhaltlich

klare Zielvorgaben. Aber auch hier sind in den meisten Bereichen die Umsetzungsmöglichkeiten begrenzt.

21. Neben einer möglichst präzisen, d.h. einer Erfolgsprüfung zugänglichen Zielformulierung und einer Abschätzung, mit welchen Maßnahmen und Mitteln man dieses Ziel erreichen will, bedarf es einer Verpflichtung oder Einbindung der unterschiedlichen zur Zielerreichung notwendigen Gruppierungen oder Selbstverpflichtung der Menschen auf den angesprochenen Handlungsebenen. Sonst verbleibt eine noch so gute Zielformulierung im Wirkungsbereich eines moralischen Appells.

22. Es bestehen mindestens drei Möglichkeiten, Interessen von Gruppierungen und Menschen mit der Zielverfolgung zu verknüpfen:

- Die Gruppierung oder Person, die die Ziele formuliert hat, verfügt selbst über die Mittel, diese durchzusetzen. Dies reicht vom individuellen Streben nach Gesundheit und Fitness über Selbsthilfeorganisationen und HMO-ähnlichen Strukturen bis zu staatlichen Informationskampagnen mit dem Ziel der Aufklärung (z.B. bei AIDS).
- Die Handlungsebene wird gesetzlich verpflichtet (im individuellen Bereich bei Untersuchungs-, Behandlungs- und Impfbzwang, in betrieblichen Bereichen bei behördlichen Hygienebestimmungen und Auflagen).
- Die Handlungsebene läßt sich vertraglich/finanziell binden (etwa im Rahmen von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen; zielförderndes Verhalten des Versicherten wird von den Versicherungen belohnt; der Versicherte wählt die Kasse, die seinen Zielen am besten entspricht).

23. Es ist von daher gut verständlich, daß sich umfassender (d.h. einen einzelnen Krankheitsbereich oder Bevölkerungssektor überschreitend) formulierte Gesundheitsziele vor allem dort finden, wo relativ zentralistische politische Systeme auch das Gesundheitswesen bestimmen bzw. in eher pluralistischen Systemen dort, wo die Rolle des Staates im Gesundheitswesen stark ist. So haben einerseits gesundheitspolitische Zielkataloge, soweit sie staatlich formuliert wurden, entweder entsprechend dem eher pluralistischen Hintergrund eine wesentlich stärkere Konzentration auf präventionsorientierte Ziele (z.B. USA) oder schließen wegen des besseren zentralen Zugriffs auf die Versorgungsstrukturen auch deutliche Elemente aus dem kurativen Bereich mit ein (z.B. England). Zentralistische Zielvorgaben entbehren allerdings zumeist der Unterstützung durch basisnahe Initiativen.

24. Die Entwicklung von Gesundheitszielen kann in einem dezentral angelegten Gesundheitssystem nur in einem iterativen, ständiger Revision unterworfenen Pro-

zeß der Konsensbildung gelingen, an dem prinzipiell alle gesundheitspolitisch Verantwortlichen und im Gesundheitswesen tätigen Organisationen beteiligt werden. Nur ein mit breiter Partizipation erreichter Konsens ist tragfähig, nur auf Basis breiter Zustimmung sind solche Ziele sinnvoll zu formulieren und effektiv zu realisieren.

Es sind daher alle Bemühungen, die vorhandenen Initiativen zur Erarbeitung von Gesundheitszielen fortzuführen und auszuweiten, zu begrüßen. Die Mitglieder der »Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen« sollten es als eine ihrer genuinen Aufgaben ansehen, selbst Gesundheitsziele zu entwickeln und sie in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen; zur Erstellung von Diskussionsvorlagen (im Stile des englischen »Green Paper«) wird ausdrücklich ermutigt. Obgleich sich die »Konzertierte Aktion« in der Vergangenheit sehr stark auf das Gesundheitsversorgungssystem beschränkte, hat sie genau die Zusammensetzung, die es erlaubt, auch über den Gesundheitsversorgungssektor hinausgehende Gesundheitsziele zu formulieren.

1.5. Die Initiative der WHO (World Health Organization)

25. Die Diskussion über Gesundheitsziele als die wesentlichen Komponenten eines neuen Orientierungsrahmens für Gesundheitspolitik verdankt ihre grundlegenden Impulse lange zurückliegenden Initiativen der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

- Bereits 1977 hatte die Weltgesundheitskonferenz die Globalstrategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« (GFA 2000) verabschiedet und darin die Regierungen aller Länder aufgefordert, ihre Gesamtpolitik darauf auszurichten, daß bis zur Jahrtausendwende für alle Menschen ein Gesundheitsniveau erreicht werde, »das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen« (Resolution WHO30.43).
- In Reaktion darauf einigten sich 1980 die Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der WHO auf ihr erstes gemeinsames gesundheitspolitisches Konzept, die europäische Strategie zur Erreichung des GFA 2000-Ziels (EUR/RC30/8). Darin wurde ein sektorübergreifendes Programm der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung entworfen, die elementare Rolle von Individuen, Familien, Betrieben und Gemeinden beim Gesundheitsschutz herausgestellt und eine Stärkung des primären Versorgungssektors im Gesundheitswesen gefordert, zudem die Aufstellung speziell europäischer Regionalziele zur Umsetzung der GFA-Globalstrategie in Auftrag gegeben.
- Die daraufhin entwickelten 38 Einzelziele der europäischen Regionalstrategie wurden 1984 einmütig beschlossen (EUR/RC34/7); ihre fortlaufende Revision führte zu einer aktualisierten Version der »Ge-

Table 1: Auflistung aller Ziele der WHO nach Kurztitel

Für eine bessere Gesundheit:

- Ziel 1 Chancengleichheit im Gesundheitsbereich
- Ziel 2 Gesundheit und Lebensqualität
- Ziel 3 Bessere Möglichkeiten für Behinderte
- Ziel 4 Chronische Erkrankungen reduzieren
- Ziel 5 Übertragbare Krankheiten reduzieren
- Ziel 6 Altern in Gesundheit
- Ziel 7 Gesundheit von Kindern und jungen Menschen
- Ziel 8 Gesundheit von Frauen
- Ziel 9 Herz- Kreislaufkrankheiten reduzieren
- Ziel 10 Krebs bekämpfen
- Ziel 11 Unfälle
- Ziel 12 Psychische Störungen und Selbstmord reduzieren

Gesundheitsförderliche Lebensweise:

- Ziel 13 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- Ziel 14 Rahmen zur Förderung der Gesundheit
- Ziel 15 Gesundheitliche Kompetenz
- Ziel 16 Gesundes Leben
- Ziel 17 Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen

Gesunde Umwelt:

- Ziel 18 Umwelt- und Gesundheitspolitik
- Ziel 19 Umwelthygienemanagement
- Ziel 20 Wassergüte
- Ziel 21 Luftgüte
- Ziel 22 Lebensmittelqualität und -sicherheit
- Ziel 23 Abfallhandhabung und Bodenverschmutzung
- Ziel 24 Humanökologie und Siedlungswesen
- Ziel 25 Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung

Bedarfsgerechte Versorgung:

- Ziel 26 Politik des Gesundheitswesens
- Ziel 27 Ressourcen und Management im Gesundheitswesen
- Ziel 28 Primäre Gesundheitsversorgung
- Ziel 29 Krankenversorgung
- Ziel 30 Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
- Ziel 31 Qualität der Versorgung und bedarfsgerechte Technologie

"Gesundheit für alle" - Entwicklungsstrategien:

- Ziel 32 Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
- Ziel 33 Weiterentwicklung der "Gesundheit für alle"
- Ziel 34 Management der Entwicklung zur "Gesundheit für alle"
- Ziel 35 Unterstützung durch Gesundheitsinformation
- Ziel 36 Personelle Ressourcen für die Gesundheit erschließen
- Ziel 37 Partner für die Gesundheit
- Ziel 38 Gesundheit und Ethik

Quelle: WHO, Ziele zur »Gesundheit für alle«. Die Gesundheitspolitik für Europa, aktualisierte Fassung, Kopenhagen 1991.

sundheitspolitik für Europa«, die 1991 auf der 41. Tagung des Regionalkomitees angenommen wurde.

26. Die 38 Ziele der europäischen WHO-Strategie »Gesundheit für alle« sind in drei Komplexe von Zieltypen gegliedert (Tabelle 1 und Abbildung 1).

- In den Zielen 1-12 sind die gesundheitlichen Ergebnisse (»Endziele«) beschrieben, die mit dieser Konzeption bis zum Jahr 2000 angestrebt werden: Herstellung von »Chancengleichheit im Gesundheitsbereich«, Steigerung der »Lebensqualität« für alle, Verbesserung des Gesundheitszustands besonderer Bevölkerungsgruppen (Behinderte und alte Menschen, Kinder, Frauen) sowie Verringerung spezieller Gesundheitsprobleme (wie chronische oder übertragbare Krankheiten, Krebs, Unfälle, psychische Störungen).
- Die Ziele 13-31 sind den wichtigsten »Strategien« zur Verwirklichung dieser Endziele gewidmet. Sie betreffen zum einen die Verbreitung gesundheitsförderlicher Lebensweisen (Ziele 13-17), zum anderen die Herstellung einer gesunden Umwelt (18-25) und schließlich die Gestaltung eines bedarfsgerechten Gesundheitsversorgungssystems (26-31).
- Die Ziele 32-38 befassen sich mit der für die Durch- und Umsetzung dieser Strategien erforderlichen politischen, organisatorischen und materiellen Infra-

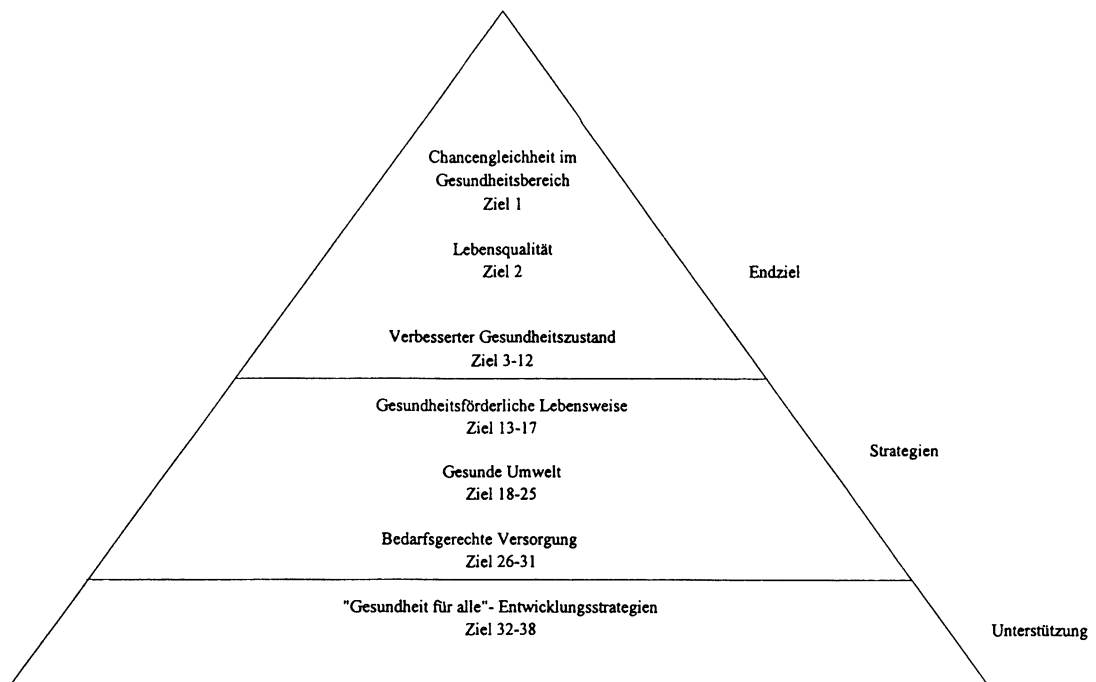
struktur (Informationssysteme, personelle Ressourcen, Management, Forschung u.a.).

27. Das wesentliche Novum der WHO-Strategie GFA 2000 besteht darin, daß ausdrücklich, z.T. auch quantitativ formulierte Gesundheitsziele zum Ausgangspunkt und Bezugsrahmen für gesundheitspolitisches Handeln gemacht werden. So sollte z.B. die »Gesundheit von Kindern und jungen Menschen« (Ziel 7) u.a. dahingehend gefördert werden, daß

- »in Ländern mit einer derzeitigen Säuglingssterblichkeit zwischen 10 und 20 pro 1000 Lebendgeburten die Ziffer auf unter 10 und in Ländern mit einer derzeitigen Säuglingssterblichkeit von über 20 pro 1000 Lebendgeburten die Ziffer auf unter 15« reduziert werden können,
- »die Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit verschiedener geographischer Gebiete und zwischen sozioökonomischen Gruppen um 25 %« abgebaut werden,
- »die unfallbedingte Mortalität und unfallbedingten schweren Verletzungen bei Kindern und jungen Menschen um 25 %« reduziert werden.

28. Jedem derartigen Ziel ist eine ausführliche »Problemläuterung« beigegeben, gefolgt von »Lösungsvorschlägen«, in denen meist mehrere der 38 Ziele programmatisch miteinander verbunden werden. Aus der

Abbildung 1: Die Ziele der WHO zur »Gesundheit für alle«



Quelle: WHO, Ziele zur »Gesundheit für alle«. Die Gesundheitspolitik für Europa, aktualisierte Fassung. Kopenhagen 1991.

Art der vorgeschlagenen Ziele und Strategien wird deutlich, daß für deren Verwirklichung die Gesellschaft als Ganzes zu mobilisieren ist und Änderungen in einer Vielzahl von Politikfeldern erforderlich sind, daß folglich das Gesundheitswesen selbst nur noch als ein, allerdings wichtiges Gebiet gesundheitspolitischer Aktionen gilt und die Forderung nach dessen zieladäquater Reform lediglich eines von mehreren Elementen des Gesamtprogramms darstellt.

29. Dieser prinzipiellen Neuorientierung der Gesundheitspolitik haben sämtliche Mitgliedstaaten der WHO-Europa zugestimmt. Erste Versuche einer Realisierung der Strategie auf nationaler Ebene wurden in Finnland, den Niederlanden und einer Reihe osteuropäischer Länder unternommen, gefolgt von regionalen Unternehmungen, wie denen in Wales, Schottland, England und einigen Regionen Spaniens. In den letzten Jahren wurden auch in Griechenland, Frankreich, Luxemburg und der Türkei Basisberichte und Konsultationsdokumente für die Entwicklung einer an der GFA-Strategie und an Gesundheitszielen ausgerichteten Gesundheitspolitik erarbeitet. Außerhalb Europas ist vor allem die Initiative der US-amerikanischen Regierung zur Aufstellung nationaler Ziele für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als eine Annäherung an das Globalkonzept der WHO zu nennen.

1.6. Die Berücksichtigung nicht primär gesundheitsbezogener gesellschaftlicher Ziele bei der Bestimmung von Gesundheitszielen

30. Die Abgrenzung gesundheitsrelevanter Einflüsse aus anderen gesellschaftlichen Bereichen (Bildung, Arbeit, Verkehr etc.) von den Gestaltungsgesichtspunkten des Gesundheitswesens bedeutet nicht umgekehrt, daß die Leistungsgestaltung im Gesundheitswesen nicht auch gesamtgesellschaftlich relevant ist. Als Bereich gesellschaftlicher Gestaltungsmöglichkeiten hat das Gesundheitswesen auch Bedeutung für die Sicherung und Weitergestaltung der wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen eines Landes.

Vor dem Hintergrund der demographischen und politischen Entwicklung in und um Europa könnten diese Ziele folgendermaßen präzisiert werden:

- die Förderung der Gesundheit heranwachsender Generationen;
- die Erhaltung der wirtschaftlichen Sicherheit (z.B. Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit);
- die Erhaltung der selbständigen Lebensführung (Autarkie) alter Menschen;
- eine integrative gesundheitliche Betreuung der Zuwanderer;
- die Gestaltung der deutschen Einheit im Bereich Gesundheit;

- die Gestaltung der europäischen Einheit im Bereich Gesundheit;
- die Steigerung des individuellen Gesundheitsbewußtseins der Bevölkerung.

31. Die perinatalogische Situation in Deutschland ist von beachtlichen Erfolgen bei der Senkung der Mortalität gekennzeichnet. Gerade die Rettung von Neugeborenen, die in der Vergangenheit keine Überlebenschance hatten, wirft jedoch verschärft die Frage der Vermeidung und Linderung von Behinderungen auf. Eine ähnliche Bedeutung kommt bei der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen den häuslichen und Wege-Unfällen zu. Zu beachten sind auch die sich in diesem Alter entwickelnden gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen.

Zum Zielbereich der Förderung der Gesundheit der Nachkommen lassen sich beispielhaft ausführen: genetische Beratung, Schwangerenvorsorge, Immunschutz, Unfallschutz. Im Schulalter treten z.B. die Kariesprophylaxe und das frühzeitige Erkennen von Diabetes und Leukämie hinzu. Die potentiellen Maßnahmen reichen von der Förderung bestimmter Verfahren (z.B. der Sonographie für die Früherkennung der Hüftdysplasie) über die Stärkung von Beteiligungsraten an Vorsorgeprogrammen bis hin zur Gründung neuer Einrichtungen (wie z.B. zur Entbindung von Risikokindern mit dem Ziel, die Zahl der Zerebralparese-Fälle zu senken) und zur Stärkung der Forschungsbemühungen (z.B. bezüglich des Krippentodes (SIDS)). Die möglichen Gesundheitsprobleme Heranwachsender machen deutlich, daß nicht nur die Medizin im engeren Sinne gefordert ist, sondern auch Programme in anderen Sektoren, die sich mit der Förderung der Familie, von Alleinerziehenden oder der Adoptionsberatung beschäftigen. Ziel eines solchen Programms müßte es sein, unter rationalen Zielvorgaben auf allen Handlungsebenen soviel wie möglich in eine gesunde Bevölkerungsbasis zu investieren.

32. Neben der Förderung einer gesunden Nachkommenschaft ist es von Bedeutung, alle gesundheitlichen Risiken für eine produktive Lebensgestaltung anzugehen. Es geht dabei nicht nur um den Aspekt der Frühinvalidität (schon gar nicht isoliert auf die Arbeitsmedizin), sondern auch um solche gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die sich anders – z.B. im Sinne eines größeren Arbeitslosenrisikos oder einer geringeren Qualifizierungs- und Aufstiegswahrscheinlichkeit – äußern.

Auch wenn unter dem Gesichtspunkt des demographischen Wandels die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Produktivkraft nicht vernachlässigt werden sollte, so steht jedoch vor allem das persönliche und familiäre Schicksal des von beruflichem Stillstand, Niedergang oder Ausschluß Betroffenen im Vordergrund der Bewertung.

Die Sicherung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit hat bei der Flexibilisierung des Rentenalters umso mehr individuelle und volkswirtschaftliche Bedeutung, je mehr die-

ses Angebot von den älteren Arbeitnehmern auch tatsächlich genutzt werden kann, d.h. die körperliche und geistige Spannkraft auch Freude an der Arbeit und Freizeit ermöglicht.

33. Bekanntlich hat die Verlängerung der Lebenserwartung auch die Konsequenz, daß die Multimorbidität älterer Menschen in steigendem Maß das Ausgabenprofil der GKV beeinflusst. Daran sind vor allem die Altersjahrgänge jenseits des 75. Lebensjahres beteiligt. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen kann umso eher in Grenzen gehalten werden, je mehr Aufmerksamkeit auf die Erzielung einer autarken Lebensführung mit aktiver Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bis ins hohe Alter gelegt wird. Die Diskussion um die Pflegeversicherung – so wichtig sie ist – lenkt offensichtlich davon ab, daß Alter nicht nur schicksalhaft ertragen, sondern auch aktiv gestaltet werden kann: Die Voraussetzung ist die Erhaltung (oder Wiederherstellung) der (vor allem auch geistigen) Gesundheit. Beispiele sind neben der Erhaltung der geistigen Fähigkeiten die Förderung der Mobilität und Sensorik. Dies gelingt auch im Krankheitsfall umso eher, je wohnbereichsorientierter die Versorgung und je intensiver und früher eine Remobilisierung erfolgt.

34. Die Bundesrepublik Deutschland wird in den kommenden Jahrzehnten immer mehr in eine demographische Problemlage geraten, da der erwerbstätige Bevölkerungsanteil relativ abnimmt. Zum Teil wird dem über Zuwanderung von außen (Süd- und vor allem Osteuropa) gegengesteuert. Jedenfalls ist nicht zu erwarten, daß alleine eine Familienförderung zu einer Änderung des generativen Verhaltens der Bevölkerung in dem Sinne führen wird, daß die Bevölkerungspyramide wieder einen deutlich breiteren Sockel erhält.

Die Zuwanderer werden zur Zeit nicht besonders mit gesundheitlichen Programmen bedacht. Es fehlen auch diesbezügliche Zahlen, so daß trotz des Umfangs der Zuwanderung in den letzten Jahren unbekannt blieb, welche finanzielle Belastung ihre gesundheitliche Versorgung (Nachholbedarf) dem System der GKV gebracht hat. Gerade wegen der teilweise beträchtlichen kulturellen Distanz ist selbst bei bestehendem Nachholbedarf dessen Deckung nicht gesichert: Es muß den Versorgungsproblemen der Zuwanderer besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, um Vorsorge- und Versorgungsangebot diesen Bevölkerungsgruppen optimal zugänglich zu machen.

35. Ein wichtiger Zielbereich wird die weitere Gestaltung der deutschen Einheit im Bereich Gesundheit sein. Ausgehend von dem Vergleich alte und neue Bundesländer lassen sich Gesundheitsziele formulieren, die auf die Erreichung gleicher Versorgungsniveaus durch die entsprechende Anhebung in schlechter versorgten Landesteilen abzielen (z.B. in den alten Bundesländern Besserung des Immunschutzes, in den neuen Bundesländern z.B. Senkung der Schwangerschaften Minderjähriger)

oder sich abzeichnenden Entwicklungen in den neuen Bundesländern (Unfallgeschehen, Suchtproblematik) gegensteuern sollen (Ziffer 149). Ähnliche Impulse für die Aktivierung von Zielen sind aus dem internationalen Vergleich insbesondere im Rahmen der EU zu erwarten.

1.7. Strategische Bedeutung der Ziele für die Gestaltung des Gesundheitssystems

36. In Analogie zur Gliederung der 38 Ziele der Europäischen WHO-Strategie »Gesundheit für alle« (Tabelle 1) kann die Zieldiskussion in drei übergreifenden Bereichen zusammengefaßt werden:

- (1) Ausgehend von den gesellschaftspolitischen brennenden Fragen der nächsten Dekade in Deutschland und Europa (Ziffer 30 ff.) können Spektren der Morbidität benannt werden, in denen medizinisch je Betroffenen die meisten Fortschritte erzielbar bzw. die Versorgungsdefizite oder Fehlentwicklungen zu beobachten sind. Als Grundlage für diese Aufbereitung können dienen:
 - das Programm der Weltgesundheitsorganisation (Europäische Region);
 - vergleichbare Dokumente internationaler Herkunft;
 - gesundheitspolitische Programmatiken verschiedener Gruppierungen in Deutschland (von Gebietskörperschaften bis Selbsthilfegruppen);
 - die Aufbereitungen, die für und unter dem Titel »Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in Deutschland« vorliegen (inklusive der Ergänzung zu den fünf neuen Ländern);
 - die Vorstellungen und Programme, die von professionellen Gruppen (Fachgesellschaften etc.) vorgelegt bzw. empfohlen werden.

Tabelle 2 (1.) zeigt beispielhaft eine solche Thementaufstellung, auf der aufbauend in den folgenden Abschnitten zur Prävention (Ziffer 220ff.), über professionelle Standards (Ziffer 252ff.) und zu Gesundheitsabgaben (Ziffer 622ff.) inhaltlich zu einigen Feldern weitere Aufbereitungen vorgelegt werden. Die exemplarische Themenwahl entstammt dabei sowohl dem WHO-Programm als auch den beiden Veröffentlichungen über »Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung«¹ bzw. »Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der ehemaligen DDR«².

¹ Projektgruppe 'Prioritäre Gesundheitsziele': Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung¹ in der Bundesrepublik Deutschland, Zahlen – Fakten – Perspektiven, Baden-Baden 1990.

² BMG Schriftenreihe, Band 23.

Wo Datenaufbereitungen die Entscheidung erleichtern, sind diese durch die Gesundheitsberichterstattung zu leisten. Aber auch dort – und nicht nur wo diese an methodische Grenzen stößt – ist die Definition der Ziele eine politische Aufgabe unter Berücksichtigung des Pluralismus.

- (2) In einem zweiten Zielbereich sind die wichtigsten Strategien zur Verwirklichung der in (1) aufgezähl-

ten Ziele zu bestimmen (Tabelle 2, II.). Unter anderem sind hier die Fragen einer bedarfsgerechten Gestaltung des Gesundheitswesens anzusprechen. In diesem Gutachten hat der Rat hierzu neben den vorrangigen Fragen der Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung und Vergütung die Themen gesunde Lebensführung, professionelle Standards, hausärztliche Versorgung und die Integration der

Tabelle 2: Themenliste für Gesundheitsziele

I. Medizinische Zielbereiche*	
1. vor der Schwangerschaft	1. Verbesserung der Immunlage (Röteln) 2. Verbesserung der genetischen Beratung
2. Geburt / Kleinkind	1. Behinderung 2. SID 3. Alkohol-Embryopathie 4. Hüftdysplasie 5. Immunlage
3. Kind / Schulkind	1. Diabetes I 2. Leukämie 3. Schilddrüsenkrankheit 4. Karies 5. häuslicher Unfall 6. Übergewicht 7. Asthma
4. Jugendlicher / Junger Erwachsener	1. Unfall (Sport, Verkehr) 2. Nikotin-/Alkoholkonsum (⇒ Herz-Kreislaufkrankheiten/Krebskrankheiten) 3. ungewollte Schwangerschaft 4. Berufseignung 5. Bluthochdruck
5. Erwachsener	1. Medikamentenmißbrauch 2. chron. Niereninsuffizienz (Dialyse) 3. Störungen der Schwangerschaft 4. Psoriasis 5. Degenerative Gelenkerkrankungen 6. chron. Leberkrankheit 7. Venenerkrankungen
6. "Jung"-Senior	1. Diabetes II 2. Depression 3. Seh-/Hörstörungen 4. Osteoporose
7. Senior	1. Demenz 2. Pflege
II. Strategien	
Gesundheitsförderung und gesunde Lebensweise professionelle Standards und Qualitätssicherung bedarfsgerechte Leistungsangebote und -vergütung Integration ambulanter und stationärer Versorgung	
III. Unterstützungsbereiche	
Umsetzungsforschung (z.B. Gentherapie-Entwicklung) Berufsbildentwicklung und Ausbildung Hausarzt Ethik (humanes Sterben, Patiententestament) Gesundheitsberichterstattung	

*Bemerkung: Themenfelder werden nur einmal aufgeführt, und zwar bei der Altersgruppe, bei der erstmalig dafür Relevanz gesehen wird.

Abbildung 2: Ziel- und Mittelebenen von Orientierungsdaten

Ziel- Mittel-Ebene	Beitrag zur Gesundheitsproduktion	Indikatortyp	Beispiele
Allgemeine Ziele oder Leitbilder ▲ (5) Wirkungsebene	wohlfahrtsrelevanter Lebensbereich	nicht zu konkretisieren	Steigerung des Gesundheitsstandes, moderne Gesundheitsvorsorge, bedarfsgerechtes Angebot an medizinischen Leistungen
▲ (4) Ebenen der Inanspruchnahme	konkretisierte, operationale Wirkungsziele	Resultatindikatoren auf individueller Ebene	Mortalitäts- und Morbiditätsindices, Indices der Lebenserwartung
▲ (3) Angebotsebene	konkretisierte operationale Ausbringungsziele	Nutzungsindikatoren	Anzahl der in Anspruch genommenen Impfungen, diagnostische Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen
▲ (2) Ausstattungsebene	fertiggestelltes konsumierbares Produkt, verfügbares und erreichbares Angebot	Angebots- bzw. Leistungsindikatoren	Angebot an Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen
▲ (1) Ausgaben bzw. Finanzierungsebene	personelle und sachliche Kapazitäten	physische Input- oder Ausstattungsindikatoren	Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhäuser, Röntgengeräte, Arzneimittel
	Ausgaben bzw. monetäre Inputs	monetäre Inputindikatoren	Gesundheitsausgaben nach -Ausgabenträger -Ausgabenarten -Leistungsarten

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von E. Wille, Zur Rolle von Orientierungsdaten im Gesundheitswesen, in: H.R. Vogel (Hrsg.), Die Bedeutung der Planungs- und Orientierungsdaten im Gesundheitswesen, Stuttgart, New York 1989.

ambulanten und stationären Versorgung herausgestellt.

Die Anhangtabellen zeigen gegliedert nach Ausgaben (Anhang, Tabelle A 1), Leistung (Anhang, Tabelle A 2) sowie Planung und Entscheidung (Anhang, Tabelle A 3) an einigen Beispielen den augenblicklichen Stand von Verantwortlichkeiten. Eine gemeinschaftliche Diskussion auf der Basis identifizierter Ziele läßt eine Weitergestaltung der Rolle unterschiedlicher Partner im Gesundheitswesen auch unter dem Aspekt zu, welche Verbesserungen bzw. welche Gefahren mit Vorschlägen strukturellen Wandels verbunden sind. Hier liegt die Hauptbedeutung der Beschäftigung des Rates mit Gesundheitszielen in diesem Sondergutachten: Es muß erreicht werden, daß die Strukturdiskussion positiv an Gesundheitszielen einerseits und in allen potentiell beitragenden Sektoren (nicht nur das Gesundheitswesen oder nur die GKV betreffend) ge-

führt wird. Die Diskussion muß sich den Aufgaben der Zukunft sowohl inhaltlich wie strukturell stellen. Sie darf nicht zur Ausgrenzungsdiskussion degenerieren.

Auch durch jenseits des Gesundheitswesens in der Politik verankerte Programme kann es gelingen, noch erhebliche Ressourcen für die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit zusätzlich zu mobilisieren. Folglich sollte nicht von einem fixen Ressourcenpotential für gesundheitsförderliche Maßnahmen ausgegangen werden, aus dem heraus je nach Prioritätenfestlegung lediglich verteilt werden könne, so daß die Akzentuierung der einen Aufgabe automatisch die Vernachlässigung einer anderen nach sich zöge. Denn wo es tatsächlich gelingt, gesundheitliche Ziele zu gemeinschaftlichen zu machen, werden erfahrungsgemäß auf vielen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens neue Initiativen angeregt.

- (3) Ein letzter Zielbereich hat sich mit der für die Umsetzung notwendigen politischen, organisatorischen und materiellen Infrastruktur zu beschäftigen (Tabelle 2, III.), wie z.B. Informationssysteme, Management, Forschung, Qualitätssicherung, Ausbildung, Konsensusorganisation etc. Hierzu legt der Rat partiell bereits in diesem Sachstandsbericht (z.B. zur Diagnosenstatistik, Ziffer 265ff.), teilweise aber erst im Abschlußbericht beispielhafte Ausarbeitungen vor.

37. Die strategische Bedeutung der Zieldiskussion läßt sich bündig zusammenfassen mit:

- Definition von Zielen vorrangig vor Allokation von Mitteln,
- Abstimmung von Verantwortung vorrangig vor Abschiebung von Aufgaben,
- Nachfragebestimmung vorrangig vor Angebotsreduktion (beinhaltet auch: Rationalisierung vor Rationierung).

38. Die nachfolgende Abbildung 2 faßt fünf hierarchisch aufgebaute Ziel-Mittel-Ebenen zusammen. Es wird dabei deutlich, daß die Zielbezogenheit von unten nach oben zunimmt: die bereits behandelten WHO-Ziele würden also auf der obersten Ebene angesiedelt sein. Diese Darstellung macht (idealtypisch) die Abhängigkeit unterer Ebenen von den darüberliegenden deutlich. Dies zeigt die Orientierungsfunktion, die Gesundheitsziele bis hinunter zur Ausgaben- und Finanzierungsebene haben können.

1.8. Zu den Prinzipien der Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität

39. In der sozialpolitischen Diskussion, in der es um die Zuordnung von gesellschaftspolitisch wichtigen Aufgaben und Zielen zu Trägern geht (Tabelle 2, Abbildung 2), sind die Prinzipien Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität von zentraler Bedeutung. Sie wird noch zunehmen, wenn eine stärkere Zielorientierung im Gesundheitswesen und darüber hinaus erreicht wird. Je sektorübergreifender Ziele verfolgt werden, desto mehr Überlegung muß darauf verwandt werden, auf welcher Ebene Verantwortung wahrgenommen werden soll. Dabei ist eine Auseinandersetzung mit den Prinzipien Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität notwendig und hilfreich.

Die Begriffe Eigenverantwortung und Solidarität werden benutzt, um zu verdeutlichen, wer für die Übernahme eines Risikos innerhalb eines Kollektivs verantwortlich zeichnet. Auf dieser Ebene wird entschieden, was von einzelnen zu leisten ist und was die individuelle Leistungsfähigkeit übersteigt. Bei dem Prinzip der Subsidiarität wird dagegen die Verantwortlichkeit einer bestimmten sozialen Einheit (z.B. Familie, Nachbarschaft, Vereine, Betriebe, gebietskörperschaftliche Einheiten)

oder der Eigenverantwortung des Individuums zugeordnet. Das Prinzip der Subsidiarität wird so zu einem wichtigen sozialpolitischen Zuordnungsinstrument.

40. Solidarität ist neben der Subsidiarität ein zentrales Prinzip der Sozialgesetzgebung und zählt damit zu den konstitutiven Grundlagen des Sozialstaats. Solidarität findet ihren Ausdruck nicht nur auf staatlichen Ebenen, sondern beeinflusst das Zusammenleben von Mitgliedern in Gemeinschaften und Gesellschaften in den unterschiedlichsten Kollektiven. Solidarität leitet sich aus der Tatsache her, daß Menschen in ihrer Eigenschaft als soziale Wesen in gegenseitiger Abhängigkeit leben. Der Einzelne ist auf andere angewiesen, um an den Vorteilen einer arbeitsteiligen Wirtschaft teilhaben zu können; umgekehrt sind die Kollektive von der Unterstützung und dem sozialen Verhalten einzelner abhängig.

Solidarität entwickelt sich um so selbstverständlicher und ist umso widerstandsfähiger gegenüber Entsolidarisierungstendenzen, je näher sich die Mitglieder einer Gemeinschaft oder Gesellschaft stehen. Soziale Nähe muß dabei nicht auf persönlichem Kennen beruhen, sondern kann auch durch Interessenidentität hergestellt werden (z.B. in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt das Interesse der Versicherten an bedarfsgerechter medizinischer Versorgung im Krankheitsfall unabhängig vom Einkommen) oder durch ein stark wahrgenommenes gemeinsames Merkmal (z.B. Berufszugehörigkeit bei der Mitgliedschaft in der Bundesknappschaft, aber auch ausgeprägtes Gruppenbewußtsein bei Angehörigen des ärztlichen Standes). Je heterogener sich die Mitglieder eines Kollektivs zusammensetzen, desto notwendiger werden Definition und Verrechtlichung sowie Verpflichtung zu solidarischem Verhalten.

Wichtig ist bei »gesetzlich vorgeschriebener« Solidarität, daß die Akzeptanz der Mitglieder gegenüber diesem »Zwang zum Teilen« erhalten bleibt, und zum anderen, daß Solidarität nicht kontraproduktiv wirkt, indem die Wohlfahrt vieler Mitglieder eines Kollektivs durch un-solidarisches Mitnahmeverhalten einzelner sinkt. Um diese beiden Vorbedingungen sicherzustellen, muß versucht werden, auf Grundlage der Subsidiarität die zur Lösung eines Problems angemessene Solidargemeinschaft zu finden und dann ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Solidarität und Eigenverantwortung herzustellen.

41. Das Prinzip der Subsidiarität besagt, daß größere Sozialgebilde keine Aufgaben an sich ziehen sollen, die kleinere Einheiten besser oder mindestens ebensogut erfüllen können und außerdem nur dann Aufgaben ständig übernehmen, die auf der niedrigeren Ebene auch auf Dauer nicht erbracht werden können. Die höheren Einheiten müssen aber die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen schaffen, damit die jeweiligen untergeordneten Einheiten die ihnen derart übertragenen Aufgaben zu lösen in der Lage sind. Die Realisierung und konkrete Ausgestaltung des Subsidiaritätsprinzips ist auch

davon abhängig, wie sich die materiellen Möglichkeiten der Menschen zur Daseinsvorsorge im Zeitablauf ändern. Außerdem spielt der Wandel von Art und Umfang der eintretenden Lebensrisiken sowie der wirtschaftliche und soziale Strukturwandel eine große Rolle bei der Fra-

ge, welche Teilbereiche der Daseinsvorsorge durch eigenverantwortliche Selbstvorsorge, durch Hilfe zur Selbsthilfe oder durch kollektive Vorsorge von größeren Sozialgebilden übernommen werden.

2. Die finanzielle Situation des Gesundheitswesens

2.1. Der Finanzierungsgegenstand

42. Krankheiten und Invalidität gehören zu den Lebensrisiken, die eine Daseinsvorsorge erfordern. Risiken dieser Art sind Ausgangspunkt gesundheitspolitischer Überlegungen. Die Kenntnis von Bestimmungsfaktoren von »Schadensfällen« bildet eine Grundlage für Fragen der Finanzierung. Je mehr z.B. über Art und Häufigkeit von Krankheitsfällen nach Bevölkerungsgruppen bekannt ist, desto stärker verbessern sich die Möglichkeiten zur Risikoprävention.

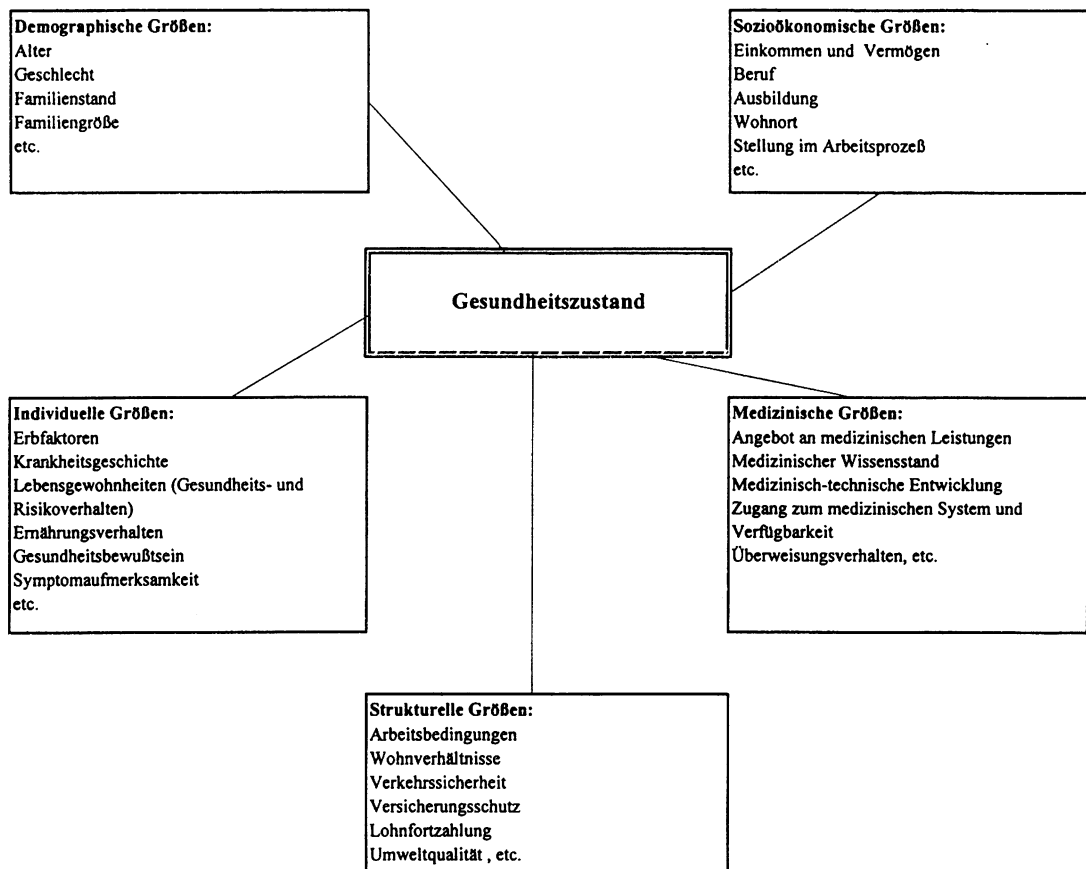
Die Verringerung des Auftretens von »Schäden« setzt die Kenntnis ihrer Ursachen voraus. Aus Abbildung 3 lassen sich die demographischen, sozio-ökonomischen, medizinischen, strukturellen und individuellen Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes entnehmen. Mit ihrer Hilfe und einer Disaggregation der Bevölkerung nach Krankheitsbildern lassen sich Erklärungszusammenhänge aufhellen. Das ist eine Voraussetzung für eine stärkere Risikoprävention mit Hilfe verhaltensbeeinflus-

sender Anreize, die zusätzlich zum Umweltschutz, zur Unfallverhütung oder zur Gesundheitsaufklärung treten kann.

43. Neben der Risikoprävention ist die Übernahme des Risikos unvermeidbarer Schadensfälle die zweite Form der Risikovorsorge, die in der Realität mit der kurativen Behandlung zweifellos noch immer im Vordergrund steht. Sie erstreckt sich auf die Übernahme von Behandlungskosten und umfaßt auch das Krankengeld und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Die zu übernehmenden Schäden sind hinsichtlich des Zeitpunktes ihres Auftretens und ihrer Art und Höhe nach im Einzelfall weitgehend unbekannt.

44. Die Umschreibung des Finanzierungsgegenstandes ist auch deswegen nicht einfach, weil weder die Aufgaben der Gesundheitsversorgung noch die Ziele der Gesundheitspolitik fest umrissen sind. Bei der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung geht es um die Risikovorsorge im Krankheitsfall. Sie kann – wie ausgeführt – darauf gerichtet sein, die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens und dessen Ausmaß zu verringern (Risikoprävention). Zum

Abbildung 3: Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes



anderen geht es um die Bezahlung der Ausgaben eines Schadensfalles (Risikoübernahme).

45. Unabhängig davon, ob Gesundheitsleistungen die Risikoprävention umfassen oder sich nur auf die Risikoübernahme bzw. den Krankenversicherungsschutz beschränken, zählt die Sicherstellung einer ambulanten und stationären Versorgung (einschließlich Unfallretungswesen) und die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zum Hauptgegenstand der Finanzierung. Unabhängig davon müssen im Krankheitsfall Transferzahlungen verschiedener Art zur Verfügung stehen. Weiterhin sollte im Gesundheitswesen ein Ausbildungs- und Forschungsniveau erreicht werden, das den Standards und Wünschen des jeweiligen Landes entspricht. Schließlich bestehen in den fünf neuen Bundesländern noch Aufgaben im Aufbau einer besseren Infrastruktur in der ambulanten und stationären Versorgung und darin, noch bestehende Unterschiede in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Menschen in den alten und den neuen Bundesländern möglichst rasch zu beseitigen (Ziffer 146ff.).

46. Gesundheitsleistungen dienen in erster Linie den Zielen der gesundheitlichen Betreuung und der Krankenversorgung der Menschen. Dazu zählen:

- Verhinderung des vermeidbaren Todes,
- Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheit sowie damit verbundenem Schmerz oder Unwohlsein,
- Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionstüchtigkeit,
- Wahrung der menschlichen Würde und Freiheit auch im Krankheitsfall und beim Sterben.

Damit wird erneut deutlich, wie schwer es ist, ein und für alle Mal Gesundheitsleistungen zu definieren. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, daß die traditionelle Weise, Gesundheitsausgaben zu erfassen, über ihre Bedeutung für die Gesundheitsleistungen im Sinne ihrer Ziele und in Hinblick auf die Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes wenig aussagt.

47. Diese Ansicht, daß eine rein fiskalische Betrachtung des Gesundheitswesens unzureichend ist, wird auch deutlich, wenn die Ziele der Gesundheitsleistungen um gesundheitspolitische Grundvorstellungen ergänzt werden, z.B.:

- gleicher Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, die die Gesunderhaltung, Heilung, Besserung und Linderung bei Krankheit umfaßt,
- bestmögliche Versorgungsqualität für alle Bürger,
- Gewährleistung eines Höchstmaßes an Wahlfreiheit für alle Beteiligten des gesundheitlichen Versorgungssystems und Stärkung des eigenverantwortlichen Umganges mit der Gesundheit durch geeignete Anreize,
- kostenminimale Produktion im Sinne einzelwirtschaftlicher Rationalität sowie einer gesamtwirt-

schaftlich vertretbaren Entwicklung der Gesundheitsausgaben.

Auch anhand dieses Zielkataloges zeigt sich die Schwierigkeit, den Finanzierungsgegenstand und die Gesundheitsleistungen zu definieren und aufzuzeigen, welchen Einschränkungen in dieser Hinsicht eine Definition der Gesundheitsausgaben und die Analyse der finanziellen Situation des Gesundheitswesens unterworfen ist.

2.2. Die Finanzlage im Gesundheitswesen insgesamt (1970 – 1991)

2.2.1. Zur Abgrenzung und Einteilung von Gesundheitsausgaben

48. Die Gesundheitsausgaben stehen oft im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Ihre Entwicklung führt zu Fragen der Effizienz des Gesundheitswesens und zu Steuerungsnotwendigkeiten. Die Erfassung der Gesundheitsausgaben erfolgt derzeit in unterschiedlicher Abgrenzung durch das Statistische Bundesamt, im Rahmen des Sozialbudgets und beschränkt auf die GKV-Ausgaben, wobei bei allen Abgrenzungen auf Auslassungen und Doppelzählungen geachtet werden muß. International vergleichbar versucht die OECD, die Ausgaben für Gesundheit darzustellen. In der Regel werden die Ausgaben in ihrer absoluten Höhe, in Prozent des Sozialproduktes und je Einwohner bzw. je Versicherten dargestellt (Tabelle 3).

Die deutlichen Unterschiede der Höhe der Ausgaben in der Abgrenzung des Statistischen Bundesamtes und der OECD resultieren u.a. aus der Nichtberücksichtigung von Lohnersatzleistungen durch die OECD. Aber auch Statistiken wie die des Statistischen Bundesamtes und des Sozialbudgets unterscheiden sich in der Abgrenzung deutlich.

49. In der Praxis werden Gesundheitsausgaben unterschiedlich eingeteilt, um sie für verschiedene Fragestellungen verwenden zu können. Bei den gebräuchlichsten Einteilungen handelt es sich um folgende Unterscheidung:

- nach Ausgabenträgern,
- nach Leistungsarten,
- nach Ausgabearten,
- nach Kassenarten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung
- und je Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ist im Zusammenhang mit den Abgrenzungen der Gesundheitsausgaben von den sog. Leistungsausgaben der GKV die Rede, sind sie um die Verwaltungsausgaben saldiert.

50. Die Einteilung der Gesundheitsausgaben erleichtert ihre Analyse. Aus allokativer Sicht steht ihre Ver-

Tabelle 3: Ausgaben für Gesundheit in verschiedenen Abgrenzungen, in Mrd. DM, in % des Bruttonozialprodukts und je Einwohner, alte Bundesländer, 1980 – 1991

Abgrenzung der Ausgaben nach	Ausgaben	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Statistisches Bundesamt	in Mrd. DM	195,7	239,5	249,9	260,6	275,1	276,8	303,7	336,6
	in % des BSP	13,2	13,0	13,4	12,9	13,1	12,3	12,5	12,8
	je Einwohner in DM	3.178	3.925	4.092	4.266	4.458	4.416	4.800	5.250
Sozialbudget	in Mrd. DM	158,0	191,1	202,0	211,9	222,8	224,6	244,3	270,1
	in % des BSP	10,6	10,4	10,4	10,5	10,6	10,0	10,0	10,3
	je Einwohner in DM	2.566	3.132	3.311	3.469	3.626	3.619	3.862	4.215
OECD	in Mrd. DM	123,9	158,5	164,7	172,2	185,3	184,9	201,2	222,0
	in % des BSP	8,4	8,6	8,5	8,6	8,8	8,2	8,2	8,4
	je Einwohner in DM	2.012	2.599	2.699	2.819	3.015	2.979	3.180	3.465
Gesetzliche Krankenversicherung	in Mrd. DM	89,8	114,1	119,9	125,0	134,4	129,9	141,7	159,8
	in % des BSP	6,0	6,2	6,2	6,2	6,3	5,7	5,8	6,1
	je Versicherten in DM ¹⁾	1.616	2.096	2.213	2.324	2.499	2.417	2.607	2.895
	je Mitglied in DM ²⁾	2.537	3.152	3.289	3.383	3.632	3.490	3.734	4.129

SVRKAiG 1993

- 1) Laut Mikrozensusserhebungen.
 2) Mitglieder einschl. Rentner im Jahresdurchschnitt.

Quelle: Eigene Darstellung und eigene Berechnungen auf Grundlage BMA, BMG. Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, verschiedene Jahre; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1993/94; StBA, Fachserie 12, Reihe S.2, Ausgaben für Gesundheit 1970 – 1991 sowie Statistisches Jahrbuch 1993 für die Bundesrepublik Deutschland; OECD, Social Policy Studies, verschiedene Jahrgänge; BarBI, H. 7/8-1988, H. 7/8-1990, H. 6-1993.

wendung nach Höhe und Struktur im Vordergrund. Unter distributiven Gesichtspunkten wird nach ihrer Bedeutung für die Einkommensverteilung und die gewünschte Solidarität unter den Versicherten gefragt. Aus konjunktur- und wachstumspolitischer Perspektive werden die Beschäftigungswirkungen sowie Kapazitäts- und Produktivitätseffekte der Dienstleistungsbranche Gesundheitswesen analysiert. Schließlich wird bei der Frage nach der Wirksamkeit von Gesundheitsausgaben auch ihr Zusammenhang mit Indikatoren wie der Lebenserwartung, Sterblichkeit und Krankheit analysiert.

2.2.2. Die Gesundheitsausgaben nach Trägern und Finanzierungsformen

51. Zur Erfassung der Situation im Gesundheitswesen werden vom Statistischen Bundesamt seit dem Jahre 1970 alle öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben in einer Statistik zusammengefaßt. Dabei wird unterschieden nach den Trägern:

- öffentliche Haushalte,
- gesetzliche Krankenversicherung,
- Rentenversicherung,
- gesetzliche Unfallversicherung,
- private Krankenversicherung,
- Arbeitgeber und

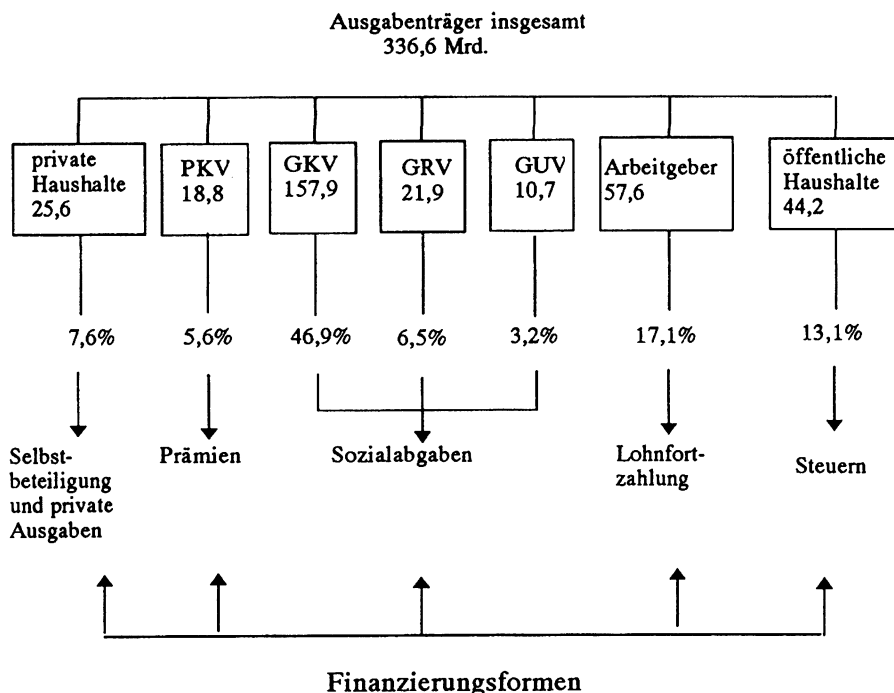
- private Haushalte.

Reformen im Gesundheitswesen können die Ausgaben-gewichte der Träger, gemessen am jeweiligen finanziellen Umfang, verschieben. Ausgrenzungen aus dem Leistungskatalog der GKV verschieben z.B. das Gesamtausgabenvolumen in Richtung anderer Ausgabenträger. Die Erweiterung des in der GKV versicherten Personenkreises würde einen gegenteiligen Effekt haben und den Anteil der GKV-Ausgaben an den Gesamtausgaben ceteris paribus erhöhen. Auch die Zuordnung von Gesundheitsleistungen zur Rentenversicherung, in die öffentlichen Haushalte oder zu den Arbeitgebern bestimmt die Ausgabenstruktur und ihre Entwicklung im Zeitablauf.

52. Vereinfachend stellte sich im Jahre 1991 das Verhältnis der Ausgabenträger und ihrer Finanzierung folgendermaßen dar (Abbildung 4). Dort zeigt sich die absolute und relative Verteilung der Ausgaben nach den sieben Trägern und zugleich die Struktur der Finanzierungsformen (private Ausgaben, Selbstbeteiligung, Prämien, Sozialversicherungsbeiträge, Lohnfortzahlung und Steuern).

53. Wie schon in früheren Jahresgutachten des Rates festgestellt wurde, gibt die Betrachtung der gesamten Gesundheitsausgaben (in der Abgrenzung durch das Statistische Bundesamt) Aufschluß darüber, welcher Ausgabenanteil auf die verschiedenen Ausgabenträger

Abbildung 4: Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Finanzierungsformen im Jahre 1991 (alte Bundesländer)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von StBA.

im Gesundheitswesen entfällt und welche Belastungsverschiebungen im Zeitablauf auftreten.

- Auf die gesetzliche Krankenversicherung entfielen 1970 erst gut 1/3 aller Gesundheitsausgaben; dieser Anteil stieg bis 1988 – dem Jahr vor dem Gesundheits-Reformgesetz – auf 47,9 % und sank dann auf 46,9 % im Jahre 1991.
- Auf die Arbeitgeber entfiel 1970 noch fast 1/4 aller Gesundheitsausgaben (v.a. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall), 1985 jedoch nur noch 15,7 %. Dieser Anteil stieg bis zum Jahr 1991 wieder auf 17,1 %.
- Der Finanzierungsanteil der öffentlichen Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben schwankt zwischen 14,4 % 1971 und 12,8 % 1984. 1991 entfielen auf die öffentlichen Haushalte 13,1 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen.
- Als viertgrößter Financier tragen inzwischen (1991) die privaten Haushalte 7,6 % zu den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen bei. 1975 lag dieser Anteil noch bei 6,4 %. Seine Tendenz dürfte steigend sein, wenn die anteilige Direktzahlung an Bedeutung gewinnt.
- Der Anteil der Rentenversicherungsträger an der Finanzierung der gesamten Gesundheitsausgaben sank nahezu kontinuierlich von 9,4 % im Jahre 1970 auf 6,5 % im Jahre 1991.
- Der Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung sank nach 1970 (5,1 %) und bewegte sich im Zeitraum von 1975 bis 1984 zwischen 4,5 % und 4,9 % aller Gesundheitsausgaben. Erst in der zweiten Hälfte der 80er Jahre stieg der Anteil wieder auf 5,2 % (1987 und 1988) über einen Höchststand von 5,7 % 1989 auf 5,6 % im Jahre 1991.
- Der Anteil der Unfallversicherung an allen Gesundheitsausgaben ist im betrachteten Zeitraum sehr stabil bei ca. 3,5 %.

54. Aus der Abbildung 5 geht hervor, daß zwischen den Ausgabenträgern in den Jahren von 1970 bis 1991 Belastungsverschiebungen festzustellen sind. Korrespondierend zu dem seit 1970 um 11 Prozentpunkte gestiegenen Finanzierungsanteil der GKV an den gesamten Gesundheitsausgaben sank der Anteil der Arbeitgeber um 8,4 Prozentpunkte, der der Rentenversicherungen um 3 Prozentpunkte und der der Gesetzlichen Unfallversicherung um 0,6 Prozentpunkte.

Die privaten Haushalte müssen inzwischen – zusätzlich zu ihren Beiträgen zur Sozialversicherung und zur PKV – knapp 1/10 der gesamten Gesundheitsausgaben aufbringen.

In den vergangenen 20 Jahren und besonders in der ersten Hälfte der 70er Jahre sind der Leistungskatalog der GKV sowie der versicherte Personenkreis per Gesetz

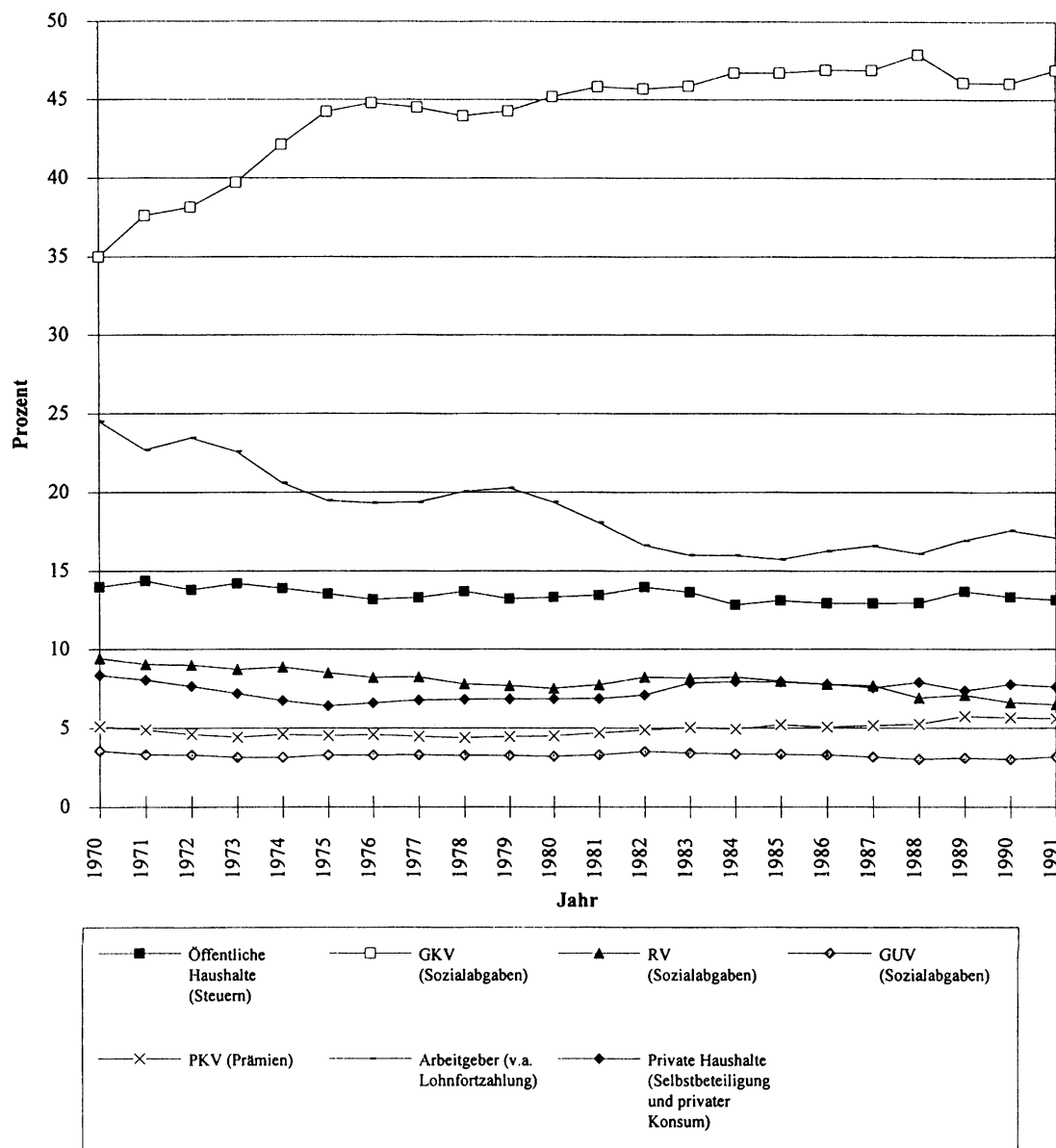
ausgedehnt worden. Neben der im Gesundheitswesen immanent vorhandenen überdurchschnittlichen Wachstumsdynamik (aufgrund des sich wandelnden Morbiditätsspektrums, des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, der demographischen Entwicklung, individueller Versorgungswünsche und anderer Faktoren) dürfte diese gesetzlich verfügte Ausdehnung des Aufgabenkatalogs der GKV nicht unerheblich zu der überproportionalen Ausgabendynamik in der GKV beigetragen haben.

55. Die finanziellen Beziehungen im Gesundheitswesen im allgemeinen und zwischen der GKV und den anderen Trägern im besonderen sind äußerst komplex (JG 1989 Ziffer 82ff.); sie gewinnen in Zeiten notwendiger Ausgabendämpfung in der GKV an Bedeutung. Im Zusammenhang mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität besteht bei der Konzentration der gesundheitspolitischen Diskussion auf die GKV die Gefahr, daß optisch zwar Ausgabensenkungen in diesem Bereich erzielt werden, sich diese aber nur durch Leistungsverlagerungen und Belastungsverschiebungen auf andere Finanzierungsträger erreichen lassen. Bei der notwendigen Betrachtung des gesamten Leistungsgeschehens zeigt sich, daß die unterschiedlichen Gesundheitsleistungen verschieden finanziert werden. Zur begrifflichen Unterscheidung und Zusammenfassung der unterschiedlichen Institutionen wird vom Statistischen Bundesamt im Rahmen einer Ausgabenverflechtung auf vier Ebenen eine Einteilung nach den Trägern der primären und sekundären Finanzierung, der Leistungserstellung und des Leistungsverbrauchs gewählt (Anhang, Abbildung A 1). Die Unterscheidung in primäre und sekundäre Finanzierung wird gewählt, um zu verdeutlichen, daß im Gesundheitswesen zwischen der primären Finanzierung und dem Mittelverbrauch (Leistungserstellung) auf einer zweiten Ebene Institutionen zwischengeschaltet sind (sekundäre Finanzierung).

2.3. Zum internationalen Vergleich

56. Bei der Beurteilung der finanziellen Situation der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielt auch der internationale Vergleich eine nicht zu unterschätzende Rolle. Allerdings ergeben sich uneinheitliche Eindrücke, wenn man die verfügbaren Statistiken heranzieht. Vielfältige Abgrenzungsprobleme im Bereich der Gesundheitsausgaben, der Definition der Bezugsgrößen pro Kopf und in % des Sozialproduktes sowie bei erforderlichen Währungsumrechnungen führen dazu, daß unterschiedliche Ergebnisse vorliegen. Zieht man die neuesten Daten der OECD heran, so zeigt sich für die Jahre 1970, 1980 und 1990 folgendes Bild (Abbildung 6): Es ist zu erkennen, wie die Höhe der Gesundheitsausgaben mit dem Einkommensniveau eines Landes korreliert.

Abbildung 5: Anteil der Ausgabenträger an den Gesundheitsausgaben, 1970 – 1991



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von StBA.

57. Zieht man weitere Statistiken heran, so zeigt sich ebenfalls, daß Deutschland keine Extremposition einnimmt und eine »Kostenexplosion« nach 1975 kaum nachzuweisen ist, und wenn überhaupt, sich dann nur auf die GKV und auf die Höhe ihrer Beitragssätze sowie die absolute Höhe der Beitragszahlung bezieht.

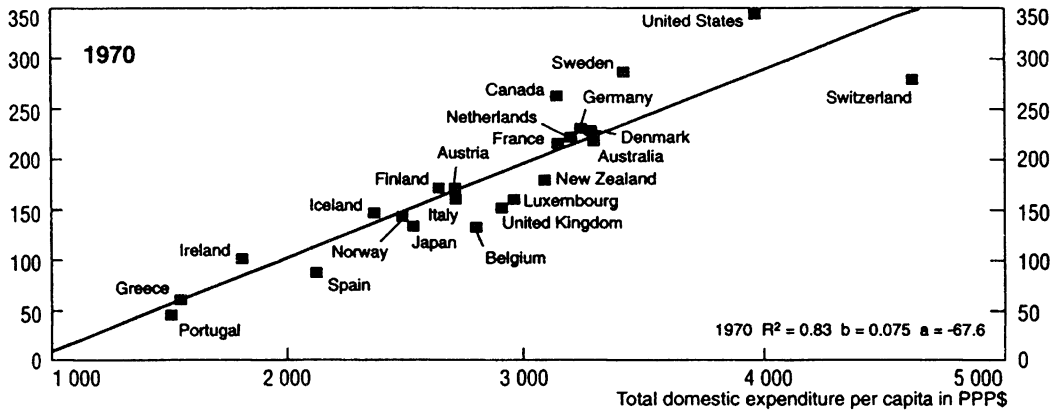
58. Bei einem Effizienzvergleich verschiedener Gesundheitssysteme ist es notwendig, die Aufgaben und Leistungen der untersuchten Systeme den Ausgaben für Gesundheit gegenüberzustellen. Mangelnde Vergleich-

barkeit der nationalen Abgrenzungssystematiken für Gesundheitsausgaben ist ein spezielles Problem, das so lange nicht vollständig zu lösen ist, wie es keine international einheitlichen statistischen Standards gibt. Ein anderes, gewichtigeres Problem ist, daß Art und Qualität der von den Systemen zur Verfügung gestellten Leistungen nicht objektivierbar und nur beschränkt vergleichbar sind. Gebräuchliche Indikatoren mit dem Vorteil einer guten Vergleichbarkeit zur Messung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen, wie z.B. mittlere Lebenserwartung, können von systemunabhängigen Um-

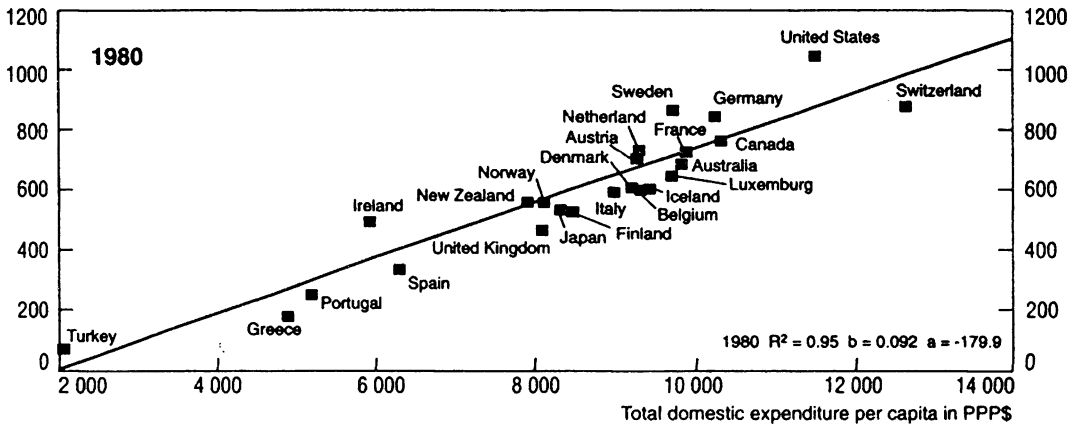
Abbildung 6: Gesundheitsausgaben pro Kopf und das BIP pro Kopf der OECD - Länder

Chart 1. Health and Wealth

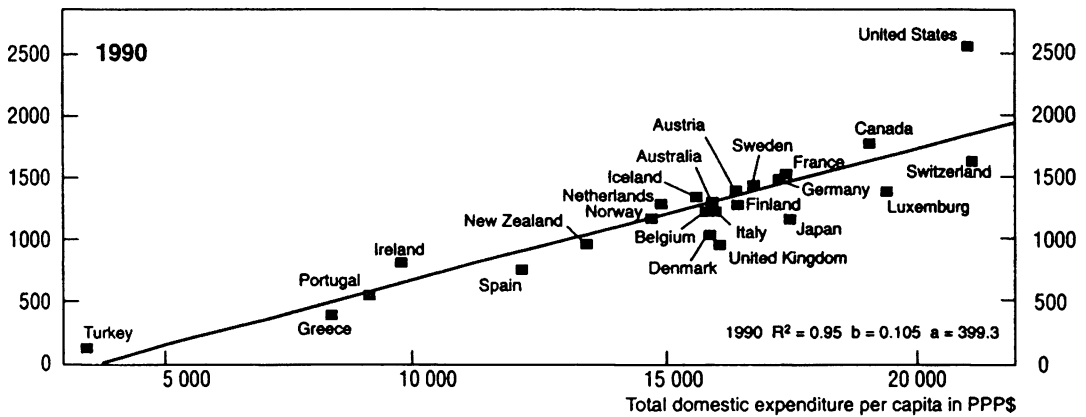
Health expenditure per capita in PPP\$



Health expenditure per capita in PPP\$



Health expenditure per capita in PPP\$



Quelle: OECD Health Systems, Facts and Trends, 1960–1991, Vol. I, Paris 1993, S. 15.

welteinflüssen oder veränderten Arbeitsbedingungen beeinflusst werden. Eine differenzierte international vergleichende Betrachtung einzelner Leistungsbereiche ist wegen der strukturellen Unterschiede der Gesundheitssysteme und der damit verbundenen Abgrenzungsproblematik eher noch schwieriger und führt wieder zur Diskussion über den Finanzierungsgegenstand.³

2.4. Finanzielle Beziehungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit anderen Zweigen der Sozialversicherung und dem Bund

59. Eine genauere Analyse kann auch die finanzielle Verwobenheit der GKV transparent machen (Anhang, Abbildung A 2). Die Leistungsverlagerungen und Belastungsverschiebungen zwischen dem Bund und der Sozialversicherung, zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen und schließlich auch innerhalb einzelner Sozialversicherungsträger (KvDR-Ausgleich, Risikostrukturausgleich) werden dadurch deutlich. In Tabelle 4 ist ein Teil der finanziellen Beziehungen herausgegriffen, um die Größenordnung der Finanztransfers im Jahre 1992 sichtbar zu machen. Neben der Gesamtsumme in Höhe von 127 Mrd. DM läßt sich erkennen, wie die Ströme sich nach Sozialversicherungszweigen zusammensetzen (vertikal) und sich aus den verschiedenen Überweisungen und Erstattungen usw. ergeben (horizontal). Im Fall der GKV stammen die 47 Mrd. DM in erster Linie aus Beitragszahlungen der Arbeitslosenversicherung für Arbeitslose und der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner.

60. Beispielhaft läßt sich diese Art der Betrachtung auch für die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern darstellen; die Tabelle 5 zeigt, daß die Beitragszahlungen der Renten- und Arbeitslosenversicherung an die GKV nicht unerheblich sind und angesichts der schlechten Arbeitsmarktlage und der demographischen Gegebenheiten von großer Bedeutung bleiben werden. Im Jahre 1991 machten die 7,9 Mrd. DM mehr als 34 % der Gesamteinnahmen der GKV-Ost aus.

61. Die beiden Statistiken zeigen, daß die GKV nicht isoliert betrachtet werden kann und in ihrer finanziellen Verwobenheit vor allem mit den anderen Versicherungszweigen gesehen werden muß; dies ist auch bei der Diskussion der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik von Bedeutung (Kapitel 3. Beitragssatzstabilität und einnahmenorientierte Ausgabenpolitik).

³ BASYS, Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Augsburg 1993; Weltbank, Weltentwicklungsbericht, Washington 1993; OECD, OECD Health Systems, Paris 1993.

2.5. Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (1970 – 1993)

2.5.1. Die Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen insgesamt

62. Die Betrachtung der Ausgaben der GKV stützt sich auf die offizielle Krankenversicherungsstatistik, die bis 1993 vom BMA herausgegeben wurde. Dies ist, wie in Tabelle 3 schon dargestellt, eine eingeschränkte Abgrenzung von Gesundheitsausgaben, die ausschließlich die Ausgaben der GKV erfaßt und andere Träger (Abbildung 4) unberücksichtigt läßt. Der Abbildung 7 sind die jährlichen Veränderungsdaten der Gesamtausgaben der GKV und der beitragspflichtigen Einnahmen für die Jahre 1970–1992 zu entnehmen. Seit Mitte der 70er Jahre läßt sich – insbesondere nach den kostendämpfenden Maßnahmen der Jahre 1977, 1981 und 1988 – eine Phase geringer steigender Wachstumsraten der Ausgaben feststellen. Anfang der 90er Jahre weisen die Ausgaben der GKV wieder überproportionale Steigerungen auf.

63. Der Versuch, die Ausgabenentwicklung politisch zu beeinflussen, zeigt sich in Abbildung 8, aus der die Zeitpunkte politischer Interventionen seit 1977 zu entnehmen sind und verdeutlicht, daß die Eingriffe immer nur zu Parallelverschiebungen der Kurve führten. In dem Maße, wie die Wachstumsraten der Ausgaben der GKV über denen ihrer Hauptfinanzierungsgrundlage, den beitragspflichtigen Einnahmen, liegen, müssen höhere Beiträge die Finanzierungslücke schließen.

64. Die stark steigenden Ausgaben gehen auf verschiedene Ursachen zurück, die später bei den Ausführungen zu den einzelnen Leistungsbereichen thematisiert werden. Als übergreifende Gründe werden u.a. genannt:

- ein steigender Anteil älterer Menschen,
- verbesserte Methoden der Diagnose und damit verbesserte Möglichkeiten der Krankheitserkennung und -behandlung,
- die Entwicklung neuer, wirksamer Arzneimittel,
- große Fortschritte in der kostenintensiven medizinischen Apparatechnik,
- der Preisstruktureffekt, der im personalintensiven Gesundheitssektor die Preise im Vergleich zu anderen Sektoren in einer Volkswirtschaft stärker steigen läßt,
- Steuerungsdefizite, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten,
- die Zunahme der Behandlungen kostenintensiver Verschleißerkrankungen,
- die steigende Inanspruchnahme von kostenverursachender institutioneller Pflege durch nachlassende häusliche Pflegefähigkeit und
- eine verstärkte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch gestiegenes Gesundheitsbewußtsein.

Tabelle 4: Die finanziellen Beziehungen der GKV mit den anderen Zweigen der Sozialversicherung und dem Bund, in Mrd. DM 1992, alte Bundesländer

von an	Bund	GKV	GUV	ALV	GRV	Summe
Bund	xxxx	-	-	-	-	-
GKV	Erstattungen nach BVG, RVO, KVLG, BSeuchG: 2,31 Beiträge aus Ar- beitslosenhilfe ¹⁾	xxxx	Erstattungen nach GRG Art. 63: 0,04	Beiträge ²⁾ : 13,14	KVdR: 30,34 Erstattungen nach § 49 SGB V: 1,36	47,19
GUV	Zuschüsse: 0,62	0,06 ³⁾	xxxx	0,01	-	0,69
ALV	Bundeszuschuß: 8,94	-	-	xxxx	-	8,94
GRV	Erstattungen von Versorgungs- dienststellen: 1,31 Zuschüsse, Erstattungen: 59,91	1,77	0,15	Erstattungen: 0,03 Beiträge ⁴⁾ : 7,67	xxxx	70,81
Summe	73,09	1,83	0,19	20,82	31,7	127,63 Mrd. DM

- 1) Erstattungen des Bundes (2,14 Mrd.) für die von der Bundesanstalt für Arbeit geleisteten Beiträge für Arbeitslosenhilfeempfänger, vgl. Fußnote 2).
- 2) Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit für versicherte Leistungsempfänger (Position 2001) im Kontenrahmen, inkl. der Aufwendungen des Bundes im Rahmen der Arbeitslosenhilfe.
- 3) Beiträge zur GUV für Rehabilitanden, Position 54004 im Kontenrahmen.
- 4) Ohne Beiträge des Bundes im Rahmen der Arbeitslosenhilfe.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage BMG, BMA.

Tabelle 5: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und der Bundesanstalt für Arbeit für Beitragszahlungen an die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Ländern, in Mio. DM

Jahr	von GRV an die Krankenversicherung der Rentner	von der Bundesanstalt für Arbeit
1991	3.714	4.191
1992	2.500 ¹⁾	5.620
1993 ²⁾	3.000 ¹⁾	5.650

- 1) Ohne knappschaftliche Rentenversicherung
 2) Haushaltsansätze

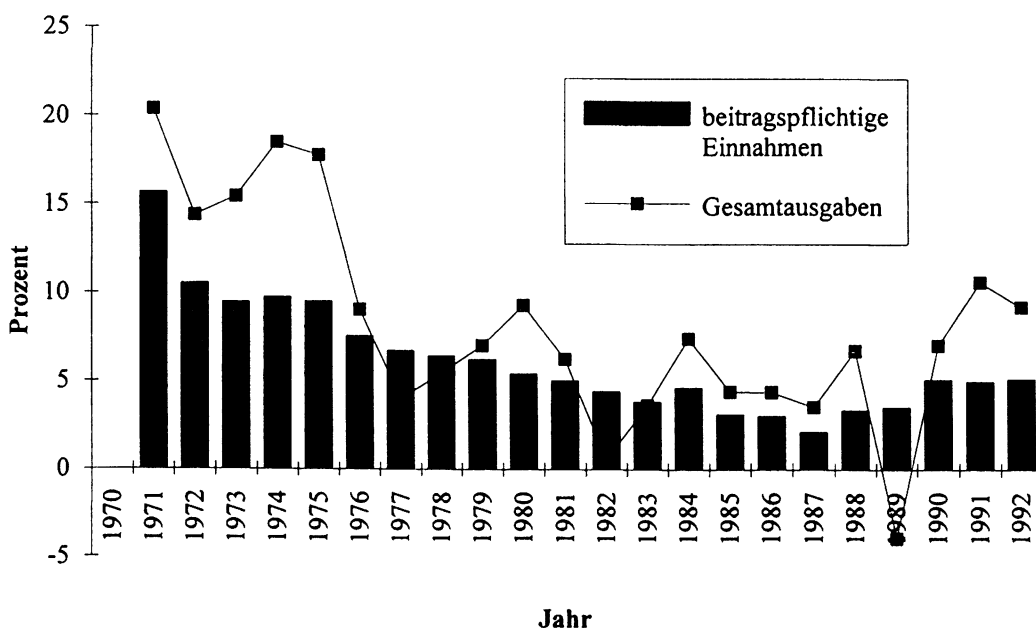
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Angaben der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesanstalt für Arbeit.

65. Die Leistungsbereiche tragen in unterschiedlicher Weise zu der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bei. Die Dynamik der Entwicklung der Ausgaben wird in der Abbildung 10 deutlich. Es muß berücksichtigt werden, daß die absoluten Beträge sehr unterschiedlich sind und sehr stark steigende Ausgaben in Leistungsbe- reichen wie z.B. Heil- und Hilfsmittel, deren Anteil sich

zwar seit 1970 mehr als verdoppelt hat, aber dennoch 1992 nur 6,1 % betrug, absolut relativ wenig zu den Gesamtausgaben der GKV beitragen.

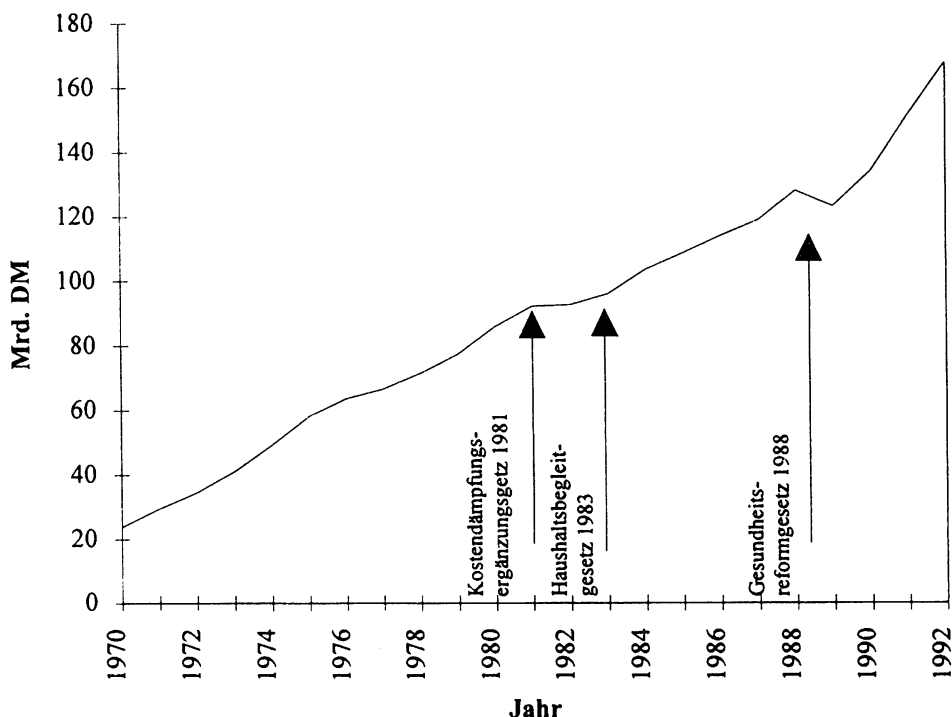
Sehr viel stärker trugen die Ausgaben für stationäre Behandlung zu den Gesamtausgaben bei. Seit 1970 sind die absoluten Ausgaben in diesem Bereich um 800 % ge-

Abbildung 7: Gesamtausgaben der GKV und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

Abbildung 8: Gesamtausgaben der GKV im früheren Bundesgebiet, in Mrd. DM, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

wachsen. Da der Anteil an den Gesamtausgaben 1992 bei über 30 % (1970 = 23,9 %) lag, ist die Entwicklung der Ausgaben im Krankenhausbereich wohl mit am bedeutsamsten für die Gesamtausgaben der GKV.

66. Im Jahre 1992 ergab sich in den alten Bundesländern bei Gesamtausgaben von 176,9 Mrd. DM und Gesamteinnahmen der GKV in Höhe von 167,8 Mrd. DM ein Ausgabenüberhang von 9,1 Mrd. DM. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Leistungsausgaben der GKV um 9,2 % je Mitglied, die beitragspflichtigen Einnahmen (ehem. Grundlohn) um 5,1 %. Die Einnahmen der GKV hingegen nahmen um 7,3 % je Mitglied zu, was insbesondere auf die im Jahre 1992 erfolgten Beitragssatzerhöhungen bei vielen Kassen zurückzuführen war. Der durchschnittliche Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für mindestens sechs Wochen ist von 12,5 % zum 01.01.1992 auf 13,4 % zum 01.01.1993 gestiegen.

67. Die finanzielle Bilanz der GKV ist in den ersten neun Monaten des Jahres 1993 positiv. In den alten Bundesländern ist ein Ausgabenrückgang gegenüber dem Vorjahreszeitraum von 1,5 % je Mitglied der GKV zu verzeichnen. Bei einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen von 4,2 % je Mitglied ergab sich ein Einnahmenüberschuß von 5,0 Mrd. DM.

68. In den neuen Bundesländern sind aufgrund der besonderen Übergangssituation in den letzten zwei Jahren die Wachstumsraten der Ausgaben wenig aussagekräftig. Bei der Betrachtung der Ost-West Quoten (Ost-Werte in Prozent der West-Werte) der Ausgaben je Mitglied werden jedoch große Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen deutlich. Die Gründe sind u.a. zurückzuführen auf die unterschiedliche Versorgungslage in der Vergangenheit (siehe die im Vergleich zu den alten Bundesländern 1992 mit 130 % überproportional in Anspruch genommenen Zahnersatzleistungen) oder die fehlende Infrastruktur auf der Angebotsseite (siehe die 1992 im Vergleich zu den alten Bundesländern mit 26,2 % sehr niedrigen Ausgaben für Kuren).

Insgesamt standen 1992 in den neuen Ländern Ausgaben der GKV in Höhe von 33,6 Mrd. DM Einnahmen von 33,4 Mrd. DM gegenüber; damit ergab sich für 1992 ein leichter Ausgabenüberhang von 200 Mio. DM nach einem Einnahmenüberschuß von 2,8 Mrd. DM im Jahre 1991. Bei den einzelnen Kassenarten entwickelte sich die finanzielle Situation im Jahre 1992 jedoch sehr unterschiedlich:

- Die Ortskrankenkassen mußten als einzige Kassenart ein Defizit von 748 Mio. DM in Kauf nehmen.

Abbildung 9: Entwicklung der Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen der GKV in Mrd. DM, 1970 – 1992,

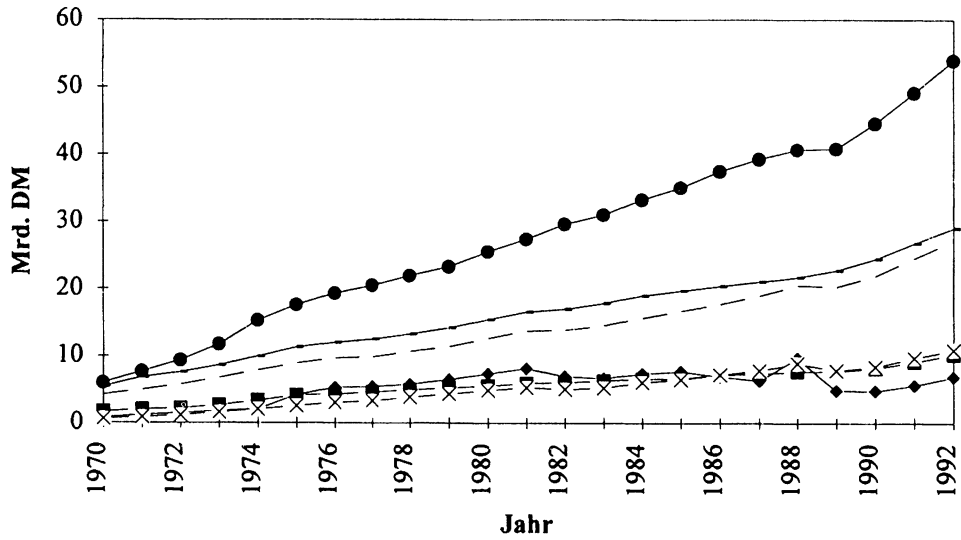
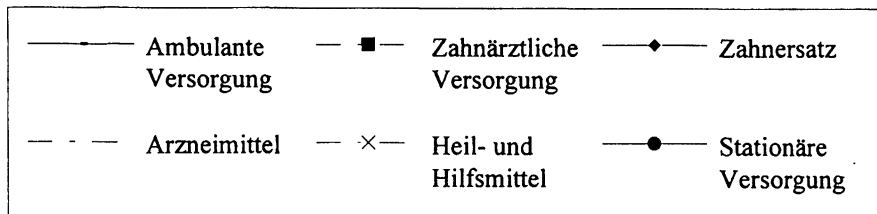
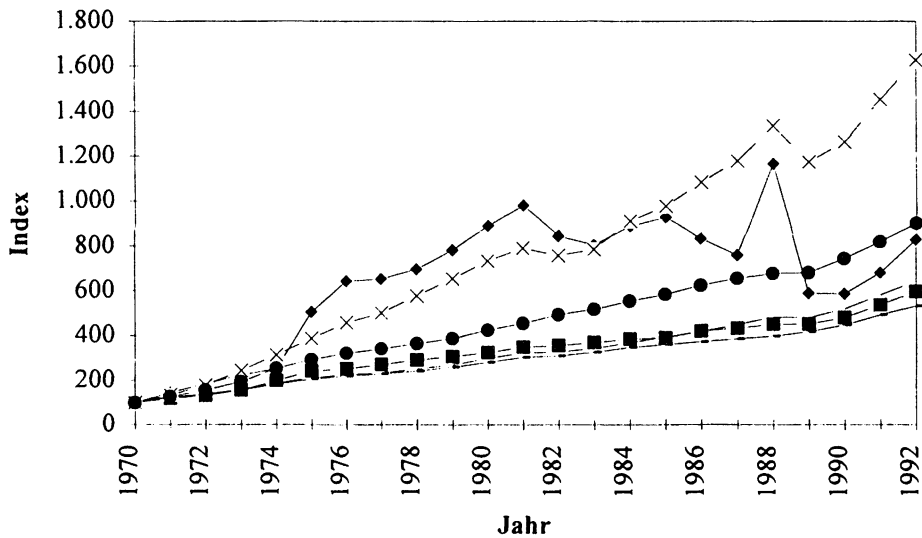


Abbildung 10: Entwicklung der Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen der GKV, 1970 – 1992, 1970 = 100



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

- Die übrigen Kassenarten verbuchten Überschüsse: die Betriebskrankenkassen von 11 Mio. DM, die Arbeiter-Ersatzkassen von 17 Mio. DM, die Angestellten-Ersatzkassen von 119 Mio. DM, die Innungskassen von 195 Mio. DM und die Bundesknappschaft sogar von 117 Mio. DM.

69. Die Ursachen für diese doch erheblichen Unterschiede in den Einnahmenüberschüssen sind nicht eindeutig erklärbar; zum einen sind es die bei den Kassenarten unterschiedlich hohen Anteile an mitversicherten Familienangehörigen; zum anderen sind es die unterschiedlichen Zeitpunkte der Errichtung bestimmter Kassenarten. Eine Rolle spielt auch die zwischen den Kassenarten in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich stark differierende Altersstruktur und die Anzahl der arbeitslosen Mitglieder; hiervon sind besonders die Ortskrankenkassen betroffen.

Nach dem leichten Defizit der GKV im Jahre 1992 ergab sich in den ersten neun Monaten des Jahres 1993 auch in den neuen Ländern ein Überschuß von 800 Mio. DM.

2.5.2. Die Ausgabenentwicklung nach Leistungsbereichen

Ambulante ärztliche Versorgung

70. Die ambulante ärztliche Versorgung umfaßt die hausärztliche und fachärztliche Versorgung durch zugelassene Vertragsärzte (§ 73 SGB V). Für die Ausgabenentwicklung der GKV sind nicht allein die direkt für die ambulante Versorgung aufgewendeten Kosten von Bedeutung. Vielmehr führen Verordnungen und Überweisungen der niedergelassenen Ärzte auch zu Ausgaben in anderen Leistungsbereichen. Das Verhältnis der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung zu den veranlaßten Ausgaben (JG 1988 Ziffer 354ff.) betrug 1970 1:4,1 und im Jahr 1992 1:4,2.

71. Insgesamt stiegen die Ausgaben der GKV für die ambulante ärztliche Versorgung seit 1970 kontinuierlich an. Sie betragen 1992 mit 28,9 Mrd. DM das 5,3-fache der Ausgaben von 1970 (5,5 Mrd.). Der Anteil an den Gesamtausgaben lag 1992 bei 16,4 %. Vergleicht man die beiden größten Ausgabenblöcke, so stehen die Ausgaben für ambulante ärztliche Versorgung an zweiter Stelle hinter den Ausgaben für die stationäre Behandlung. Das Verhältnis zwischen ihnen veränderte sich in den letzten 20 Jahren von einem ungefähren Gleichgewicht 1970 (1:1,1) hin zu einem deutlichen Übergewicht der Ausgaben für die stationäre Versorgung 1992 (1:1,9).

72. Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung, so lassen sich die Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten unterscheiden, die Einfluß auf die Ausgaben haben:

- die Entwicklung der Preise, die bestimmt sind durch die Punktzahl und den Punktwert,
- die Entwicklung der Menge, die durch Anzahl der abgerechneten Leistungen und den Anteil von Original- und Sekundärscheinen bestimmt ist, sowie
- die Struktur der Versorgung, die sich ausdrückt in der fachlichen Spezialisierung der Ärzte und im Verhältnis von unterschiedlich teuren Leistungen sowohl innerhalb einer Leistungsgruppe als auch zwischen unterschiedlichen Leistungsgruppen.

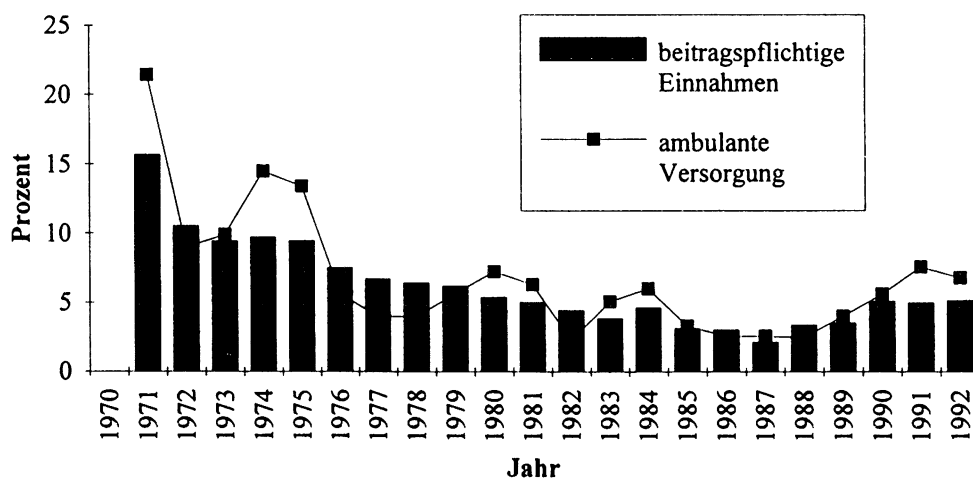
73. Als Vergleichsgröße für die Entwicklung der Ausgaben können die beitragspflichtigen Einnahmen herangezogen werden. In der Abbildung 11 sind die prozentualen Veränderungen der Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung den beitragspflichtigen Einnahmen gegenübergestellt. Die Entwicklung der Ausgaben für die ambulante Versorgung schwankt seit Beginn der 70er Jahre zunächst stark, dann zunehmend geringer um die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Dies ist mit gesetzlichen Regelungen, wie dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977, mit dem die Grundlohnbindung für die ärztliche Gesamtvergütung eingeführt wurde, sowie dem GRG, das den Grundsatz der Beitragssatzstabilität für alle Leistungsbereiche vorsah, zu erklären. Dazu bei trugen auch Empfehlungsvereinbarungen der Vertragsparteien in der GKV seit 1975 und danach die Bindung des Zuwachses der Gesamtvergütung für die kassen- und vertragsärztliche Tätigkeit an die Grundlohnsummenentwicklung (dynamische Deckelung), die seit 1985 gilt.

74. Das Wachstum der Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung je Mitglied lag im Jahr 1991 mit 7,5 % um 2,5 Prozentpunkte über der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen (5,0 %). Im Jahr 1992 lag das Wachstum der Ausgaben je Mitglied für die ambulante ärztliche Versorgung mit 6,7 % um 1,6 Prozentpunkte höher als das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen (5,1 %). Die gegenüber den beitragspflichtigen Einnahmen höheren Wachstumsraten der Ausgaben für die ambulante Versorgung trotz der Grundlohnbindung sind zum Teil mit der Herausnahme von Einzelleistungen und Leistungsgruppen aus der Bindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen zu erklären sowie der Einführung neuer Leistungen in den EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) zu erklären.

75. Der Preis für die ambulant erbrachte ärztliche Leistung ist durch den EBM, der zuletzt 1987 zugunsten einer höheren Bewertung von zuwendungsorientierten Leistungen reformiert wurde, mitbeeinflußt. Ein Vergleich der Jahre 1988 und 1992 ergibt für diesen Zeitraum ein Umsatzplus von 7,1 Mrd. DM.⁴ Davon sind

⁴ Ermittelt durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Abbildung 11: Ausgaben der GKV für die ambulante Versorgung und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderungen in % zum Vorjahr, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

- 1,7 Mrd. DM durch die Neueinführung abzüglich der Streichung von Leistungen bedingt,
- 2,1 Mrd. DM durch notwendige und erwartete Anpassungseffekte an höherwertige Diagnostik- und Behandlungsmethoden,
- 0,8 Mrd. DM durch mehr Versicherte und
- 0,3 Mrd. DM durch Preisvereinbarungen der Vertragspartner.

Der verbleibende Rest von 2,3 Mrd. DM stellt eine Niveauerhöhung der Inanspruchnahme dar, die weiter erklärungsbedürftig ist.

76. Die Menge der erbrachten Leistungen wird auch von der Anzahl der Leistungserbringer beeinflusst. Die Anzahl der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte stieg von 46.302 im Jahr 1970 kontinuierlich auf 74.063 im Jahr 1991. Dabei wuchs die Anzahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden allgemeinen/praktischen Ärzte weniger stark von 25.539 im Jahr 1970 auf 30.471 im Jahr 1991 (Steigerungsfaktor 1,2), die Zahl der Fachärzte stärker um den Faktor 2 von 20.763 im Jahr 1970 auf 43.592 in den alten Bundesländern im Jahr 1991.

77. Die Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit entwickelten sich im gleichen Zeitraum mit einer Steigerungsrate von 1,8 auf 335 Mio. Fälle im Jahr 1991, die Steigerungsraten schwanken stark nach Arztgruppen. Sie sind bei den Allgemeinen/praktischen Ärzten deutlich geringer als bei einzelnen Facharztgruppen.

Zahnmedizinische Versorgung

78. Die zahnärztliche Versorgung in der GKV umfaßt alle zahnärztlichen Maßnahmen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (§ 28 Abs. 2 SGB V), sofern sie nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Außerdem haben die Versicherten der GKV nach § 30 Abs. 1 SGB V Anspruch auf einen Zuschuß zu medizinisch notwendigem Zahnersatz. Die Ausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung sind von 2,5 Mrd. DM im Jahre 1970 um ca. 570 % auf 17 Mrd. DM im Jahre 1992 gestiegen. Damit war das Wachstum der Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung über den gesamten Zeitraum hinweg nahezu gleich groß wie der Anstieg der gesamten Leistungsausgaben der GKV (700 %), jedoch erheblich höher als das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen (455 %). Die Ausgaben der GKV für die zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) stieg seit 1970 mit 495 % nur etwas stärker, die Ausgaben für Zahnersatz mit 725 % jedoch wesentlich stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied.

79. Der Anteil der Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung an den gesamten Leistungsausgaben der GKV entwickelte sich im Zeitraum zwischen 1970 und 1992 vergleichsweise unkontinuierlich. So stieg ihr Anteil von 10,7 % im Jahre 1970 innerhalb weniger Jahre auf 15,2 % (1976) und blieb auf diesem Niveau bis 1981. Seitdem ging der Ausgabenanteil der zahnmedizinischen Versorgung nahezu stetig bis auf 11,5 % im Jahre 1987 zurück. 1988, im Jahr vor Inkrafttreten des GRG, stieg er zwar kurzfristig auf 13,5 % an, ging aber schon 1989 auf 10,1 % und in den beiden Jahren 1990

und 1991 auf den bislang niedrigsten Wert von 9,7 % zurück. Erst im Jahr 1992, kurz vor Verabschiedung des GSG, stieg er wieder auf 10,1 %.

80. Die Ausgabenentwicklung über den gesamten Zeitraum von 1970 bis 1992 sowie deren wesentliche Ursachen sollen nun anhand des Vergleichs der jährlichen Wachstumsraten der Ausgaben mit dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, getrennt für die Bereiche der zahnärztlichen Behandlung sowie des Zahnersatzes, erfolgen.

81. In Abbildung 12 wird deutlich, daß in der Mehrzahl der Jahre seit 1970 sich die Wachstumsraten der Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung im Rahmen des Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bewegten. In der ersten Hälfte der 70er Jahre wurden jedoch durchwegs sehr hohe Wachstumsraten der Ausgaben erreicht; insbesondere die 1972 erfolgte Aufnahme der kieferorthopädischen Behandlung als Sachleistung der GKV führte zu einem sprunghaften Anstieg der Ausgaben für Zahnbehandlung in den Jahren 1973–75 um 15 % bis 26 %.

82. Die Kostendämpfungsgesetze zwischen 1977 und Ende der 80er Jahre führten zu einem Wachstum der Ausgaben für zahnmedizinische Behandlung im Rahmen des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen. Lediglich die Abwertung prothetischer Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab zugunsten konservierend-chirurgischer Leistungen führte zu einem überproportionalen Ausgabenanstieg im Jahre 1986.

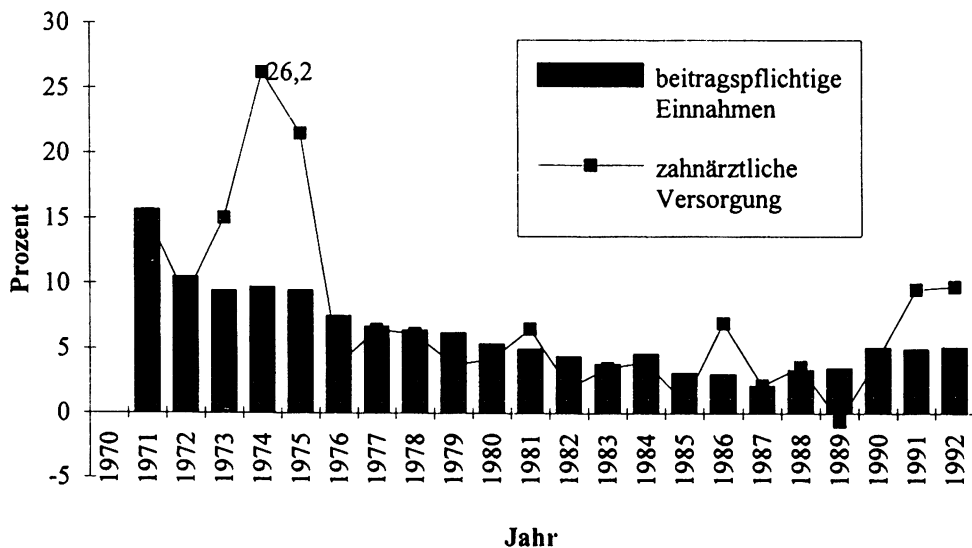
83. 1989 gingen die Ausgaben für die zahnmedizinische Behandlung infolge des GRG kurzzeitig um 0,6 % zurück. 1991 stiegen die Ausgaben wiederum wesentlich stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Das ebenfalls überdurchschnittliche Ausgabenwachstum im Jahre 1992 wurde v.a. durch die vorgezogene Leistungsanspruchnahme im Vorfeld des GSG verursacht. In den ersten sechs Monaten nach Inkrafttreten des GSG gingen die Ausgaben für zahnmedizinische Behandlung um fast 2 % zurück.

84. Wie oben schon angedeutet trugen im wesentlichen die Ausgaben für Zahnersatz zur Entwicklung der gesamten Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung in der GKV bei.

So stiegen die Ausgaben für Zahnersatz in der ersten Hälfte der 70er Jahre teilweise doppelt so stark wie die beitragspflichtigen Einnahmen, obwohl erst im Jahre 1975 der vertraglich geregelte Zahnersatz als Pflichtleistung der GKV eingeführt wurde. In diesem Jahr verdoppelten sich die Ausgaben für Zahnersatz.

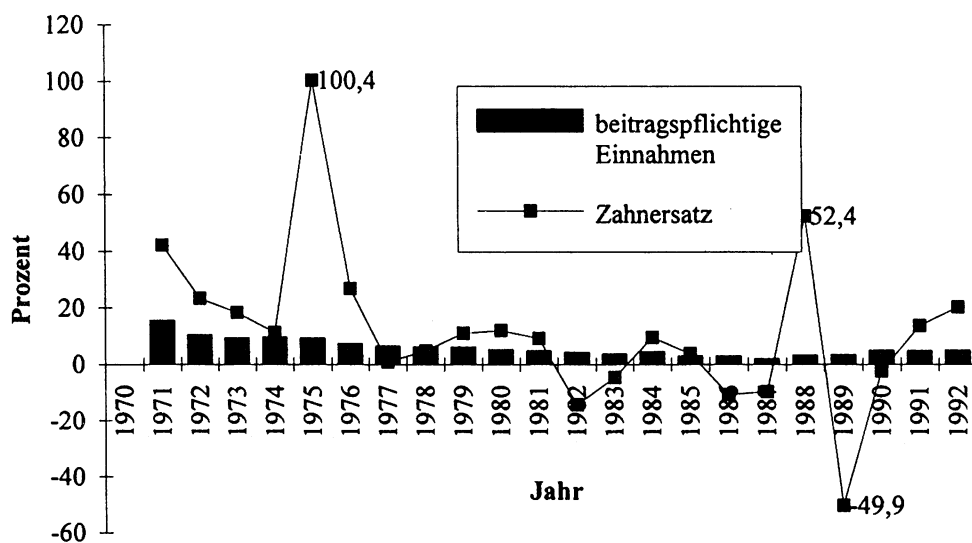
85. Erst infolge des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes im Jahre 1977, des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes im Jahre 1981, durch die jeweils die Selbstbeteiligung der Versicherten für Zahnersatz erhöht wurde, sowie der Prothetik-Richtlinie aus dem Jahre 1986 sanken die Wachstumsraten der Ausgaben für Zahnersatz kurzzeitig.

Abbildung 12 : Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlung und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

Abbildung 13: Ausgaben der GKV für Zahnersatz und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

In den Jahren 1982/83, 1986/87 und 1989/90 wurde sogar ein Rückgang der Ausgaben erreicht. Dennoch läßt sich konstatieren, daß die erhebliche Selbstbeteiligung in diesem Bereich die Ausgabenentwicklung nicht dauerhaft umgekehrt hat.

86. Am deutlichsten ausgeprägt war die vorgezogene Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen im Jahre 1988 vor Inkrafttreten des GRG und der nahezu gleichstarke Rückgang der Ausgaben im darauffolgenden Jahr (Abbildung 13). Ebenso wie die Kostendämpfungsgesetze in den 80er Jahren war dieser Rückgang nicht von Dauer, denn schon 1991 stiegen die Ausgaben für Zahnersatz mehr als doppelt so schnell wie die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und 1992 sogar viermal so schnell. Der weit überdurchschnittliche Ausgabenanstieg im Jahre 1992 dürfte zu einem erheblichen Teil auf die durch die im Vorfeld der Verabschiedung des GSG entstandene Verunsicherung der Patienten und die dadurch induzierte vorgezogene Leistungsanspruchnahme zurückzuführen sein. Dieser Vorzieheffekt schlug sich in einem um 32,4 % niedrigeren Ausgabenniveau für Zahnersatz in den ersten sechs Monaten des Jahres 1993 nieder.

Arzneimittel

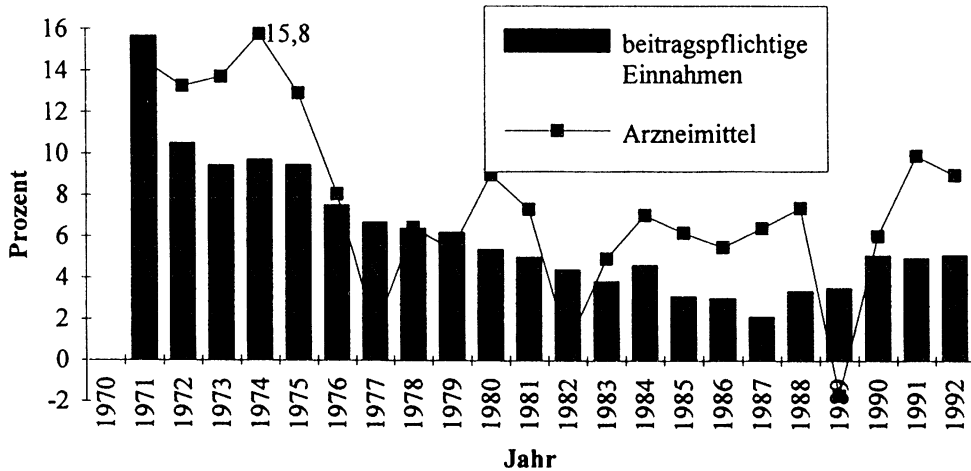
87. Nach §§ 31 Abs. 1 SGB V haben Versicherte der GKV Anspruch auf die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, sofern sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind (Arzneimittel gegen u.a. Reise- und Er-

kältungskrankheiten, unwirtschaftliche und therapeutisch umstrittene Arzneimittel).

88. Nach dem Anteil der Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung ist der Anteil der Ausgaben für Arzneimittel an den Gesamtausgaben der GKV der drittgrößte. In den letzten 20 Jahren ist er leicht zurückgegangen von 16,8 % (1970) auf 15,3 % (1992). Dies ist auf die für die Arzneimittelausgaben besonders relevante Kostendämpfungsgesetzgebung der 70er und 80er Jahre zurückzuführen, die eine Verlagerung der Kosten für Arzneimittel auf die Patienten verstärkte und auf den stark zunehmenden Ausgabenumfang für stationäre Versorgung.

89. Die Ausgaben für Arzneimittel stiegen im Zeitraum von 1970–1975 mit bis zu 17,4 % (15,8 % je Mitglied) pro Jahr sehr schnell. In den folgenden Jahren nahmen die Steigerungsraten stark ab, wobei der Tiefpunkt im Jahr des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) 1977 bei 2,1 % lag (1,4 % je Mitglied; Abbildung 14). Mit dem Inkrafttreten des KVKG am 01.07.1977 wurden Kostendämpfungsinstrumente im Arzneimittelbereich vor allem auf der Versichertenseite eingeführt. Versicherte mußten ab diesem Zeitpunkt eine Zuzahlung von 1 DM pro verordnetem Medikament leisten. Auf der Seite der Kassenärzte wurden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den KVen Arzneimittelhöchstbeträge vereinbart, über die die Ausgaben für Medikamente nicht steigen durften. Eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes zum 01.01.78 brachte zusätzlich eine Ausgabenentlastung

Abbildung 14: Ausgaben der GKV für Arzneimittel und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

der Krankenkassen um per saldo 0,5 %⁵. Die Wirkung der kostendämpfenden Maßnahmen hielt nur kurzfristig an und schon 1980 ist mit einer Steigerung von 10,6 % (9,0 % je Mitglied) wieder eine zweistellige Zuwachsrate der Ausgaben für Medikamente zu verzeichnen, auch wenn diese noch leicht unter den Wachstumsraten der Gesamtausgaben lag (10,8 % bzw. 9,2 %).

90. Mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz, das am 01.01.1982 in Kraft trat, wurde der Eigenanteil der Versicherten von 1 DM auf 1,50 DM je Verordnung erhöht. Die Steigerungsrate der Arzneimittelausgaben sank daraufhin auf 1,1 % (0,7 % je Mitglied). Das im folgenden Jahr in Kraft getretene Haushaltsbegleitgesetz 1983 erhöhte die Zuzahlung der Versicherten weiter auf 2 DM je verordnetem Medikament und schränkte die Leistungspflicht der Kassen ein durch Herausnahme des Anspruchs auf Arzneimittel in Bagatellfällen.

91. Diese Änderungen im Leistungsrecht müssen berücksichtigt werden bei der Betrachtung der Steigerungsraten in den folgenden Jahren. Auch wenn die Steigerungsraten 1983 bis 1988 insgesamt niedriger liegen als Anfang der 70er Jahre, so zeigt Abbildung 14, daß sie deutlich über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen liegen.

92. Die Ausgabensteigerung bei den Arzneimitteln kann zurückgeführt werden auf die Preis-, Mengen- und

Strukturkomponenten⁶. Die Entwicklung verlief nicht einheitlich seit 1970. In der ersten Hälfte der 70er Jahre war der Mengeneffekt besonders ausgabentreibend, in den Jahren der Kostendämpfungsgesetzgebung 1982/1983 bis 1985 wurde ein Rückgang in der Verordnungshäufigkeit durch Preis- und besonders Struktureffekte überkompensiert. Besonders die zunehmende Verordnung von größeren Arzneimittelpackungen, vermutlich als Reaktion auf die Zuzahlung der Patienten von 2 DM pro Verordnung, machte einen großen Teil der Strukturkomponente aus.

93. Die Preisentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt bewegte sich seit 1977 im Rahmen der allgemeinen Preisentwicklung, war aber international gesehen bis 1988 hoch. In diesem Jahr war das Arzneimittelpreisniveau in Deutschland mit 28,4 % über dem EU-Durchschnitt das dritthöchste nach den Niederlanden und Irland innerhalb der EU. Mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes zum 01.01.1989 wurde versucht, indirekt auf die Preisgestaltung durch die Einführung

⁵ 3,5%ige Senkung der Apothekenhandelsspanne in Verbindung mit Reduktion des Krankenkassenrabattes von 7% auf 5% und 1%iger Mehrwertsteuererhöhung.

⁶ Im WIdO Arzneiverordnungsreport werden die Ausgabensteigerungen im Arzneimittelsektor unterschieden in die Komponenten Mengenzuwachs (Zahl der Verordnungen) und Wertzuwachs. Der Wertzuwachs wird weiter unterteilt in eine Preis- und Strukturkomponente, wobei die Strukturkomponente sich auf die Veränderung im Verordnungsspektrum bezieht, die durch eine Änderung der verschriebenen Darreichungsform, Packungsgröße und Wirkstärke (Intramedikamenteneffekt) oder den Wechsel zu anderen Produkten verursacht wird (Intermedikamenteneffekt).

von Festbeträgen Einfluß zu nehmen und bis zum 01.01.1993 sank das Preisniveau tatsächlich deutlich bis knapp (5 %) über den EU-Durchschnitt, wobei die Datenerhebung nicht immer einheitlich ist. Im Jahre 1989 ist zum erstenmal ein leichter Rückgang der GKV-Ausgaben für Arzneimittel zu verzeichnen. Die genauere Betrachtung des nur wenig gestiegenen Arzneimittelumsatzes (0,4 %) gibt Aufschluß, daß diese Entwicklung auf die moderat gestiegenen Preise (1 %) und den starken Rückgang der Zahl der Verordnungen (3,5 %) aufgrund des Vorzieheffektes des GRG in das Jahr 1988 zurückzuführen ist. Daß der Umsatz nicht noch stärker gesunken ist, erklärt sich aus dem gleichzeitigen starken Anstieg des Wertes pro Verordnung (4,1 %).

94. Wie aus der Abbildung 14 zu entnehmen ist, stiegen die Ausgaben nach 1989 bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes am 01.01.1993 wieder stark an. Dabei spielte die Preiskomponente 1991 und 1992 im Vergleich zur Strukturkomponente eine untergeordnete Rolle.

95. Nach Inkrafttreten des GSG ist im 1. Halbjahr 1993 ein starker Ausgabenrückgang (-20,5 %) bei den Arzneimitteln zu verzeichnen. Das Arzneimittelbudget hat das Verordnungsverhalten der Ärzte stark beeinflusst. Nach einer Analyse des WIdO ist die Zahl der Verordnungen in diesem Zeitraum um 17 % zurückgegangen, u.a. durch den Rückgang der Verschreibungen von therapeutisch umstrittenen Medikamenten. Darüber hinaus ist eine preisbewußtere Verordnungsweise festzustellen, die sich in einem deutlichen Anstieg des Marktanteils von Generika äußert: im ersten Quartal 1993 lag der Anteil der Generika an den Gesamtverordnungen bei 33,1 %.

Heil- und Hilfsmittel

96. In der Statistik der GKV werden unterschiedliche Leistungen unter diese Kategorie subsumiert. Heilmittel (§ 32 SGB V) sind von außen angewendete Gesundheitsleistungen, die eine heilende Wirkung auf den Organismus ausüben, darunter als wichtigste die Leistungen der Physiotherapie wie krankengymnastische Leistungen, Bäder, Massagen und Bestrahlung (JG 1988 Ziffer 436ff.). Hilfsmittel (§ 33 SGB V) sind Sachleistungen, die den Verlust normaler Körperfunktionen kompensieren sollen, wie Sehhilfen, Hörhilfen, orthopädische Hilfsmittel. Unter Hilfsmittel besonderer Art sind Dialyseleistungen in der GKV-Statistik erfaßt. Nicht erstattungsfähig sind Heil- und Hilfsmittel, wenn sie nach § 34 Abs. 4 SGB V von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen sind oder bei geringem Abgabepreis.

97. Insgesamt ist der Ausgabenanteil für Heil- und Hilfsmittel an den gesamten Ausgaben der GKV seit 1970 fast kontinuierlich gewachsen und zwar von 2,8 % über einen Höchststand von 7 % (1988) auf 6,5 % im

Jahr 1992. Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel stiegen um mehr als das 16-fache (Abbildung 10) und damit stärker als in jedem anderen Leistungsbereich.

98. Das erste Kostendämpfungsgesetz trat am 01.07.1977 in Kraft. Es wurde u.a. eine Gebühr von 1 DM pro Verordnung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel eingeführt. Diese Zuzahlungsregelung löste die vorher gültige Rezeptblattgebühr von höchstens 2,50 DM ab; insgesamt wurden die Versicherten dadurch zusätzlich um 300 Mio. DM belastet. Der tatsächliche Rückgang der Steigerungsraten 1977 wird allerdings in Abbildung 15 noch unterschätzt, da der Kontenrahmen geändert wurde und zusätzliche Leistungen ab 1976 unter Heil- und Hilfsmittel gebucht wurden (z.B. Dialyse).

Trotz des abgesenkten Niveaus der Steigerungsraten ab 1978 lag der Ausgabenanstieg fast immer weit über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen. Eine Ausnahme bildete das Jahr 1982 nach Inkrafttreten des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes am 01.01.1982, durch das der Eigenanteil bei der Abnahme von Heilmitteln und Brillen von 1 DM auf 4 DM erhöhte wurde, ein Preisstopp verfügt und der Anspruch auf Sehhilfen eingeschränkt wurde.

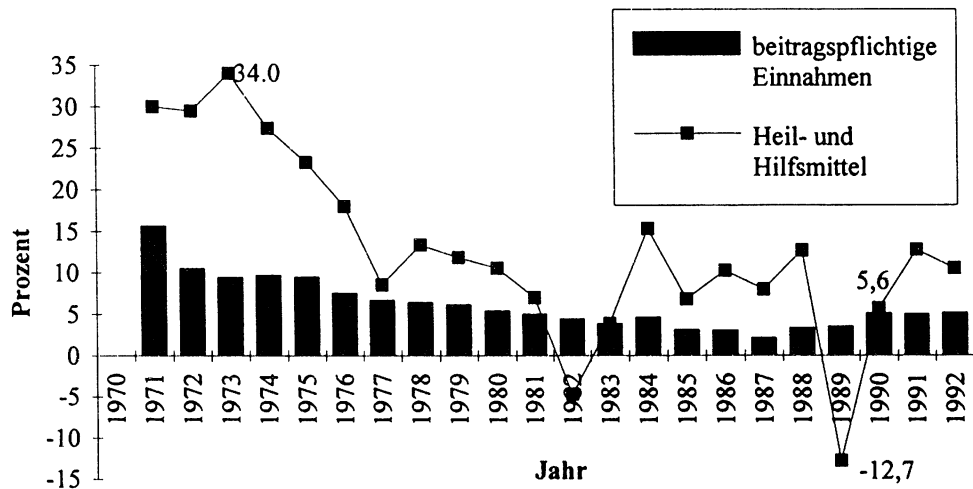
Nur unwesentlich über dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen lag der Anstieg der Heil- und Hilfsmittelausgaben nach dem Haushaltsbegleitgesetz 1983, durch das Heilmittel in Bagatellfällen aus der Erstattungspflicht der GKV herausgenommen wurden,

Auch das am 01.01.1989 in Kraft getretene GRG, durch das eine 10 %ige Zuzahlung für Heilmittel und Festbeträge für Seh- und Hörhilfen eingeführt wurden, senkte die Ausgaben, hauptsächlich wegen des Vorzieheffektes 1988, im Jahre 1989 um 12,1 %. Allerdings ist schon 1990 wieder eine Wachstumsrate von 7,7 % zu verzeichnen, die 1991 bzw. 1992 auf 15,0 % (10,2 %) stieg. Im ersten Halbjahr 1993 sanken die Ausgaben um 2,5 %; hierzu trug besonders stark der Rückgang der Ausgaben für Heilmittel bei, die infolge des im GSG eingeführten Budgets um 10,2 % sanken. Dies ist mit der zurückhaltenden Verschreibungspraxis der Ärzte zu erklären, die sich möglicherweise wieder im Laufe der Zeit an das alte Niveau annähern wird.

99. Der Markt für Heil- und Hilfsmittel ist sehr heterogen. Die Transparenz des Leistungsgeschehens ist auf den Teilmärkten unterschiedlich und für alle Beteiligten im ganzen sehr gering. Grundsätzlich können Ausgabensteigerungen der GKV in diesem Bereich auf Preis-, Struktur- und Mengeneffekte zurückzuführen sein. Bei der Betrachtung der einzelnen Teilmärkte zeigt sich eine unterschiedliche Entwicklung (Abbildung 16).

100. Informationen zur Preis- und Mengenentwicklung der orthopädischen Heil- und Hilfsmittel liegen ab 1982 vor. Aus theoretischen Überlegungen läßt sich aber ableiten, daß die hohen Steigerungsraten bis 1975 wahr-

Abbildung 15: Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

scheinlich auch stark von Preiseffekten geprägt gewesen sind⁷. Nach 1982 ist die Entwicklung durch den Preisstop geprägt, der ab dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz galt. Ab diesem Zeitpunkt war besonders die Mengenkomponente für die Ausgabensteigerung in diesem Bereich verantwortlich, aber auch besonders Strukturverschiebungen hin zu Rehabilitationsmitteln (Rollstühle) und Stoma-Artikeln (z.B. Versorgung Krebskranker) wirkten ausgabensteigernd.

Im Jahre 1989 sanken die Ausgaben um 2,2 %; dies wird auf den Vorzieheffekt im Zusammenhang mit der Diskussion des GRG zurückzuführen sein. In den Jahren 1991 (12,4 %) und 1992 (11,2 %) lagen die Steigerungsraten wegen des Fehlens von Festbeträgen oder Richtgrößen in diesem Bereich weit über dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und erst im 1. Halbjahr 1993 flachte die Steigerung ab auf 0,8 %.

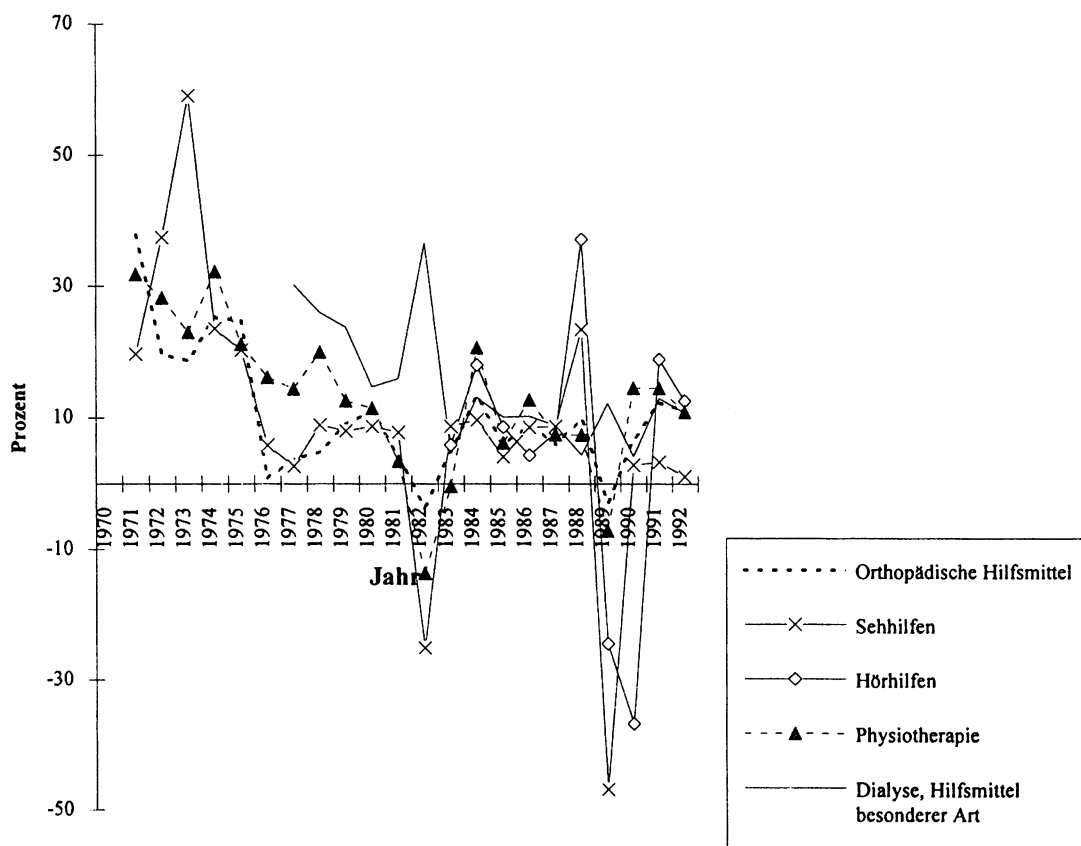
101. Bei den Sehhilfen dominierte bis zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 die Preiskomponente, bis 1982 trugen Preis- und Mengenkomponente gemeinsam zum Ausgabenanstieg bei, und ab 1982 dominierte die Mengenentwicklung, da es nach dem verfügbaren Preisstop durch das Auftauchen von Filialunternehmen zu einem Preiswettbewerb gekommen ist. Zur Mengenausweitung trug vor allem die zuneh-

mende Ausstattung der Versicherten mit mehreren Brillen bei. Nach dem GRG kam es nach den Vorwegnahmeeffekten im Jahre 1988 zu einem kräftigen Ausgaberrückgang um 46,7 % im Jahre 1989. In den Jahren 1990-93 lagen die Steigerungsraten in den alten Ländern unter dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen. Dazu trugen die Festbetragsregelung, die Herabsetzung des Zuschusses für Brillengestelle auf 20 DM und die Begrenzung der Erstattungspflicht der Kassen für Nachfolgebriillen ab einer Verschlechterung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrin bei.

102. Angaben für Hörgeräte werden erst ab 1982 gesondert erfaßt. Die Ausgabedynamik ist auf den Mengen- und Struktureffekt zurückzuführen. Der technische Fortschritt sorgte für eine Mengenausweitung durch den Abbau der Hemmungen gegen Hörgeräte, dazu kommt eine verstärkte Abgabe modernerer »Im-Ohr-Geräte«, eine Entwicklung, die den Struktureffekt für die Ausgaben zur Folge hat. Mit dem GRG wurden für den Hörgerätemarkt Festbeträge eingeführt, die Ende 1989 in allen Bundesländern vereinbart waren. Dies und der Vorwegnahmeeffekt vor Inkrafttreten des GRG hatten zur Folge, daß die Ausgaben für Hörhilfen spürbar sanken, und zwar 1989 um 24,4 % und 1990 um 36,6 %. Die in den Folgejahren überdurchschnittlichen Steigerungsraten von 18,6 % (1991) und 12,5 % (1992) sind auf Mehrverordnungen zurückzuführen und vom Rat als sachlich begründet angesehen worden. Die Steigerungsrate der Ausgaben für Hörhilfen bleibt im ersten Halbjahr 1993 überdurchschnittlich (7,8 %).

⁷ Die Mengenkomponente wird relativ wenig zum Tragen gekommen sein, da diese Hilfsmittel nur bei tatsächlichem Bedarf nachgefragt und von den Kassen erstattet werden.

Abbildung 16: Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel nach einzelnen Leistungsbereichen je Mitglied, Veränderung in % zum Vorjahr, 1970–1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

103. Die Leistungen der Physiotherapie sind heute der größte Ausgabenblock bei den Heil- und Hilfsmitteln. Hierzu gehören aktive (Krankengymnastik, Ergotherapie) und passive Maßnahmen (Bäder, Packungen und Massagen), die vor allem Anwendung finden bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (SMB-Gruppe). Die starke Zunahme der Ausgaben beruht ganz überwiegend auf der steigenden Anzahl erbrachter Leistungen. Die Preise stiegen jährlich zwischen 1974 und 1980 um 3,5 % bis 4,1 % und zwischen 1982 und 1986 zwischen 1,6 % und 1,9 %. Die durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen lagen bei 17,0 % (1974–1982) bzw. 9,6 % (1982–1986), auch der Ausgabenanstieg nach dem Inkrafttreten des GRG 1990 (14,6 %) und 1991 (14,5 %) ist nur zu einem geringen Teil auf Preisanstiege zurückzuführen. Im Jahre 1992 ist eine leichte Abflachung des Ausgabenwachstums festzustellen (11 %) und erst im I. Halbjahr 1993 ist, als Reaktion auf das Heilmittelbudget des GSG, ein

Rückgang von 10,2 % zu verzeichnen. Die nahezu kontinuierliche Zunahme der Leistungen beruht u.a. auf der steigenden Häufigkeit der Verletzungen des Bewegungs- und Haltungsapparates auch durch eine gestiegene, grundsätzlich erwünschte Beteiligung der Bevölkerung am Breitensport, dem Anstieg von Zivilisationskrankheiten mit Auswirkungen auf den Haltungs- und Bewegungsapparat und ein gesteigertes Anspruchsverhalten der Bevölkerung bei Beschwerden, die auf Verschleißerkrankungen zurückzuführen sind.

Stationäre Versorgung

104. Die von der GKV gemäß § 39 SGB V übernommene Krankenhausbehandlung umfaßt vollstationär, teil-, vor- und nachstationär sowie ambulant erbrachte Leistungen. Für diese Leistungen mußte die GKV 1970 noch 6 Mrd. DM aufwenden. Bis 1992 stieg dieser Be-

trag um das Neunfache auf 54 Mrd. DM. Im Vergleich dazu haben sich die gesamten Leistungsausgaben im gleichen Zeitraum versiebenfacht und die beitragspflichtigen Einnahmen wuchsen nur um das 4,6-fache.

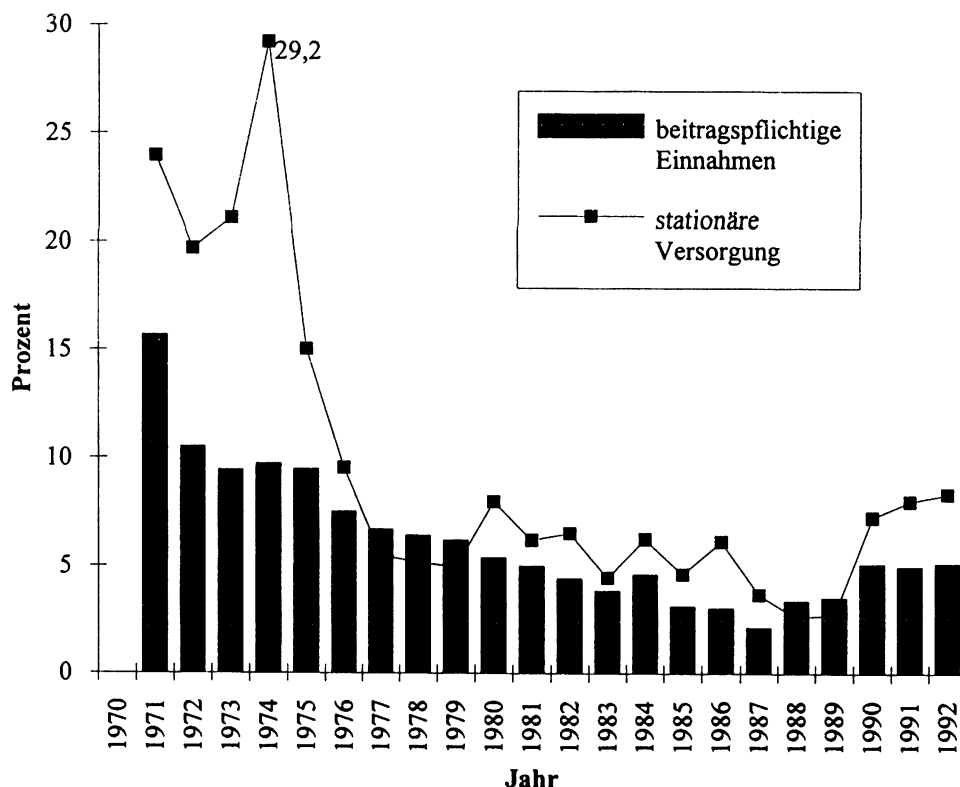
105. Die Ausgaben für die stationäre Behandlung stellen seit 1970 den größten Ausgabenbereich der GKV dar. Ihr Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der GKV stieg von 25,2 % im Jahre 1970 innerhalb von vier Jahren auf 31 % im Jahre 1974 an, ging dann auf 29,6 % im Jahre 1981 zurück. In den 80er Jahren stieg jedoch der Anteil der Ausgaben für die Krankenhausbehandlung an den gesamten Leistungsausgaben der GKV nahezu kontinuierlich, bis er im Jahre 1990 das bisherige Maximum von 33,2 % erreichte. Seitdem ging der Anteil der Ausgaben für die stationäre Versorgung auf 32,4 % im Jahre 1991 und auf 32,1 % im Jahre 1992 zurück.

106. Wie eingangs dargestellt, stiegen zwischen 1970 und 1992 die gesamten Ausgaben für die stationäre Behandlung doppelt so schnell wie die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV. Im folgenden sollen die jährlichen Wachstumsraten der Ausgaben für die stationäre Versor-

gung je Mitglied (einschließlich Rentner) im Vergleich zum Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV zwischen 1970 und 1992 kurz analysiert werden.

107. Wie aus der Abbildung 17 hervorgeht, wuchsen die Ausgaben für die stationäre Versorgung je Mitglied seit 1970 mit Ausnahme der Jahre 1977–79 und 1989/1990 z.T. erheblich stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. In der ersten Hälfte der 70er Jahre stiegen die Ausgaben für die stationäre Versorgung durchwegs mit zweistelligen Wachstumsraten. Mit der im Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972 eingeführten Trennung von Investitions- und Betriebskosten sowie der Mischfinanzierung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden und der Bundespflegegesetzverordnung vom 25.04.1973 war offensichtlich keinerlei Anreiz zur Kostensenkung verbunden, so daß bis 1976 die Ausgaben für die stationäre Versorgung z.T. weit überdurchschnittliche Wachstumsraten aufwies. Eine moderatere Ausgabenentwicklung stellte sich erst in den Jahren 1977 bis 1979 ein, als die Steigerungsraten der Ausgaben für die stationäre Versorgung jeweils rund einen Pro-

Abbildung 17: Ausgaben der GKV für stationäre Versorgung und beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Veränderung zum Vorjahr in %, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

zeitpunkt unter dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen lagen.

108. In den Jahren zwischen 1980 und 1987 übertrafen die Wachstumsraten der Ausgaben für die stationäre Versorgung jedoch das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen um 0,6 bis 3,1 Prozentpunkte. Diese Ausgabenentwicklung im stationären Sektor verwundert umso mehr, als durch die verschiedenen Kostendämpfungsgesetze sowie das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981, das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984 und die Bundespflegegesetz-Verordnung vom 21.08.1985 versucht wurde, die steigenden Ausgaben der GKV insgesamt in den Griff zu bekommen und insbesondere Anreize für eine wirtschaftlichere und leistungsfähigere Betriebsführung der Krankenhäuser zu setzen.

109. Im GRG von 1988 waren zwar keine Regelungen enthalten, die die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich hätten positiv beeinflussen können. Dennoch lagen in den beiden Jahren 1988 und 1989 die Wachstumsraten der Ausgaben im stationären Bereich jeweils um 0,8 Prozentpunkte unter dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen. Allerdings liegen seit 1990 die Wachstumsraten der Ausgaben für die stationäre Versorgung wieder zwei bis drei Prozentpunkte über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen und machen den Bedarf nach einer von der Pflegedauer unabhängigen leistungsbezogenen Vergütung der Krankenhausleistungen deutlich.

110. In seinen bisherigen Jahresgutachten hat der Rat nach der umfassenden Bestandsaufnahme und Statusquo-Analyse des Krankenhaussektors im Jahresgutachten 1987 (Ziffer 272ff.) jährlich die Daten aktualisiert und neue Entwicklungen im stationären Bereich aufgezeigt. Die Ausgabenfaktoren sowie die wesentlichen Determinanten der Leistungsstruktur im stationären Bereich, die der Rat ausführlich in den Jahresgutachten 1987 (Ziffer 287ff.) und 1988 (Ziffer 155ff.) analysiert hat, bestimmen auch gegenwärtig die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich (JG 1987 Ziffern 302ff.):

- Finanzierungsmodalitäten.
- Bettenkapazitäten.
- Leistungsfähigkeit der Medizin.
- Altersstruktur der Bevölkerung.
- Morbidität.
- soziales Umfeld und
- Wandel von Sozialnormen.

111. Da seit 1990 die Einrichtungen der stationären Versorgung nach der am 10. April desselben Jahres in Kraft getretenen Krankenhausstatistik-Verordnung in Krankenhäuser einerseits (§ 107 Abs. 1 SGB V; darunter fielen im Jahre 1992 2.411 Einrichtungen mit 665.565 Betten in ganz Deutschland) und in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen andererseits (§ 107

Abs. 2 SGB V; 1.181 Einrichtungen mit 144.172 Betten in Deutschland 1991) unterschieden werden, läßt sich ein Zeitvergleich der Leistungsstruktur nur von 1970 bis 1989 anstellen.

In der ersten Hälfte der 70er Jahre stieg die Zahl der Krankenhausbetten von 683.254 auf 729.791 im Jahre 1975 um 6,8 % an. Seitdem wurden die Bettenkapazitäten in den alten Ländern kontinuierlich um 8,2 % auf 669.750 im Jahre 1989 abgebaut. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl der stationär behandelten Kranken von 9,34 Mio. im Jahre 1970 um 43 % auf 13,37 Mio. im Jahre 1989. Gleichzeitig sank die durchschnittliche Verweildauer von 24,9 um 35 % auf 16,2 Tage. Die steigende Pflegeintensität für die zunehmende Zahl älterer, schwerstkranker, multimorbider stationär zu behandelnder Patienten sowie die Verkürzung der Arbeitszeiten zieht einen wachsenden Personalbedarf nach sich, da kaum Rationalisierungseffekte auftreten. Dies schlägt sich auch in dem Anstieg der Zahl der im Krankenhaus Beschäftigten von 547.000 auf 878.000 Personen in diesem Zeitraum nieder.

2.5.3. Von der fiskalischen Betrachtung zur Ergebnisorientierung

112. Zusammenfassend zeigt sich die Bedeutung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik an ihrer Anwendung auf alle Leistungsbereiche. Sektorspezifisches Wohlverhalten der Leistungserbringer wird zunehmend an der Entwicklung der Ausgaben im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen beurteilt. Selbst innerhalb von Leistungsbereichen ergeben sich strukturelle Entwicklungen, die wiederum oft diesem Beurteilungsraster folgen. Die Regelbindung der Ausgabenentwicklung an die Einnahmen ist überall zu erkennen.

Die statistische Bestandsaufnahme zur Finanzlage der GKV ist unverzichtbar und eine wichtige Voraussetzung, um das medizinische Leistungsgeschehen besser zu erfassen. Neben die fiskalische Betrachtung der Ausgabenseite muß eine stärker an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung orientierte Betrachtung treten. Je mehr die tatsächlich erbrachten Gesundheitsleistungen in den Vordergrund treten, desto stärker wird der Bezug zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung deutlich. Dies ist nicht nur wichtig, um die Versorgung der Bevölkerung und ihren Einfluß auf den Gesundheitsstand zu ermitteln, sondern auch, um erforderliche Effizienzüberlegungen im Gesundheitswesen anstellen zu können. Die im ersten Kapitel geforderte ergebnisorientierte Gesundheitspolitik hat hier einen ihrer Ausgangspunkte.

113. Ein weiterer Bezug zum Krankheits- und Leistungsgeschehen könnte auch dadurch hergestellt werden, daß die Gesundheitsausgaben den ICD-Gruppen zugeordnet werden. Auch diese Betrachtung würde neben der erforderlichen Analyse der Finanzlage wieder

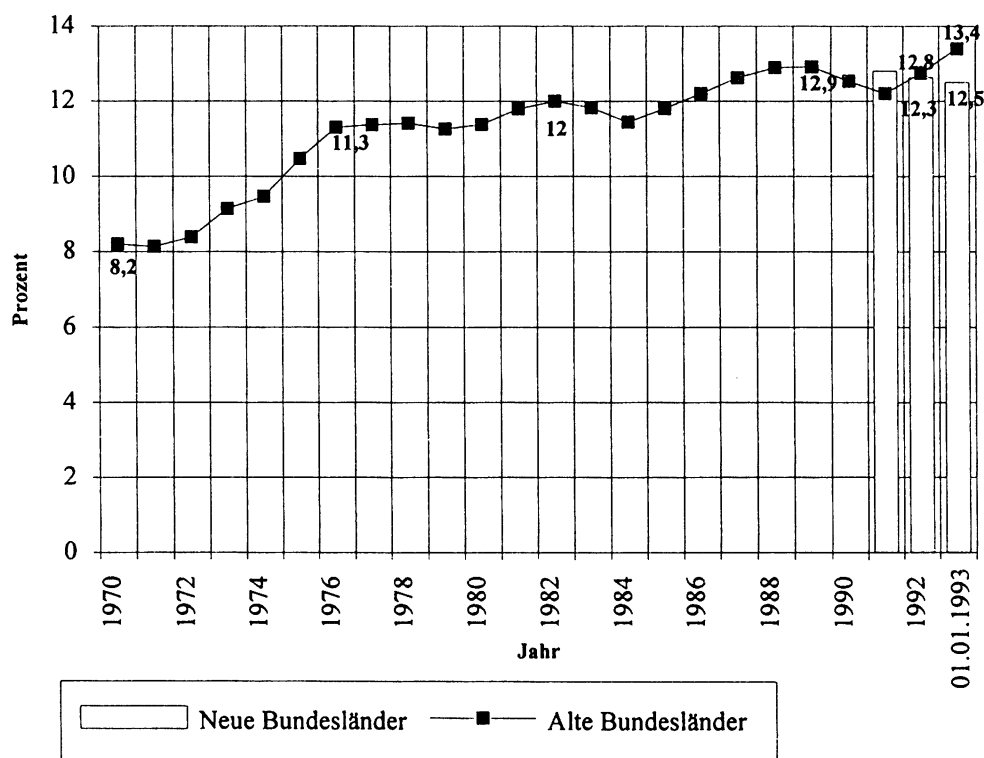
Tabelle 6: Vergleich der Rangfolge von direkten Kosten für die neun führenden Diagnosegruppen mit den Rangfolgen ihrer indirekten Kosten und der Kosten gesamt für die Bundesrepublik Deutschland, in Mio. DM, 1990, alte Bundesländer

Diagnosegruppe	Direkte Kosten	Indirekte Kosten				Direkte und indirekte Kosten	
		Mortalität (1)	Arbeitsunfähigkeit	Invalidität (1)	Summe	gesamt	%
Verdauungsorgane	1	4	4	8	7	3	13,6
Kreislaufsystem	2	3	5	3	3	2	14,9
Skelett, Muskeln, Bindegewebe	3	15	1	2	2	4	12,7
Unfälle	4	2	2	1	1	1	16
Atmungsorgane	5	7	3	7	5	6	7,2
Seelische Störungen	6	6	6	4	6	7	6,5
Nervensystem und Sinnesorgane	7	9	10	6	8	8	4,3
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8	12	13	9	9	9	3,3
Neubildungen	9	1	8	5	4	5	7,5
Summe der neun führenden Diagnosegruppen							86,0

(1) Diskontierung 4%

Quelle: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten, BMG Schriftenreihe, Bd. 27, Baden-Baden 1993.

Abbildung 18: Entwicklung des allgemeinen jahresdurchschnittlichen Beitragssatzes 1970 – 1993 (Stand 01.01.)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA.

stärker zum Ausgangspunkt der Überlegungen in diesem Kapitel zurückführen und den Gesundheitsstand der Bevölkerung und seine Bestimmungsfaktoren betonen. Es stellt sich dann wieder die Frage nach dem Finanzierungsgegenstand und in diesem Zusammenhang nach der Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Kosten. Spart – so könnte gefragt werden – eine Gesellschaft nicht an der falschen Stelle, wenn sie die Ausgabendämpfung und damit die direkten Kosten so stark in den Vordergrund stellt und nicht erkennt, welches Präventionspotential eine Analyse der indirekten Kosten, also des Verlustes an Ressourcen durch vermeidbare Morbidität und Mortalität erschließt (Ziffer 622ff.)?

2.6. Die Entwicklung der Beitragssätze

114. Die Beitragssatzentwicklung steht im Vordergrund der gesundheitspolitischen Diskussion und der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik (Kapitel 3. Beitragssatzstabilität und einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). Aus der Abbildung 18 läßt sich die Entwicklung des Beitragssatzes entnehmen. Es zeigt sich, daß der Beitragssatz zwar zwischen 1970 und 1993 von

8,2 % auf 13,4 % gestiegen ist, davon nach den Jahren zweistelliger Zuwachsraten auf der Ausgabenseite (1970–1976) aber nur um zwei Prozentpunkte in den letzten 17 Jahren. Der Beitragssatz in den neuen Ländern wurde zunächst auf 12,8 % festgesetzt und zum 01.01.92 freigegeben. Er betrug am 01.07.93 12,6 %. Wie aus Tabelle 7 zu entnehmen ist, ergibt sich für die einzelnen Kassenarten getrennt nach Ost und West ein differenzierteres Bild.

115. Die Aussagefähigkeit des Beitragssatzes im zeitlichen Vergleich wird durch Leistungsverlagerungen und Veränderung in der Bemessungsgrundlage beeinflusst. Weiterhin müßte bei der Ermittlung eines bereinigten Beitragssatzes die unterschiedliche Rücklagenpolitik der verschiedenen Kassen auch mitberücksichtigt werden, da sich hierdurch zeitliche Verzögerungen zwischen der Ausgabenentwicklung und der Höhe der Beitragssätze ergeben.

116. Würde man versuchen, einen rechnerischen Beitragssatz (BS*) zu schätzen, der bei den jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen ausreichen würde, die Ausgaben zu finanzieren, ergeben sich Abweichungen vom tatsächlichen allgemeinen Beitragssatz (Tabelle 8). Die-

Tabelle 7: Entwicklung der durchschnittlichen Beitragssätze der Kassenarten in der GKV

Jahr	Monat	Insgesamt		Ortskassen		Betriebskassen		Innungskassen		Seekassen		Bundesknappschaft		Ersatzkassen für			
		Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West
1992		12,61	12,74	12,80	13,46	11,81	11,33	12,45	12,54	12,54	11,90	12,80	13,90	12,00	11,10	12,54	12,37
1993	Jan.	12,54	13,42	12,96	14,07	11,73	11,77	12,20	13,28	11,90	13,10	12,80	13,90	11,88	12,40	12,17	13,19
1993	Feb.	12,54	13,42	12,96	14,08	11,73	11,79	12,17	13,27	11,90	13,10	12,80	13,90	11,87	12,39	12,18	13,19
1993	März	12,54	13,42	12,96	14,08	11,71	11,81	12,17	13,27	11,90	13,10	12,80	13,90	11,87	12,39	12,18	13,19
1993	Apr.	12,54	13,42	12,96	14,08	11,70	11,81	12,17	13,26	11,90	13,10	12,80	13,90	11,87	12,39	12,18	13,19
1993	Mai	12,55	13,42	12,99	14,08	11,70	11,82	12,14	13,26	11,90	13,10	12,80	13,90	11,87	12,39	12,18	13,18
1993	Juni	12,55	13,42	12,98	14,08	11,70	11,82	12,14	13,26	11,90	13,10	12,80	13,90	11,87	12,39	12,18	13,18
1993	Juli	12,57	13,41	13,02	14,06	11,71	11,85	12,14	13,28	11,90	13,10	12,80	13,90	11,82	12,38	12,18	13,18
1993	Aug.	12,57	13,41	13,02	14,05	11,72	11,85	12,13	13,28	11,90	13,10	12,80	13,90	11,86	12,38	12,18	13,18
1993	Sept.	12,63	13,41	13,15	14,05	11,70	11,86	12,13	13,28	11,90	13,10	12,80	13,90	11,86	12,38	12,18	13,18
1993	Okt.	12,75	13,40	13,40	14,02	11,70	11,87	12,14	13,28	11,90	13,10	12,80	13,90	11,86	12,38	12,18	13,18
1993	Nov.	12,75	13,39	13,40	14,01	11,70	11,87	12,14	13,28	11,90	13,10	12,80	13,90	11,86	12,38	12,18	13,17

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA

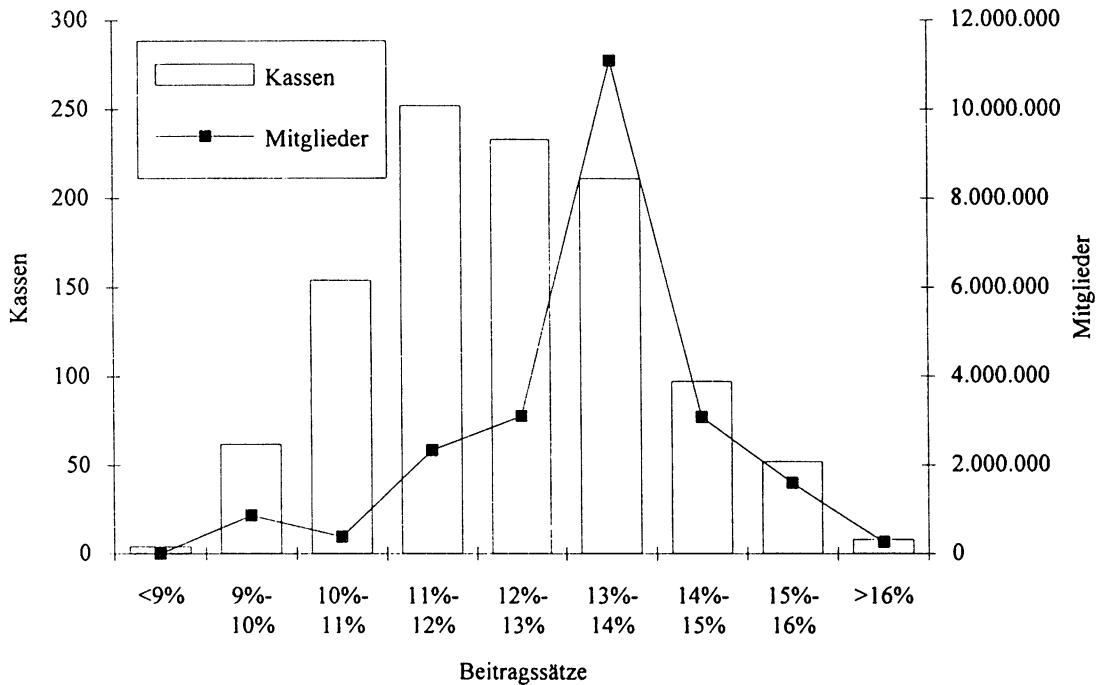
Tabelle 8: Beitragssatzpunkte, die zur Finanzierung der GKV-Ausgaben notwendig sind (rechnerischer BS¹⁾), 1987 – 1992

	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Ambulante Behandlung	1,95	1,94	2,09	2,07	2,12	2,20
Zahnärztliche Behandlung	0,68	0,69	0,71	0,69	0,72	0,77
Zahnersatz	0,58	0,87	0,45	0,41	0,44	0,52
Arzneimittel	1,75	1,83	1,87	1,85	1,94	2,06
Heil- und Hilfsmittel	0,73	0,80	0,72	0,71	0,77	0,82
Stationäre Versorgung	3,55	3,54	3,77	3,78	3,89	4,10
Krankengeld	0,69	0,70	0,72	0,75	0,81	0,84
Schwerpflegebedürftigkeit	-	-	0,01	0,01	0,14	0,18
Sterbegeld	0,20	0,20	0,12	0,11	0,10	0,10
Verwaltungskosten	0,55	0,56	0,61	0,62	0,63	0,66
Sonstige	0,93	0,93	0,94	1,01	1,08	1,18
Gesamtausgaben (BS*)	11,61	12,06	12,01	12,01	12,64	13,43
Allgemeiner BS	12,73	12,90	12,90	12,32	12,20	12,22

1) Mit diesen Kennziffern wird ausgedrückt, wie hoch der Beitrag sein müßte (% der beitragspflichtigen Einnahmen) zur Finanzierung der Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche, bzw. der Gesamtausgaben (BS*) dabei sind weder andere Einnahmen der Kassen berücksichtigt, noch evt. Defizite. Der rechnerische Beitragssatz (BS*) spiegelt also genau die Ausgabensituation der GKV wider.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMG.

Abbildung 19: Beitragssätze am 1.8.1993, Verteilung nach der Zahl der Krankenkassen und Mitglieder



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMG.

se Abweichungen werden durch die Rücklagenpolitik der Kassen verursacht und zeigen, in welchen Jahren die Kassen höhere Ausgaben hatten als Beitragseinnahmen ($BS^* > BS$).

Aus dem zeitlichen Vergleich der Beitragssatzpunkte, die zur Finanzierung der verschiedenen Ausgabenbereiche in der GKV notwendig wären, geht hervor, daß z.B. für die ambulante ärztliche Versorgung in den Jahren zwischen 1987 und 1992 ein Anteil zwischen 1,95 und 2,2 Beitragssatzpunkten notwendig gewesen wäre. Größere Strukturverschiebungen werden bei den Ausgaben für Zahnersatz deutlich, für die ein Anteil zwischen 0,87 (1988) und 0,52 (1992) Beitragssatzpunkten veranschlagt werden mußte. Ein nahezu stetig ansteigender Anteil an Beitragssatzpunkten war für die Finanzierung der Krankenhauskosten von 3,55 im Jahre 1987 auf 4,10 Beitragssatzpunkte im Jahre 1992 zu verzeichnen.

An dieser strukturellen Entwicklung kann, ähnlich wie auf der Ausgabenseite, erkannt werden, wie sich Veränderungen in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung finanziell auswirken.

117. Eine weitere Differenzierung in der Analyse der Beitragssätze ergibt sich bei einer Berücksichtigung der Anzahl der Kassen und der Anzahl der von unterschiedlich hohen Beitragssätzen betroffenen Mitglieder. Während die meisten Kassen einen Beitragssatz von 11 % – 13 % aufweisen, ist die Anzahl der Mitglieder bei einem Beitragssatz von 13 % – 14 % am höchsten (Abbildung 19).

Die Beitragssatzunterschiede verlieren durch den vorgesehenen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich an Bedeutung, bleiben aber im Rahmen der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik von gesundheitspolitischer Relevanz.

3. Beitragssatzstabilität und einnahmensorientierte Ausgabenpolitik

3.1. Ausgabendämpfung durch Einnahmensorientierung

118. Eine Besonderheit der deutschen Gesundheitspolitik besteht in der Art der Ausgabendämpfung. Die im Laufe der Jahre seit 1977 durch immer neue Interventionen entwickelte einnahmensorientierte Ausgabenpolitik ist in den §§ 141 Abs. 2 und 71 des SGB V verankert worden. Die ungebremste Ausgabenentwicklung ist damit gestoppt und durch eine neue Zielvorstellung ersetzt worden. Im Sinne einer politischen Vorgabe kann die Beitragssatzstabilität auch als Orientierungsdatum angesehen werden, das einen entsprechenden Einfluß auf die Leistungserbringung ausübt.

119. Verstärkt worden ist die Bindungswirkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch Vorschriften zur Budgetierung der einzelnen Leistungsbereiche im Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992. Ab 01.01.1993 dürfen die Leistungsausgaben für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, stationäre Kuren, die Krankenhausversorgung (mit Einschränkungen) sowie Verwaltungskosten für drei Jahre nicht schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen. Damit sind die Teilbudgets bis einschließlich 1995 einnahmeseitig vorgegeben und stabile und möglicherweise sinkende Beitragssätze auf absehbare Zeit zu erwarten.

120. Im internationalen Kontext ist die auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausgerichtete einnahmensorientierte Ausgabenpolitik ein Proprium deutscher und niederländischer Gesundheitspolitik. Der steuerfinanzierte *National Health Service* in Großbritannien kann zwar auch als ein weiteres Beispiel einnahmensorientierter Ausgabenpolitik angesehen werden, doch ist die Situation eine andere. In Großbritannien wird letztlich im Rahmen der Haushalts- und Finanzpolitik über die Höhe der Gesundheitsausgaben entschieden und damit nur sehr indirekt nach den verfügbaren (Steuer-) Einnahmen. Die von Teilen der Bevölkerung beklagte Unterfinanzierung der englischen Gesundheitsleistungen hat in dieser Form der Mittelaufbringung eine ihrer Ursachen.

Die Einnahmensorientierung als Konsolidierungsstrategie im deutschen Gesundheitswesen und die erwünschte Stabilität der Beitragssätze in der GKV ist im übrigen auch eine Besonderheit, an deren Übernahme die amerikanische Administration bei ihren Bemühungen um Reform des amerikanischen Krankenversicherungssystems sehr interessiert ist.

121. Die Höhe des zur Verfügung stehenden Mittelaufkommens aus den Versicherungsbeiträgen wird u.a. von der Aufkommenselastizität der Bemessungsgrundlage bestimmt, d.h. der Änderung des Beitragsaufkommens aus beitragspflichtigen Einnahmen (Löhne und Gehälter), die sich aus einer Änderung des Volksein-

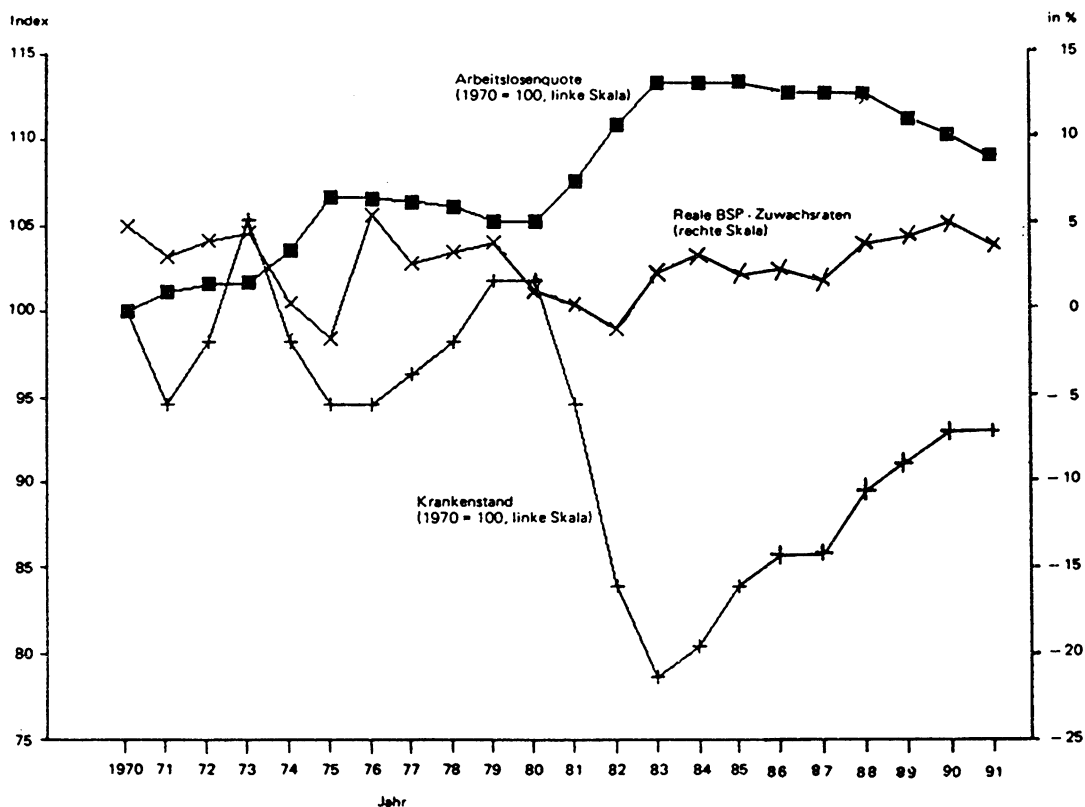
kommens als dem Indikator für die ökonomische Entwicklung ergibt. Im Vergleich zur Aufkommenselastizität einer Steuer tritt im Falle der Aufkommenselastizität der Sozialabgaben noch die obere und untere Beitragsbemessungsgrenze als Bestimmungsgröße des Aufkommens hinzu. Insbesondere die Dynamik der oberen Beitragsbemessungsgrenze, die von der Entwicklung der Bruttolohn- und Gehaltssumme bestimmt wird, entscheidet über die Aufkommensveränderung bei konstanten Beitragssätzen. Schließlich ist die Anzahl der (beitragspflichtigen) Mitglieder mitentscheidend für die Höhe des jährlichen Beitragsaufkommens (Ziffer 191 ff. sowie JG 1989 Ziffer 88f.).

Neben der Höhe der Beitragssätze, der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze, der Anzahl der Beitragszahler sowie des Umfangs der versicherungspflichtigen Einkünfte (Breite der Bemessungsgrundlage) sind noch Erstattungen und Zuweisungen zu nennen, die durch Gebietskörperschaften und/oder Sozialversicherungsträger an die GKV gezahlt werden und die Einnahmensituation der GKV bestimmen. Die Höhe dieser Überweisungen hängt ab von den Überweisungssätzen und den Bemessungsgrundlagen. Diesen Zahlungen kommt angesichts der Arbeitslosigkeit und der nicht mehr erwerbstätigen Bevölkerung eine immer größere Bedeutung für das der GKV zur Verfügung stehende Mittelaufkommen zu (Ziffer 59ff.).

122. Die einnahmensorientierte Ausgabenpolitik kann auch im Kontext einer automatischen Stabilisierung der Finanzlage der GKV gesehen werden. Sie stellt eine Art »Regelbindung« dar, und verhindert somit häufige und diskretionäre Beitragssatzveränderungen und damit Unsicherheiten in der zu erwartenden Entwicklung der Lohnnebenkosten. Dabei würden Abweichungen von einem *wünschenswerten Zustand (Beitragssatzsoll)* »automatisch« bestimmte Eingriffe bewirken, die die Erreichung der Sollwertgröße Beitragssatzstabilität sicherstellen. Ist- und Sollwert müßten quasi automatisch zur Deckung gebracht werden und nicht diskretionär, d.h. von Fall zu Fall durch die Politiker bzw. die Exekutive. Aus diesem Zusammenhang heraus läßt sich die Beitragssatzstabilität bzw. die einnahmensorientierte Ausgabenpolitik auch als Versuch einer Regelbindung interpretieren.

123. Die einnahmensorientierte Ausgabenpolitik führt dazu, daß die für die Vergütung der Leistungserbringer zur Verfügung stehenden Mittel auch von der konjunkturellen Entwicklung bestimmt werden. Dieser Finanzierungsmodus bedeutet, daß in der Hochkonjunktur mehr Gelder für die Vergütung von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen als in der Rezession. Nur wenn die Bedürfnisse der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen tatsächlich gleichläufig zur konjunkturellen Entwicklung verlaufen würden und in der Hochkonjunktur höher wären als in der Rezession, wäre dieser Sachverhalt gerechtfertigt. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang,

Abbildung 20: Krankenstand und Arbeitslosigkeit im Konjunkturverlauf, 1970–1991



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA, Arbeits- und Sozialstatistik.

daß auch auf der Ausgabenseite Leistungsvergütungen und Personalkosten (z.B. im stationären Bereich) konjunkturabhängig sind und von Tarifverhandlungen bestimmt werden.

Betrachtet man den Krankenstand der arbeitsunfähigen Pflichtmitglieder im Verhältnis zur Arbeitslosenquote, so ergibt sich – wie Abbildung 20 zu entnehmen ist – eine gegenläufige Entwicklung, d.h. je höher die Arbeitslosenquote (1970 = 100) desto geringer ist der Krankenstand (1970 = 100).

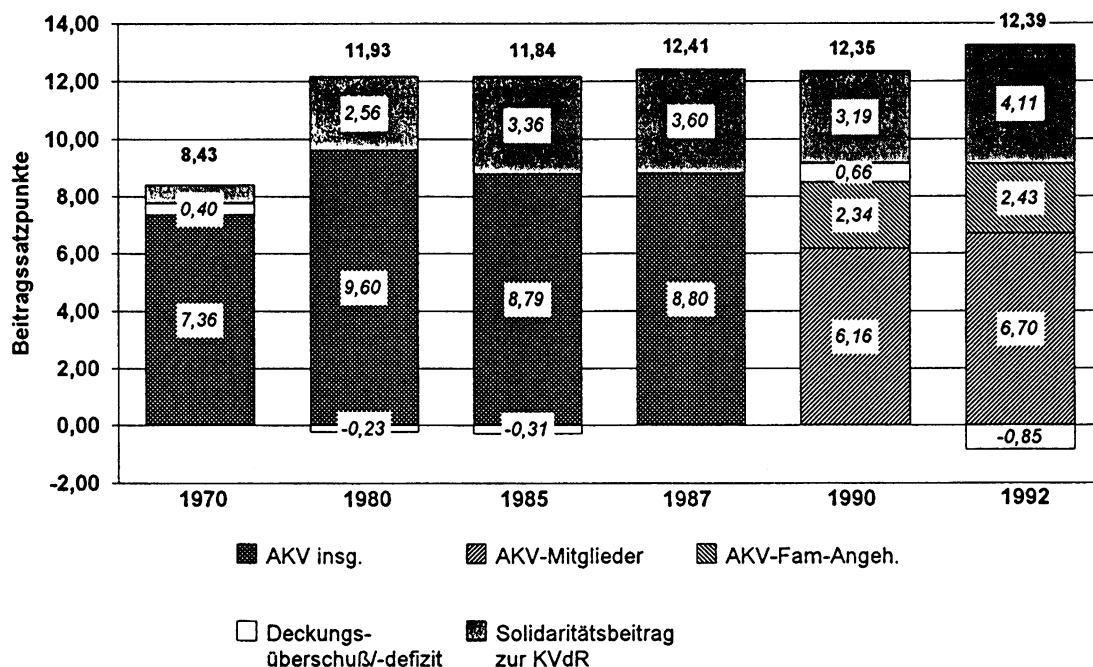
Sofem der Bedarf an bzw. die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht gleichgerichtet mit der Konjunkturlage verläuft, wären z.B. Ausgleichsrücklagen notwendig, um gegenläufige Bewegungen von Konjunktur und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auszugleichen. Hier ist weiterer Forschungsbedarf gegeben.

124. Abbildung 21 läßt eine simultane Betrachtung von Ausgaben und Einnahmen der GKV zu, da die Entwicklung der Ausgaben in Beitragssatzanteilen erfaßt wird. Wählt man eine Gruppierung nach Beitragssatzanteilen für den Familienlastenausgleich, die Krankenversicherung der Rentner und die Mitglieder in der allgemeinen Krankenversicherung, läßt sich eine unterschiedliche zeitliche Entwicklung entnehmen. Der Bei-

tragssatzanteil für den Familienlastenausgleich wird angesichts der demographischen Entwicklung, d.h. aufgrund der abnehmenden Kinderzahl sinken. Steigen wird jedoch der Solidarbeitrag an die KVdR, der jedoch zum 01.01.1995 im allgemeinen Risikostrukturausgleich aufgeht (Art. 34 § 2 GSG); der Solidarbeitrag an die KVdR wirft intergenerative Verteilungsprobleme auf. Werden die intergenerativen Umverteilungsvorgänge von späteren Generationen als zu ungerecht empfunden, muß die intergenerative Verteilung der Lasten durch die Umlagefinanzierung in der GKV überdacht werden (siehe auch Kapitel 7. Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos).

125. Da es eine wünschenswerte Gesundheitsquote im Sinne eines bestimmten Prozentsatzes der Ausgaben am Sozialprodukt praktisch nicht gibt und auch eine Einnahmenorientierung mit der aus ihr im konjunkturellen Auf und Ab sich ergebenden Ausgabenhöhe nicht als optimal angesehen werden kann, läßt sich folgern, daß versucht wird, die Beitragssätze auf einem historisch zufälligen Niveau ohne Berücksichtigung individueller Präferenzen festzuhalten. Ob ein niedrigeres oder höheres Beitragssatzniveau nicht »besser« sei, vermag niemand zu sagen.

Abbildung 21: Ausgabenentwicklung in der GKV nach Beitragsanteilen, alte Bundesländer, 1970–1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, verschiedene Jahre.

Die gesundheitspolitisch wichtige Gegenüberstellung des Pro und Contra der Ausgabendämpfung hilft auch nur bedingt, das derzeitige Belastungs- und Leistungsniveau zu bestimmen und zu beurteilen.

126. Wird versucht, die Ausgabendämpfung in Form der Beitragssatzstabilität zu begründen, lassen sich u.a. folgende Argumente für eine solche gesamtwirtschaftliche Kostendämpfung anführen:

- die Begrenzung der Lohnnebenkosten,
- die Sicherung des Rentenniveaus (nettolohnbezogene Rente),
- der große Entscheidungspielraum der Leistungserbringer,
- noch immer vorhandene Effizienzreserven,
- zu hohe Krankenversicherungsbeiträge und ihre Wirkungen auf den Standort Deutschland und die Schattenwirtschaft.

127. Von diesen Argumenten spielt seit dem Jahr 1992 die Stabilität der Rentenzahlungen im Rahmen der nettolohnbezogenen Anpassung eine besondere Rolle, da steigende Beitragssätze in der GKV (und in anderen Zweigen der Sozialversicherung) unmittelbar das Ausmaß der Rentenerhöhung in mehrfacher Hinsicht berühren.

Die Erhöhung der GKV-Beitragssätze senkt die Nettoquote des Arbeitsentgelts der Aktiven ab. Ebenso sinkt die Renten-Nettoquote, also das Verhältnis der Rente abzüglich des Beitrags des Rentners zur Krankenversicherung (= ausgezahlte Rente) zur nominalen Rente (= von der Rentenversicherung gebuchte Rente). Damit beeinflusst die Beitragserhöhung die Rentenanpassung, die geringfügig niedriger ausfällt, wie die nachfolgende Modellrechnung zeigt.

Die gezahlte Rente wird weiterhin niedriger, weil der Beitrag des Rentners zu seiner Krankenversicherung höher wird.

Die resultierenden Mehraufwendungen in der GRV haben ceteris paribus eine - wenn auch geringe - Beitragssatzanhebung zur Folge, die ihrerseits die Nettoquote der Aktiven und damit wiederum mit einem Jahr Zeitverzug die Höhe der Rentenanpassung beeinflusst.

In der Variante zur Grundrechnung (Anhang, Tabelle A 4) wurde ab dem 01. Januar 1994 der Beitragssatz zur Krankenversicherung um einen Prozentpunkt in den alten Bundesländern von 13,4 % auf 14,4 % und in den neuen Bundesländern von 12,6 % auf 13,6 % angehoben. Entsprechend wurde der Beitragssatz der Rentner zur Krankenversicherung vom 01. Juli 1994 an um einen Prozentpunkt, in den alten Bundesländern von 13,4 %

Tabelle 9: Die ausgezahlte jährliche Standardrente bei 45 Versicherungsjahren (nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrags des Rentners) in DM bei einer Erhöhung des Beitragssatzes in der GKV um einen Prozentpunkt

Jahr	Standardrente alte Bundesländer			Standardrente neue Bundesländer		
	Grundrechnung ohne	Variante mit	Veränderung in %	Grundrechnung ohne	Variante mit	Veränderung in %
	Erhöhung des Beitragssatzes			Erhöhung des Beitragssatzes		
1993	21.960	21.960	-	14.996	14.996	-
1994	22.720	22.658	-0,27	16.047	15.986	-0,38
1995	23.397	23.232	-0,71	17.188	17.049	-0,81
1996	24.125	23.939	-0,77	18.443	18.287	-0,85
1997	24.947	24.773	-0,70	20.184	20.031	-0,76

SVRKAiG 1994

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

auf 14,4 % und in den neuen Bundesländern von 12,6 % auf 13,6 % angehoben. Hieran sind die Rentner mit der Hälfte beteiligt.

Aus Tabelle 9 ergibt sich, daß die generellen Aussagen durch eine Modellrechnung bestätigt werden (Anhang-Tabelle A 5 mit der Variante zur Grundrechnung mit den Wirtschaftsannahmen vom Frühjahr 1993 des BMA). Die einprozentige Steigerung der Beitragssätze zur GKV senken die Standardrente in den alten und neuen Bundesländern von 1994 bis 1997 in der in Tabelle 9 genannten absoluten und relativen Höhe. Damit zeigt sich eine geringfügige Verringerung der Rentenzahlung, die allerdings dann an Bedeutung zunimmt, wenn die Beitragszahlungen stärker steigen oder/und in anderen Zweigen der Sozialversicherung stark zunehmen. In der Summe spielt also die Stabilität der Rentenzahlungen im Kontext der Kostendämpfung in der GKV durchaus eine Rolle.

128. Die Höhe der Lohnnebenkosten ist ein weiteres zentrales Argument für konstante oder besser noch sinkende Beitragssätze in der Sozialversicherung. Der Wirtschaftsstandort Deutschland ist u.a. durch die Höhe der Lohnnebenkosten beeinflusst. Ein Blick auf Tabelle 10 zeigt, wie sie in Form der gesetzlichen (37,2 %) sowie tariflichen und betrieblichen (46,8 %) Lohnnebenkosten zu Buche schlagen. Die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber sind seit 1980 um 3 Prozentpunkte auf 23,9 % gestiegen. Zu diesem Anstieg trugen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung mit 2,2 Prozentpunkten und die Beiträge zur GKV mit 0,9 Prozentpunkten bei. Wichtig ist nicht nur die relative bzw. absolute Höhe der Sozialversicherungsbeiträge, sondern vor allem ihre marginale Veränderung, z.B.

durch die Ausgabenentwicklung in der GKV oder die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung.

129. Um die Standortqualität eines Landes oder einer Region zu erfassen, bilden Arbeitskosten, Steuersystem und Sozialabgabenniveau zweifellos wichtige und vor allem relativ gut zu quantifizierende Einflußgrößen. Als alleinige Indikatoren zur Beurteilung dieses komplexen Phänomens reichen sie jedoch nicht aus. Die Standortqualität eines Landes wird auch von einer Reihe eher qualitativer Faktoren beeinflusst, zu denen u.a. die staatliche Regulierungsdichte, die gesellschaftliche Akzeptanz des technischen Fortschritts, die soziale und politische Stabilität, die Weltoffenheit der Bevölkerung, die Ausbildung und Mobilität der Arbeitskräfte sowie die öffentliche Infrastruktur gehören.

130. Mit dem Argument der Beliebigkeit und dem großen Entscheidungsspielraum bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen soll verdeutlicht werden, daß allein aus medizinischer Sicht die Gesundheitsausgaben wesentlich höher ausfallen würden und daher eine Begrenzung wegen der konkurrierenden Verwendungszwecke der stets zu knappen Mittel erwogen werden muß.

131. Eine Beschränkung ist auch begründbar, wenn die Höhe (der Steuerzahlungen und) der Sozialabgaben in den Kontext mit der Mündigkeit des Steuer- und Beitragszahlers gestellt, eine weitgehende Bevormundung hieraus abgeleitet und abgelehnt wird.

132. Sozialabgaben führen bei den Beitragszahlern, d.h. den Versicherten wie den Arbeitgebern zu Bemühungen, diese zu vermeiden bzw. zu senken. Die Vermeidung kann durch legale oder illegale Maßnahmen

Tabelle 10: Lohnnebenkosten in % des Entgelts für geleistete Arbeit (Lohnnebenkostenquote), 1975 - 1992¹

Bestandteile der Lohnnebenkosten	1975	1980	1985	1988	1991	1992
1. Gesetzliche Lohnnebenkosten	30,7	35,1	35,2	35,8	36,9	37,2
davon:						
a) Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber	17,7	20,9	22,1	23,0	23,7	23,9
davon:						
- Beiträge zur ges. Rentenversicherung	10,4	11,6	11,8	12,0	11,4	11,5
- Beiträge zur ges. Krankenversicherung	6,1	7,4	7,5	8,3	7,9	8,3
- Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	1,2	1,9	2,8	2,7	4,4	4,1
b) Bezahlte Feiertage und sonstige Ausfallzeiten	5,1	5,2	5,3	5,4	5,4	5,4
c) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	5,4	6,3	5,1	5,0	5,4	5,4
d) Sonstige gesetzliche Lohnnebenkosten	2,5	2,7	2,7	2,4	2,4	2,5
2. Tarifliche und betriebliche Lohnnebenkosten	32,1	40,1	47,1	46,8	46,9	46,8
davon:						
a) Urlaub	15,9	18,6	20,6	20,6	20,6	20,6
b) Sonderzahlungen	7,4	8,2	9,7	10,0	10,0	10,0
c) Betriebliche Altersversorgung	2,4	6,4	9,1	8,8	9,0	9,0
d) Vermögensbildung	1,5	2,0	1,6	1,5	1,4	1,3
e) Sonstige Lohnnebenkosten	4,9	4,9	6,1	5,9	5,9	5,9
Lohnnebenkosten insgesamt	62,8	75,2	82,3	82,6	83,8	84,0

SVRKAiG 1994

1 Unternehmen des produzierenden Gewerbes mit 50 und mehr Beschäftigten.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage Personalzusatzkosten im Produzierenden Gewerbe, in: Institut der Deutschen Wirtschaft (Hrsg.), iw-trends 2/1983, 1/1988 und 2/1989 sowie Institut der Deutschen Wirtschaft (Hrsg.), Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland 1993, Köln.

(Schattenwirtschaft) versucht werden. In dem Umfang, wie dies gelingt, erhöhen sich die Abgabenlasten für die verbleibenden Beitragszahler.

Neben der Vermeidung abgabepflichtiger Tätigkeiten tritt die exzessive Nutzung als eine Strategie der Belastungssenkung. Bei den Versicherten mündet dies in das Denken ein, für den geleisteten Beitrag möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen. Arbeitgeber werden prinzipiell vom gleichen Ziel geleitet und könnten versucht sein, z.B. Lohnleistungen auf die Sozialversicherung abzuwälzen. Die These vom Mißbrauch wird oft wiederholt und selten belegt. Dann müßte die Inanspruchnahme in beitragsfreien Systemen deutlich niedriger liegen. Ob das der Fall ist, müßte ebenfalls empirisch besser erhellt werden. Zwar liegt auf der Hand, daß mit der Höhe der Abgabenlast, also des Beitragssatzes, die Vermeidungs- bzw. Ausweichbemühungen zunehmen. Allerdings zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern, wie z.B. Schweden, daß Verhaltensänderungen nicht

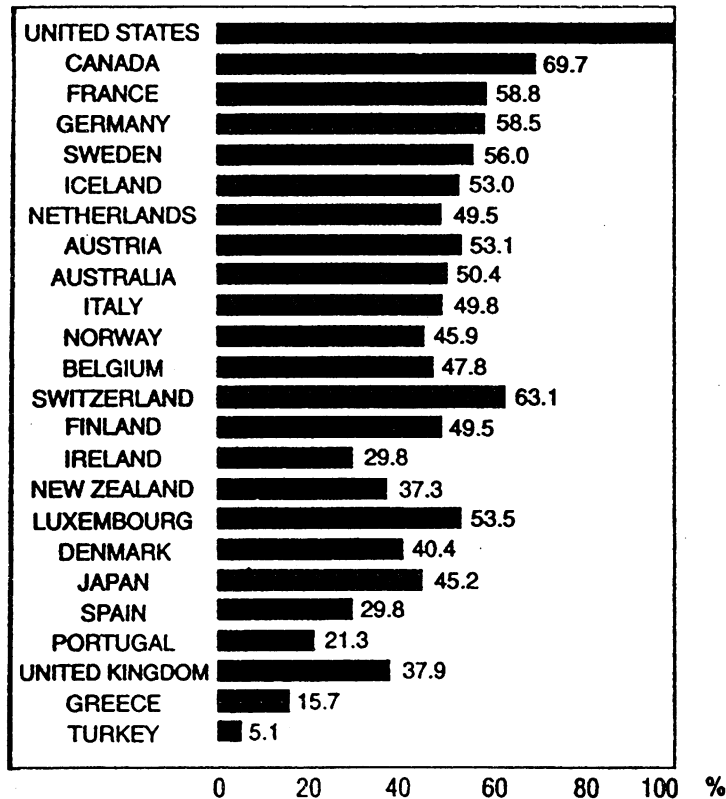
plötzlich ausgelöst werden, sondern sich erst allmählich einstellen.

133. Fragt man nach den Gründen, die gegen die Ausgabendämpfung sprechen, so lassen sich u.a. folgende Gegenargumente anführen:

- das Gesundheitswesen ist eine personalintensive Dienstleistungsbranche;
- das Gesundheitswesen als eine vergleichsweise umweltfreundliche Wachstumsbranche;
- die Festschreibung von Beitragssätzen führt zu zunehmender Regulierung und bürokratischer Kontrolle;
- die Beitragssatzstabilität führt tendenziell zu einer Rationierung.

Der Gesundheitssektor ist zwar wie andere Dienstleistungsbereiche (z.B. Banken, Versicherungen) grundsätzlich einer Rationalisierung zugänglich, aber nicht im gleichen Maße: Bei hohem Arbeitskräfteeinsatz läßt sich die Arbeitsproduktivität nur bedingt steigern und

Abbildung 22: Pro-Kopf Gesundheitsausgaben in Kaufkraftparitäten in Prozent des Ausgabenniveaus in den USA, 1990



Quelle: OECD Health Systems, Facts and Trends, 1960–1991, Vol. I, Paris 1993, P. 17.

wenn, dann nur langsamer als in den kapitalintensiveren Branchen. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen von Lohnerhöhungen anteilig stärker betroffen als kapitalintensivere Sektoren. Außerdem ist die Bindung des Leistungsgeschehens an den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, an die Vorgabe einer gleichmäßigen Versorgung und an eine humane Leistungserbringung gesetzlich verankert (§ 70 SGB V). Dies hat seine eigene Dynamik. Allerdings wird eine derartige Aussage immer mitbestimmt sein von dem Ausmaß der Wirtschaftlichkeitsreserven und Überkapazitäten, die im Gesundheitswesen nach wie vor vermutet werden, für die es aber grundsätzlich keine oder nur für Teilbereiche vorliegende objektive empirische Untersuchungen gibt. Jedenfalls liegt Deutschland im internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben im Mittelfeld (Abbildung 22).

134. Je weniger die Gesundheitsleistungen über freiwillige Versicherungsbeiträge, anteilige Selbstbeteiligung (die derzeitigen Zuzahlungen bzw. Direktzahlungen sind der Tabelle A 6 im Anhang zu entnehmen; Stand 01.01.1994) und private Konsumausgaben bezahlt werden, desto stärker steht ihre Finanzierung unter Rechtfertigungszwang, da sie dann aus Sozialversicherungsbeiträgen, aus Steuern oder aus gesetzlich verfü-

ten Privatversicherungsbeiträgen (zwang-) finanziert werden. Eine öffentliche Verantwortung ergibt sich also umso mehr, je weniger die Finanzierung für das Gesundheitswesen aus der privaten Einkommensverwendung erfolgt.

135. Auch die Versicherten bzw. Patienten müßten in Zukunft stärker an der Entscheidung und Bewertung der Beitragssatzstabilität beteiligt werden. Hier liegt ein Feld für weitere empirische Sozialforschung und ein Parameter für den zukünftigen Wettbewerb in der GKV. Letztlich geht es nicht um Kosten- bzw. Ausgabendämpfung, sondern um die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen. Ob in einem Land 6 %, 12 % oder 18 % des Einkommens bzw. des Sozialprodukts für das Gesundheitswesen ausgegeben werden sollte, müßte stärker von der Bevölkerung und ihren Vorstellungen von einer gesundheitlichen Versorgung bestimmt werden als durch politische Vorgaben.

Nach einer Allensbach-Umfrage haben mehr als 55 % der Bevölkerung keine Vorstellung über die Höhe der Beitragssätze ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Knapp 50 % der Versicherten wußte, daß sich Arbeitgeber und

Arbeitnehmer den Krankenkassenbeitrag zur Hälfte teilen. Ob es angesichts dieser Situation tatsächlich zutrifft, daß die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung wesentlich höher liegt und 66 % der Befragten bereit wären, ein bis zwei Prozentpunkte für eine (noch) bessere und modernere Versorgung zu zahlen, sollte weiter untersucht werden.

136. Ein erster Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Bevölkerung in Abhängigkeit von der Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf und dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt läßt sich der Abbildung 23 entnehmen.

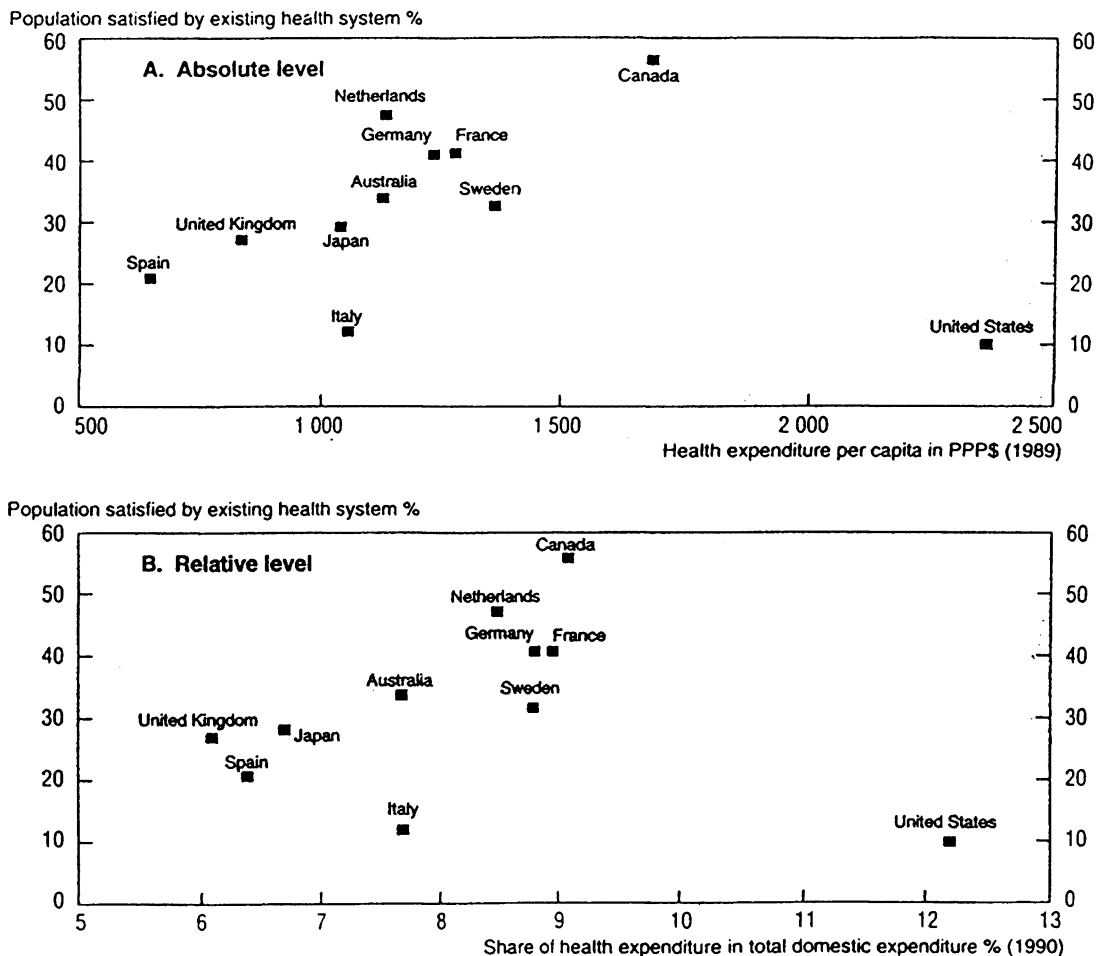
Kanada, Holland, Frankreich und Deutschland weisen in der zugrundeliegenden Befragung die höchsten Zufriedenheitswerte auf. Die USA, Italien und Spanien liegen am unteren Ende dieser Einschätzung.

Die Aussagekraft dieser Angaben zur Korrelation von Ausgaben und Zufriedenheit ist begrenzt, zumal theoretische Erklärungen zur kausalen Verknüpfung der beiden Faktoren fehlen.

Insbesondere das Extrembeispiel USA zeigt, wie hohe Ausgaben in marktwirtschaftlichen Strukturen mit einer extrem hohen Unzufriedenheit einhergehen können.

137. Staatliche Regulierungen und Kontrollen haben durch das GSG zumindest für den Zeitraum von 1993 bis 1995 zugenommen. Global- und Teilbudgetierungen führen tendenziell zu Honorarbegrenzungen, Verordnungsbudgets und Zulassungssperren; alternative marktwirtschaftliche Mechanismen finden zu wenig Raum. Einerseits verfestigen sich gegebene Strukturen, und Quotierungen innerhalb der Leistungsbereiche nehmen zu. Andererseits führt die Gesundheitspolitik des GSG auch zu Strukturveränderungen zwischen den Leistungsbereichen (z.B. sinkender Ausgabenanteil der GKV für die Arzneimittelversorgung und zahnmedizinische Behandlung).

Abbildung 23: Zufriedenheit der Bevölkerung als eine Funktion der Gesundheitsausgaben, 1989/90



Quelle: OECD Health Systems. Facts and Trends, 1960–1991. Vol. I, Paris 1993, P. 36.

138. Da Beitragssatzstabilität als Zielvorstellung nicht ohne Probleme ist, wurde sie vom Rat stets als eine Art Zwischenlösung angesehen, in der bessere Anreizinstrumente entwickelt werden müßten, um eine sowohl bedarfsgerechte als auch kostengünstige Versorgung auf mittlere und lange Sicht sicherzustellen. Auch wenn ein ausgearbeitetes Konzept zur Ablösung der Beitragssatzstabilität bisher nicht vorliegt und eine Ausgabenbegrenzung auch weiterhin notwendig ist, sollte mehr Selbststeuerungsfähigkeit die zunehmende Quotierung der Gesamtausgaben und ihrer einzelnen Blöcke sowie die bestehenden Reglementierungen schrittweise ablösen (siehe dazu im einzelnen Kapitel 8. Strukturen einer zukünftigen Steuerung).

139. Allerdings sind Beitragssatzerhöhungen, die jedoch gem. GSG erst für die Zeit nach der Budgetierungsphase erfolgen könnten, nach § 141 Abs. 2 SGB V dann möglich, wenn »die notwendige medizinische Versorgung (...) auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten« (ist). Insofern ist die Finanzierbarkeit der Gesundheitsleistungen auch zukünftig grundsätzlich gesichert. Allerdings wird vor einer denkbaren Erhöhung der Beitragssätze stets insbesondere von politischer Seite eingewandt werden, daß die Ausgabenentwicklung

weder auf die demographische Entwicklung noch auf den medizinischen und den medizinisch-technischen Fortschritt, sondern auf die zunehmende Versorgungsdichte und die noch vorhandenen Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sei. Dies konnte bisher und in der kurzfristigen Betrachtung sicher nicht ohne weiteres quantifiziert und damit schlüssig widerlegt werden (siehe hierzu im einzelnen das Sondergutachten 1991 »Stabilität ohne Stagnation?«).

3.2. Beitragssatzstabilität und Lohnnebenkosten

140. Die wirtschafts- und gesundheitspolitische Forderung nach Beitragssatzstabilität wird auch, wie in früheren Gutachten dargestellt (z.B. JG 1989 Ziffer 68ff.), im Kontext der Entwicklung der Lohnnebenkosten und der Höhe des Staatsanteils gesehen. Die erforderliche Haushaltskonsolidierung und die Rückführung des Staatsanteils stehen im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Steuerabgaben und Sozialversicherungsbeiträge sollen sinken oder wenigstens nicht steigen, um die Bedingungen für Beschäftigung und Wachstum in Deutschland zu verbessern.

Abbildung 24: Beitragssätze in der Sozialversicherung in den alten Bundesländern, ausgewählte Jahre

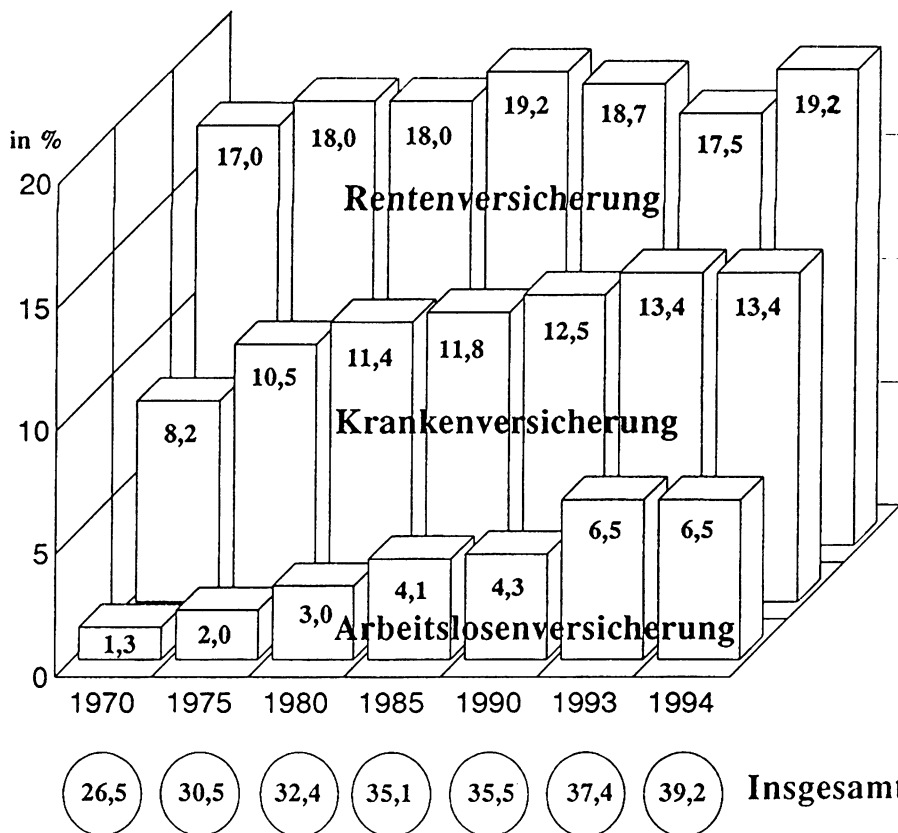
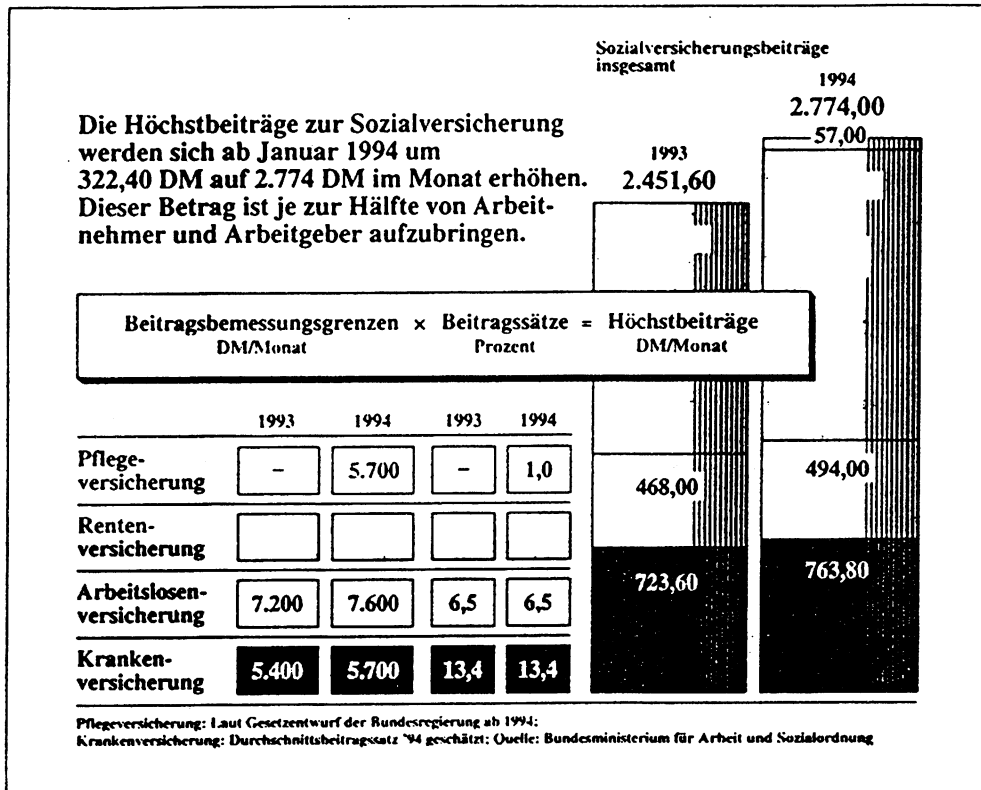


Abbildung 25: Höchstbeiträge zur Sozialversicherung und Beitragsbemessungsgrenzen in den alten Bundesländern, 1993 und 1994



Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft.

141. Volkswirtschaftlich gesehen können die Arbeitskosten in einer Wettbewerbswirtschaft in dem Umfang zunehmen, in dem die Arbeitsproduktivität wächst. Steigen die Arbeitskosten schneller, so wird tendenziell Arbeitslosigkeit herbeigeführt. Von daher ist zu fragen, ob mit steigenden Gesundheitsausgaben auch die Produktivität der Arbeitskräfte zunimmt. In dem Umfang, wie letzteres nicht geschieht, gefährden steigende Beitragssätze die Wettbewerbsfähigkeit einheimischer Arbeitsplätze und damit die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens. Feststellen läßt sich nur eine schleichende Aushöhlung, aber kein abrupten Veränderungsprozeß.

142. Aus Abbildung 24 ist die Höhe der Beitragssätze in der Sozialversicherung in den alten Bundesländern für ausgewählte Jahre zu entnehmen. Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge für die verschiedenen Sozialversicherungszweige belaufen sich nach Schätzungen im Jahre 1994 auf knapp 40 %, wobei darauf zu achten ist, daß sich die Beitragssätze nicht immer auf gleich definierte Bemessungsgrundlagen beziehen. Die so erfaßte Sozialabgabenbelastung liegt für viele Beitragszahler bei nahezu 20 % und damit höher als die durchschnittliche steuerliche Belastung, die in Form der Einkommens-

und Verbrauchssteuer und anderer Steuerarten noch hinzutritt.

Dadurch wird die »Schattenwirtschaft« gestärkt. Die negativen Auswirkungen durch entgehende Beitrags- und Lohnsteuerzahlungen sind bekannt. Die absoluten Höchstbeiträge zur Sozialversicherung sowie die Beitragsbemessungsgrenzen für die Jahre 1993 und 1994 sind der Abbildung 25 zu entnehmen. Die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung führt ab dem Jahre 1995 zusätzlich zu einer Erhöhung der Gesamtbelastung.

143. Auch die steuerliche Belastung (Steuerquote), gemessen als Anteil der Steuereinnahmen am Brutto-sozialprodukt, hat zugenommen, wie der Tabelle 11 zu entnehmen ist. Sollte die Schätzung des Münchener ifo-Instituts eintreffen, würde das Steueraufkommen im Jahre 1996 um 23 % höher liegen als im Jahre 1993 und wieder genauso hoch wie schon einmal im Jahre 1980.

144. Eine zu hohe Steuer- und Abgabenbelastung, die auch im Zusammenhang mit der stark gestiegenen Staatsverschuldung zu sehen ist, beeinträchtigt die internationale Wettbewerbsfähigkeit. Hierzu tragen auch die Arbeitgeberbeiträge zur GKV bei, die im Jahre 1992

8,3 % der Lohnnebenkosten betragen (Tabelle 10 und Ziffer 129).

Tabelle 11: Steueraufkommen und Steuerquote

Jahr	Steueraufkommen in Mrd. DM	Steuerquote
1990 (alte Bundesländer)	566	23,22
1993 ¹ (Gesamtdeutschland)	759	24,43
1996 ¹ (Gesamtdeutschland)	934	25,62

—SVRKAiG 1994—

1 Schätzungen des ifo-Instituts.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage ifo-Institut.

145. Das Gesundheitswesen muß auch nachfrageseitig und nicht nur kostenseitig gesehen werden. Mehr als 1,8 Mio. Beschäftigte waren 1991 im Gesundheitswesen in ganz Deutschland tätig, davon 244.238 Ärzte, 54.972 Zahnärzte, 41.607 Apotheker und 1.467.000 sonstige in Gesundheitsdienstberufen tätige Personen, wie z.B.

708.000 Krankenschwestern und Hebammen, 473.000 Sprechstundenhelfer/innen, medizinisch-technische und Röntgenassistenten, 114.000 Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe sowie 14.000 Heilpraktiker. Rund 5 % aller 36,4 Mio. Erwerbstätigen in Deutschland waren 1991 mit der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung beschäftigt. Bei diesen Angaben sind die Beschäftigten der privaten und gesetzlichen Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie noch nicht berücksichtigt.

Anhand der Beschäftigtenzahlen wird die Gratwanderung deutlich, auf die sich Gesundheitspolitiker begeben, wenn sie Beitragssätze in einer bestimmten Höhe festschreiben wollen. Der Faktor Arbeit ist eine zentrale Bestimmungsgröße des Wachstums für den Dienstleistungssektor Gesundheitswesen und damit für die gesamte Beschäftigungssituation. Dieser Aspekt sollte nicht übersehen werden, wenn der Strukturwandel unserer Volkswirtschaft zur Diskussion steht und über ihre zukünftige Entwicklung angesichts der demographischen Herausforderungen nachgedacht wird. Bei dieser gesamtwirtschaftlichen Betrachtung darf nicht übersehen werden, daß auch die sektorale und regionale Entwicklung unserer Volkswirtschaft durch das Gesundheitswesen und seine Entwicklung maßgeblich beeinflußt wird.

4. Der Einfluß der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung

4.1. Aspekte der Gesundheitsversorgung in den neuen Ländern und Berlin-Ost

146. Der Rat hat sich in seinem Jahresgutachten 1991 ausschließlich mit dem Gesundheitswesen im vereinten Deutschland befaßt und im Jahresgutachten 1992 den Ausbau der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern nach den einzelnen Leistungsbereichen ausführlich analysiert. Im vorliegenden Sachstandsbericht werden daher nur einige Aspekte der Gesundheitsversorgung herausgegriffen; diese Begrenzung war auch möglich, weil die Anpassung der Krankenversicherung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung ganz überwiegend als positiv eingeschätzt wird.

4.1.1. Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitszustand

147. Die vorliegenden Bevölkerungsvorausschätzungen (Ziffer 177ff. und Tabelle 20) rechnen für das betrachtete Gebiet mit einem ständigen Abnehmen der Bevölkerungszahl bis 2030. Es wird zunächst durch starke Abwanderungen in den Westen Deutschlands, aber mehr noch durch Überschuß der Sterbefälle über die Geburten bewirkt. Damit ergibt sich ein Rückgang der Bevölkerungszahl in den nächsten 20 Jahren um eine Million (1990 16,0 Mio.). Nach neueren Berechnungen wird dieser Rückgang eher noch als zu niedrig angesehen, sie kommen schon bis zum Jahr 2000 auf einen Bevölkerungsrückgang von 800.000 – 1 Mio. Menschen.

Der Altenquotient (Zahl der 60jährigen und älteren je hundert 20- bis unter 60-jährige), der im Osten (1990: 33,6) niedriger liegt als im Westen (1990: 35,6) wird nach den erstgenannten Berechnungen – trotz der erwähnten Wanderungen – auch die nächsten Jahrzehnte unter dem Westniveau bleiben. Als Gründe werden dafür

- die geringere Lebenserwartung in den neuen Ländern,
- die Wanderung vieler junger Menschen (ab Alter 20) Anfang dieses Jahrzehntes in den Westen, die dort z.B. im Jahr 2030 zur älteren Bevölkerung gehören und
- die verhältnismäßig starken Geburtsjahrgänge Mitte der 70er bis Mitte der 80er Jahre im Osten Deutschlands

genannt.

Der relativ niedrige Altenquotient im Osten steigt aber, wenn

- die Abwanderung insbesondere der genannten Jahrgänge aus dem Osten über längere Zeit anhält, weil

sich z. B. die Angleichung der Lebensverhältnisse verzögerte,

- die Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung schneller auf West-Niveau gesenkt bzw. gesteigert würde und
- die Geburtenziffer bzw. Nettoreproduktionsrate (Ziffer 178) längere Zeit als angenommen (1995) auf dem niedrigen Niveau bliebe.

Für alle drei Bedingungen gibt es eine relativ große Wahrscheinlichkeit. Die vorgenannten neueren Berechnungen gehen davon aus, daß die Sterblichkeit im Osten bis zum Jahr 2000 an das Niveau im Westen angenähert wird, so daß dann die Unterschiede in der Lebenserwartung nicht mehr als ein Jahr betragen, während die erstgenannte siebte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung noch eine Angleichung der Sterblichkeit bis 2010 und der Lebenserwartung bis 2030 annimmt. Auch nehmen neuere Berechnungen eine für etwa die nächsten 20 Jahre weiter unter dem Niveau im Westen liegende Geburtenziffer an.

148. Bei einer Gegenüberstellung der Morbidität in West- und Ostdeutschland ergibt sich, daß

- nur für wenige Gesundheitsprobleme eine statistische Vergleichbarkeit gegeben ist,
- sich bei diesen statistisch vergleichbaren Problemen kein Niveau-Unterschied im Gesundheitszustand zwischen West und Ost feststellen läßt,
- sich bei nur wenigen Gesundheitsproblemen günstigere Verhältnisse im Westen oder günstigere Verhältnisse im Osten erkennen lassen,
- viele Krankheitsarten, insbesondere zahlreiche chronisch verlaufende Störungen im Ost-West-Vergleich, keine oder nur geringfügige Unterschiede aufweisen.

149. Bei einigen Unterschieden zuungunsten der Bevölkerung in der ehemaligen DDR, die präventivmedizinisch wirksam angegangen werden können, handelt es sich vor allem um

- ungewollte Schwangerschaften von Minderjährigen,
- Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen,
- Gebärmutterhalskrebs und
- Bluthochdruck.

Hier erscheinen jedoch kurz- bis mittelfristig Erfolge erzielbar.

Eine vergleichsweise günstige Stellung nimmt die ehemalige DDR beim illegalen Drogenverbrauch, bei AIDS und bei verkehrsbedingten Unfallverletzungen, bei den Durchimpfungsraten gegen Infektionskrankheiten von Kindern und bei der Prophylaxe von Zahnkaries ein. Diese Vorsprünge sollten, sofern noch vorhanden, abgesichert werden.

Eine für die ehemalige DDR nachteilige Stellung bei Unterschieden in den Mortalitätsdaten wird sich mit der Angleichung der medizinischen Versorgung nach und nach verbessern. Ehemals erhöhte Suizidraten im Osten

Tabelle 12: Relative Bedeutung der Todesursachen für die Gesamtmortalität in der Bundesrepublik Deutschland und ehemaligen DDR

Todesursache	Geschlecht	Anteil an der standardisierten Mortalitätsrate			
		1970		1989	
		BRD	chem. DDR	BRD	chem. DDR
Kreislauf	männlich	45,3	52,0	47,2	55,6
Krebs	männlich	17,8	14,5	25,3	17,6
Atmung	männlich	9,7	10,3	7,8	7,3
Kreislauf	weiblich	49,1	58,5	50,8	61,0
Krebs	weiblich	17,7	12,8	24,3	16,2
Atmung	weiblich	6,6	5,5	4,7	4,2

Standardisierte Mortalitätsrate (SMR)

Dem Vergleich liegt eine Standardbevölkerung zugrunde, ermittelt aus den Gesamtbevölkerungen des Jahres 1989 der ehemaligen DDR und der Bundesrepublik. Die Altersstandardisierung erfolgte für männliche und weibliche Personen nach dem gleichen Standard.

$$SMR_{gl} = 100000 \cdot \frac{\sum_l T_{gla} \cdot B_a^{89} / B_{gla}}{\sum_l B_a^{89}}$$

mit T_{gla} = Gestorbene des Geschlechts g , des Landes l und Alters a

B_{gla} = Bevölkerung des Geschlechts g , des Landes l und Alters a

B_a = Gesamtbevölkerung der Altersgruppe a im Jahre 1989 sowohl für Bundesrepublik und DDR als auch für Männer und Frauen

Quelle: Bergmann, K. u.a. (Hrsg.), Entwicklung der Mortalität in Deutschland von 1955 – 1989, München 1993, S. 287.

werden sich, insbesondere bei der Alterssuizidalität, mit der Anhebung des allgemeinen Lebensstandards und der Qualität medizinischer Versorgung vermutlich angleichen. Hier sind gezielte Maßnahmen ohnehin kaum möglich.

150. Bei der relativen Bedeutung der wichtigsten Todesursachen für die Gesamtsterblichkeit (zwischen 1970 und 1989) in beiden Teilen Deutschlands gibt es mehr gemeinsame als gegenläufige Tendenzen. Sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR 1970 und 1989 ergibt sich die unten angegebene Rangfolge nach standardisierter Mortalitätsrate (SMR): Krankheiten des Kreislaufsystems, bösartige Neubildungen, Krankheiten der Atmungsorgane (Tabelle 12). Diese großen Ursachengruppen erklären 70 bis 80 % aller Todesfälle.

Eine Vielzahl von Todesursachen ist ursächlich für die deutlich geringere Lebenserwartung von Frauen und Männern in der ehemaligen DDR im Vergleich zu der in der Bundesrepublik Deutschland.

Für 14–16 der untersuchten 20 Todesursachen (Tabelle 13 und 14) gab es in der ehemaligen DDR eine höhere standardisierte Mortalitätsrate, ein meist niedrigeres mittleres Sterbealter und einen höheren Anteil an verlorenen Lebensjahren bei unter 65jährigen. Todesursachen, bei denen die ehemalige DDR »günstiger« liegt, sind durch Fettdruck kenntlich gemacht.

Es zeigt sich, daß das mittlere Sterbealter in der ehemaligen DDR insgesamt, aber auch für Krebs, Diabetes mellitus, Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, insbesondere chronische obstruktive Lungenkrankheiten und Pneumonie, Krankheiten der Verdauungsorgane (einschließlich Appendizitis, Hernien und Leberkrankheiten) und Unfälle deutlich niedriger liegt und die Zahl der verlorenen Lebensjahre fast überall hierbei diejenigen in der Bundesrepublik Deutschland (West) überschreitet. Diese Unterschiede könnten auf Einflüsse des gesundheitlichen Versorgungssystems, z.B. auf höhere Standards bei der chirurgischen und internistischen Behandlung, insbesondere

Tabelle 13: Unterschiedliche Todesursachen (Männer)

	SMR		Männer 1989 MSAS		VLJS	
	BRD	DDR	BRD	DDR	BRD	DDR
alle Todesursachen	1454	1768	73,9	73,6	4860	6192
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	13	6	64,9	66,9	124	40
bösartige Neubildungen	367	310	72,5	69,8	1119	1206
Magenkrebs	32	33	74,3	71,9	71	86
Lungenkrebs	92	89	70,3	68,9	276	306
Diabetes mellitus	18	36	75,1	74,7	43	74
Krankheiten des Kreislaufsystems	685	984	77,7	78,0	1026	1398
Hypertonie	12	95	78,3	74,9	18	189
ischämische Herzkrankh.	305	314	75,5	75,1	570	680
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	148	164	79,7	80,0	152	150
Krankheiten der Atmungsorgane	113	129	79,2	76,6	123	224
chronisch obstruktive Lungenkrankheiten	61	73	78,4	76,6	69	102
Pneumonie	31	33	81,9	77,2	31	82
Krankheiten der Verdauungsorgane	68	69	69,8	65,6	355	496
Appendizitis	1	2	76,0	69,7	2	7
Hernie/Ileus	4	7	80,0	76,7	5	17
Chronische Leberkrankheiten und -zirrhose	35	32	63,3	60,2	280	314
Unfall	42	58	54,9	51,7	843	1146
Kfz-Unfall	18	18	41,9	45,4	570	498
Unfall durch Sturz	14	21	76,1	68,3	62	186
Suizid	25	44	54,5	59,4	451	633
Mord	1	0,7	42,0	40,5	31	19

Das **standardisierte mittlere Sterbealter (MSAS)** enthält einen Korrekturfaktor, der die Anzahlen der Gestorbenen in jeder Altersgruppe entsprechend der Bevölkerungsverteilung von 1989 gewichtet:

$$MSAS_{gt} = \frac{\sum_x T_{gla} \cdot a_m \cdot B_a^{89}/B_{gla}}{\sum_x T_{gla} \cdot B_a^{89}/B_{gla}}$$

Standardisierter Verlust an Lebensjahren (VLJS)

VLJS wird (vergleichbar mit SMR) auf die Bevölkerung 1989 beider Staaten und beider Geschlechter standardisiert:

$$VLJS_{gt} = 100000 \cdot \frac{\sum_x T_{gla} \cdot (65 - a_m) \cdot B_a^{89}/B_{gla}}{\sum_x B_a^{89}}$$

a nur in den Altersgruppen über 1 Jahr und unter 65 Jahren

mit

a_m = Mittelwert der Altersklasse a ($a_{j+1} + a$)/2 bzw. 92 Jahre für Altersklasse 85 Jahre und älter

Quelle: Bergmann, K. u.a. (Hrsg.), Entwicklung der Mortalität in Deutschland von 1955 – 1989, München 1993, S.289

Tabelle 14: Unterschiedliche Todesursachen (Frauen)

	SMR		Frauen 1989 MSAS		VLJS	
	BRD	DDR	BRD	DDR	BRD	DDR
alle Todesursachen	878	1154	76.2	76,3	2392	2904
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	8	3	71.4	63.6	39	23
bösartige Neubildungen	213	186	70.9	68.4	900	954
Magenkrebs	16	17	74.8	72.4	44	51
Lungenkrebs	14	11	68.8	68.2	60	42
Brustkrebs	39	30	65.8	65.3	266	204
Diabetes mellitus	20	41	77.6	76.6	27	54
Krankheiten des Kreislaufsystems	446	704	81.2	80.8	365	522
Hypertonie	14	95	81.0	78.0	11	97
ischämische Herzkrankh.	154	169	79.7	79.2	116	142
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	121	133	81.2	81.0	104	99
Krankheiten der Atmungsorgane	41	49	79.7	77.0	72	118
chronisch obstruktive Lungenkrankheiten	17	17	76.9	74.9	39	47
Pneumonie	17	20	83.1	78.1	17	43
Krankheiten der Verdauungsorgane	39	36	72.7	70.3	175	176
Appendizitis	0,3	1	79.2	72.8	0	4
Hernie/Ileus	4	5	80.7	76.3	5	13
Chronische Leberkrankheiten und -zirrhose	14	12	62.9	62.4	130	104
Unfall	22	32	67.9	64.4	250	294
Kfz-Unfall	6	6	46.1	50,4	172	145
Unfall durch Sturz	12	18	83.2	80.1	17	38
Suizid	9	16	54.8	60,2	153	192
Mord	0,9	0,75	40.0	39.9	26	23

Quelle: Bergmann, K. u.a. (Hrsg.), Entwicklung der Mortalität in Deutschland von 1955 – 1989, München 1993, S. 290.

auch in der Notfall- und Intensivmedizin sowie bei Früherkennungsmaßnahmen, und/oder auf bessere wirtschaftliche und soziale Bedingungen in der Bundesrepublik (West) zurückzuführen sein. Verbesserungen bei der Gesundheitsversorgung sowie der wirtschaftlichen und sozialen Lage scheinen dann wesentliche Ursachen für die Senkung der Alterssterblichkeit und die Steigerung der Lebenserwartung zu sein, insbesondere dann, wenn sich die Säuglingssterblichkeit nicht mehr entscheidend senken läßt.

Dies deckt sich mit Modellrechnungen, die zeigen, daß in Gesellschaften, in denen die Lebenserwartung bereits zwischen 70 und 80 Jahren liegt, ihre weitere Steigerung entscheidend von der Senkung der Alterssterblichkeit abhängt.

4.1.2. Grundtendenzen und Einzelprobleme der gesundheitlichen Versorgung

151. Die Umstrukturierung der ambulanten Versorgung in die vom Einigungsvertrag vorgesehene Richtung kann als weitgehend abgeschlossen angesehen werden. Mehr als 90 % der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte sind Vertragsärzte in freier Niederlassung. Dies gilt auch für Länder und Regionen, in denen die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V (Polikliniken und spezielle Fachambulanzen) eine vergleichsweise bedeutendere Rolle spielen (Brandenburg, Ost-Berlin). Insgesamt liegt der Anteil der in diesen Einrichtungen beschäftigten Ärzte bei weit unter 10 % der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte.

152. Nach der Bedarfsplanung für Vertragsärzte haben in den neuen Ländern vor allem Chirurgen, Kinderärzte und Internisten vergleichsweise geringe Chancen auf Zulassung. Dagegen besteht bei Allgemeinmediziner, Augenärzten, Orthopäden, Urologen und Radiologen Nachholbedarf. Diese Ungleichgewichte dürften sich durch die Bevölkerungsentwicklung in den neuen Ländern noch verschärfen: Die Abwanderung jüngerer Jahrgänge und die auf absehbare Zeit niedrige Nettofortproduktionsrate wird die Inanspruchnahme kinderärztlicher Leistungen weiter vermindern, die Inanspruchnahme orthopädischer, urologischer und radiologischer Leistungen wird durch die fortschreitende Alterung der Bevölkerung verstärkt zunehmen. Dabei wäre z.B. vor dem Hintergrund der hohen Kinderarzt-dichte zu prüfen, ob nicht eine fachspezifischere Behandlung von Kindern (wieder) angezeigt ist, wenn die Behandlung von Kindern durch Ärzte anderer Fachrichtungen als problematisch angesehen wird.

153. Vor dem Hintergrund der Umstrukturierung der ambulanten Versorgung erscheint auch die Betreuung chronisch Kranker (Diabetiker, Krebskranke) in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und Fürsorgem durchaus entwicklungswürdig. Die im Rahmen von Dispensaires aufgebauten Behandlungs-

ketten sind durch Änderung der Versorgungsstruktur nur noch bruchstückhaft vorhanden. Für die Absicherung (§ 20 SGB V) eines sozialen Netzes der Betroffenen spielen zunehmend Selbsthilfegruppen eine Rolle, die es in der ehemaligen DDR nicht gab.

154. Die Finanzierung der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V durch Pauschalen erscheint vielfach problematisch. Wenn schon die Begründung für eine andere Vergütungsform als die Einzelleistungsvergütung bei den niedergelassenen Ärzten insbesondere wegen technischer Abrechnungs- und Prüfungsproblemen fragwürdig ist, sollte zumindest ein System differenzierter Fallpauschalen erarbeitet werden, das den unterschiedlichen Strukturen der verschiedenen Einrichtungen angemessen ist.

155. Die in den Jahren 1991 und 1992 durch die Niederlassung von 16.500 Ärzten in den neuen Ländern gegründeten Praxen verteilen sich zu 37 % (West: 46,5 %) auf Großstädte, 30,5 % (West: 27,9 %) auf Mittelstädte, 22,9 % (West: 17,6 %) auf Kleinstädte und 9,5 % (West: 8,0 %) auf ländliche Gebiete.

Insgesamt wurde durch diese Praxisgründungen ein Investitionsvolumen von 3,3 Mrd. DM und, ausgehend von zwei Helferinnen pro Praxis, eine Beschäftigungswirkung von 0,7 Mrd. DM pro Jahr bewirkt.

Bei Neugründungen mit einem durchschnittlichen Finanzvolumen von rd. 203.000 DM (West: rd. 314.000 DM) entfielen 51,8 % (West: 63,7 %) auf Praxisausstattung einschl. medizintechnischer Geräte, 20,6 % (West: 23,2 %) auf Betriebsmittelkredite und 23,2 % (West: 10,8 %) auf Bau- und Umbaumaßnahmen; der Rest wurde für Gründungskosten bzw. Kfz ausgegeben. Damit zeigt sich, daß die Praxisgründer im Osten nur ca. 60 % (119.000 DM) dessen, was ein westlicher Praxisgründer (200.000 DM) aufwendet, für Ausrüstungsinvestitionen ausgeben (können). Gründe dafür sind hauptsächlich einmal die geringere Honorierung und zum anderen Probleme, geeignete Praxisräume zu finden, was sich auch in den relativ hohen Bauinvestitionen ausdrückt (47.000 DM Ost/34.000 DM West).

156. Folgen für die Behandlungsmöglichkeiten, die Leistungsstruktur (relativ weniger technische Leistungen), die Rentabilität der Praxen und die Diffusion neuer Methoden in die ambulante Behandlung müssen beachtet werden. Einiges, was im Westen ambulant geleistet wird, kann im Osten zur Zeit nur schwerpunktmäßig und/oder stationär behandelt werden. Eine vergleichsweise höhere Auslastung von Medizintechnik je Behandlungseinheit (Schwerpunktpraxis, Krankenhaus) läßt demgegenüber ein relativ höheres Niveau der Qualitätssicherung erwarten.

Von daher sind neue Kooperationsformen, wie sie auch von der Ärzteschaft im ambulanten und im stationären Bereich sowie zwischen beiden Bereichen für notwendig gehalten werden, auch im Osten sicherlich ange-

zeigt. Derartige kooperative Formen der ambulanten Versorgung, die flächendeckend, wenn auch in weiten Teilen reformbedürftig, im Osten Deutschlands unter dem Namen »Poliklinik« noch vor weniger als drei Jahren vorhanden waren, sind aus strukturellen Gründen weitgehend aufgelöst worden. Die niedrig angesetzten Fallpauschalen der Polikliniken sind in die Berechnung der Budgetbasis und damit auch die Budgetberechnung 1993 und 1994 eingegangen und bewirken bei fortgesetzter Auflösung dieser Einrichtungen, daß die Ärzte, die sich niedergelassen haben, bei der Abrechnung mit einem Punktwertverfall rechnen müssen.

Es wird sich zeigen, ob die noch verbliebenen Polikliniken und Fachambulanzen in einem wettbewerblichen Nebeneinander verschiedener Angebotsformen ihre Vorteile unter Beweis stellen können und zu einer Variante sinnvoller kooperativer Angebote in der ambulanten Versorgung werden können.

Die Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs durch die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie das ambulante Operieren trifft in den neuen Ländern auf Strukturen, die personell und sachlich diesen integrativen und kooperativen Ansätzen besser entsprechen als in den alten Bundesländern. Diese Strukturen gilt es auch durch flexible Finanzierungsregelungen zu fördern.

157. Die Schwerpunkte der Entwicklung in den letzten zwei Jahren im Krankenhausbereich lassen sich an folgenden Tendenzen erkennen:

- die Zahl der Krankenhäuser ist gesunken;
- die Zahl der Betten ist ebenfalls rückläufig;
- die mittlere Größe der Krankenhäuser hat sich auf Häuser zwischen 100 bis 500 Betten konzentriert bei deutlichen Rückgängen von Größen unter 50, zwischen 500 bis 1.000 und über 1.000 Betten;
- der Anteil freigemeinnütziger und privater Träger-schaften ist gestiegen, der der öffentlichen hat abgenommen;
- die Zahl der Großgeräte ist stark gestiegen und hat das Niveau der alten Länder z.T. schon erreicht;
- die früheren zentralistischen Strukturen haben sich zugunsten gleichmäßigerer Verteilung verändert.

Die neuen Länder sind wie die Länder im Westen Deutschlands für die notwendige Infrastruktur im Krankenhausbereich zuständig und zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet. Die zusätzlichen Finanzmittel, die der Bund den Ländern im Rahmen des Gemeinschaftsprogramms zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen (Artikel 14 GSG) zur Verfügung stellt, entbinden die Länder von dieser Verpflichtung nicht. Eine finanzielle Entlastung der Länder durch diese Bundesmittel entspricht nicht der Absicht des Gesetzgebers.

158. Für die Abschätzung einer denkbaren Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf weitere Ein-

kunftsarten über das Arbeitseinkommen hinaus (Kapitel 7) stehen für Ostdeutschland bisher nur Zahlen über Einkünfte aus Geldvermögen zur Verfügung. Diese Einkünfte der privaten Haushalte beliefen sich 1992 im Osten auf 8 Mrd. DM (West 193 Mrd. DM). Obwohl weit über 90 % der Ostdeutschen in der GKV versichert sind, käme unter Beachtung von Steuerfreigrenzen schätzungsweise allenfalls die Hälfte dieses Einkommens als Grundlage für die Beitragsbemessung in Frage. Bei einem Beitragssatz von 12,7 % würde sich (ohne Aufwand für die Erfassung) nur ein Beitragsaufkommen von 500 Mio. DM ergeben. Bei einer Harmonisierung mit der Steuererhebung würde sich dieser Betrag noch einmal stark vermindern. Allerdings werden die Vermögenseinkünfte der privaten Haushalte im Osten angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung mittel- bis langfristig deutlich steigen.

159. Nach Modellrechnungen würde ein mittelfristig erreichbarer, gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich bei einem Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der GKV-Ost bezogen auf das entsprechende Niveau in der GKV-West von mehr als 90 % und einer Mitversichertenquote von 0,3 (30 Mitversicherte je 100 Mitglieder; die Quote liegt gegenwärtig bei 0,306) zu einem Transfer von Ost nach West führen. Es ist vorstellbar, daß ein solches Niveau um das Jahr 2000 herum erreicht wird (1992 rd. 65 %, 1. – 3. Quartal 1993 rd. 72 %).

Die Einbeziehung vorstehend genannter Einkunftsarten in die Beitragsbemessung und demnach in den Risikostrukturausgleich würde eine solche Entwicklung – vermutlich nur geringfügig – verzögern. Ein für Ostdeutschland angenommener Anstieg der Mitversichertenquote (West 1993: 0,45), die eine derartige Entwicklung bremsen könnte, wird durch die o.g. Bevölkerungsentwicklung (Wanderung, Nettoerproduktion) verlangsamt.

4.1.3. Ausblick

160. Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens im Osten Deutschlands ist weitgehend abgeschlossen. Die Tatsache, daß der Umstellungsprozeß so schnell abgelaufen ist, führt zu der begründeten Erwartung, daß die Umsetzung der eingeleiteten Reformschritte durch das GSG sowie weitere auf der Grundlage dieses Gutachtens zu formulierende und durchzusetzende Reformen, insbesondere auch in Hinsicht auf eine stärkere wettbewerbliche Selbstregulierung des Gesundheitswesens, keine unüberwindbaren Probleme und Schwierigkeiten mit sich bringen wird. Die weitere schnelle Anpassung der Lebensbedingungen im Osten Deutschlands an westliches Niveau und der Abbau noch vorhandener Defizite sind dabei wichtige Voraussetzungen.

4.2. Zum Einfluß der demographischen Entwicklung auf die GKV-Ausgaben

4.2.1. Die demographische Entwicklung als Bestimmungsfaktor von Gesundheitsausgaben

161. Die Gesundheitsausgaben hängen nicht nur von der absoluten Bevölkerungszahl, sondern infolge unterschiedlicher geschlechts- und vor allem altersspezifischer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auch signifikant von der Bevölkerungsstruktur ab. Da ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren häufiger an einer oder mehreren Krankheiten leiden, erhöht sich die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung in einer alternen Gesellschaft auch bei konstantem – je nach Intensität auch bei sinkendem – Bevölkerungsniveau. So kamen nach einer repräsentativen Haushaltsbefragung, die alle zwei Jahre Fragen zur Gesundheit einholte, im Zeitraum von 1966 bis 1978 auf jeweils 10.000 Einwohner bei Personen unter 19 Jahren 800 (subjektiv) Erkrankte, in der Altersgruppe der 40 bis 65jährigen 1.600 Erkrankte und bei Personen über 65 Jahren 3.400 Erkrankte. Eine neuere repräsentative Bevölkerungsumfrage vom Frühjahr 1992 bestätigte, nach Krankheitsarten differenziert, im wesentlichen diese Unterschiede sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer.

162. Wegen der altersabhängigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen steigen demographisch bedingt die Gesundheitsausgaben pro Kopf in einer Bevölkerung, die eine relative Zunahme älterer Menschen aufweist. Ziemlich analog zu den altersgruppenspezifischen Krankheitshäufigkeiten verursachte die Altersgruppe der über 65jährigen im Durchschnitt von 16 OECD-Ländern 1980 viermal höhere Gesundheitsausgaben als die Gruppe der unter 65jährigen. In den alten Bundesländern entfielen auf die Gruppe der über 65jährigen über doppelt so viele Gesundheitsausgaben wie auf die Gruppe der 45–65jährigen und letztere liegt ihrerseits über dem Zweifachen der unter 20jährigen. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf erreichen bei Personen über 75 Jahren im Durchschnitt das Fünffache jenes Betrages, der auf die Gruppe der 5–15jährigen entfällt. Diese Relationen mögen je nach Land, Zeitraum und Gruppenbildung variieren, ihre unstrittigen Größenordnungen deuten gleichwohl schon den Einfluß an, der von der demographischen Entwicklung auf Umfang und Struktur der Gesundheitsausgaben ausgeht.

163. Die Entwicklung von Umfang und Struktur der Bevölkerung hängt von drei Determinanten ab:

- der Sterbeziffer,
- der Geburtenziffer und
- dem Saldo der Wanderungen.

Die standardisierte allgemeine Sterbeziffer beschreibt die Zahl der Sterbefälle je 1.000 Einwohner unter der Annahme eines gleichbleibenden Altersaufbaus. Dabei weist die Determinante »Sterbefälle« einen wesentlich

gleichförmigeren Verlauf auf als die Geburtenrate und die Wanderungsbewegungen. Auf der Grundlage der altersspezifischen Sterbeziffern 1989 betrug in den alten Bundesländern die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen 72,6 und diejenige eines neugeborenen Mädchens 79,0 Jahre. In der ehemaligen DDR lag die entsprechende Lebenserwartung Neugeborener mit 70,1 bzw. 76,4 Jahren deutlich niedriger.

Die Geburten- bzw. Fruchtbarkeitsziffer zeigt an, wie viele Kinder 1.000 Frauen in ihrem Leben zur Welt bringen würden, wenn sich die Geburtenhäufigkeit des Beobachtungsjahres nicht verändern und keine Frauen unter 50 Jahren sterben würden. Man geht davon aus, daß ein Durchschnitt von 2,1 Kindern je Frau die Bevölkerung in etwa reproduziert. Im OECD-Bereich erreichten bzw. übertrafen 1983 nur Irland (2,7) und die Türkei (4,0) diesen Wert. In den alten Bundesländern (1,4) und in der ehemaligen DDR (1,6) unterschritt diese zusammengefaßte Geburtenziffer im Jahre 1989 deutlich die zur Reproduktion der Bevölkerung notwendige durchschnittliche Kinderzahl pro Frau. In diesem Kontext informiert die Nettoreproduktionsrate, inwieweit bei gegebenen Geburten- und Sterblichkeitsverhältnissen eines Beobachtungszeitraumes eine Frauengeneration durch die von diesen Frauen geborenen Mädchen ersetzt wird. Die Nettoreproduktionsrate berücksichtigt somit im Unterschied zur zusammengefaßten Geburtenziffer auch den Einfluß der Sterblichkeit auf die Dauer der Fruchtbarkeitsperiode. Eine Rate von 1 gewährleistet die zur Bestandserhaltung der Bevölkerung notwendigen Geburten von Mädchen. In den alten Bundesländern nahm die Nettoreproduktionsrate in der ersten Hälfte der achtziger Jahre kontinuierlich ab, wuchs aber dann bis 1989 mit 0,67 wieder leicht an. In der ehemaligen DDR lag die Nettoreproduktionsrate noch Mitte der achtziger Jahre deutlich über jener der alten Bundesländer, sank aber bis 1989 auf 0,75. Für 1990 und 1991 zeichnete sich hier ein weiterer Rückgang ab.

164. Während in den beiden letzten Jahrzehnten die Lebenserwartung im OECD-Bereich ziemlich kontinuierlich anstieg, nahm die Nettoreproduktionsrate in diesem Zeitraum in den meisten Ländern spürbar ab. Auf diese Weise wirkten beide Determinanten auf eine relative Zunahme älterer Menschen hin, was der Begriff des »double aging« anschaulich zum Ausdruck bringt. Kompensierende Effekte können dann nur vom Saldo der Wanderungsbewegungen ausgehen, die unter den derzeitigen rechtlichen und politischen Bedingungen bzw. Perspektiven sicherlich den größten Unsicherheitsfaktor im Rahmen von Bevölkerungsvorausschätzungen bilden. Bezogen auf die alten Bundesländer betrug der Zuwanderungsüberschuß im Jahre 1989 bei Deutschen (ohne Übersiedler aus der ehemaligen DDR) 295.000 und bei Ausländern 333.000. Dabei weisen vor allem die Aussiedler aus Osteuropa eine günstige Altersstruktur auf, denn 31,5 % waren unter 18 Jahre und nur 7,5 % 60 Jahre und älter, während sich der Anteil dieser Alters-

gruppe in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik auf 20,8 % beläuft.

165. Sofern der Staat die Zuwanderung nicht strikt nach bestimmten Kriterien steuert, bildet die demographische Entwicklung einen weitgehend nicht beeinflussbaren Faktor der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Diese Feststellung schließt nicht aus, daß von Maßnahmen im Bereich des Familienlastenausgleichs, der Alterssicherung und auch der Gesundheitsversorgung selbst (Rück-) Wirkungen auf die Familienplanung und damit die Netto reproduktionsrate sowie die Sterblichkeitsentwicklung ausgehen. Der Einfluß solcher Regelungen, die wenn überhaupt erst ab einer bestimmten Fühlbarkeitsschwelle und vermutlich mit einer erheblichen Zeitverzögerung wirken, läßt sich aber kaum von jenen Effekten trennen, die von anderen, überlagernden Determinanten auf die Netto reproduktionsrate und die Entwicklung der Sterblichkeit ausgehen. Zumindest reicht das instrumentale Wissen über diese Zusammenhänge bei weitem nicht aus, um hier funktional mit Aussicht auf Erfolg bestimmte Zielwerte anzusteuern.

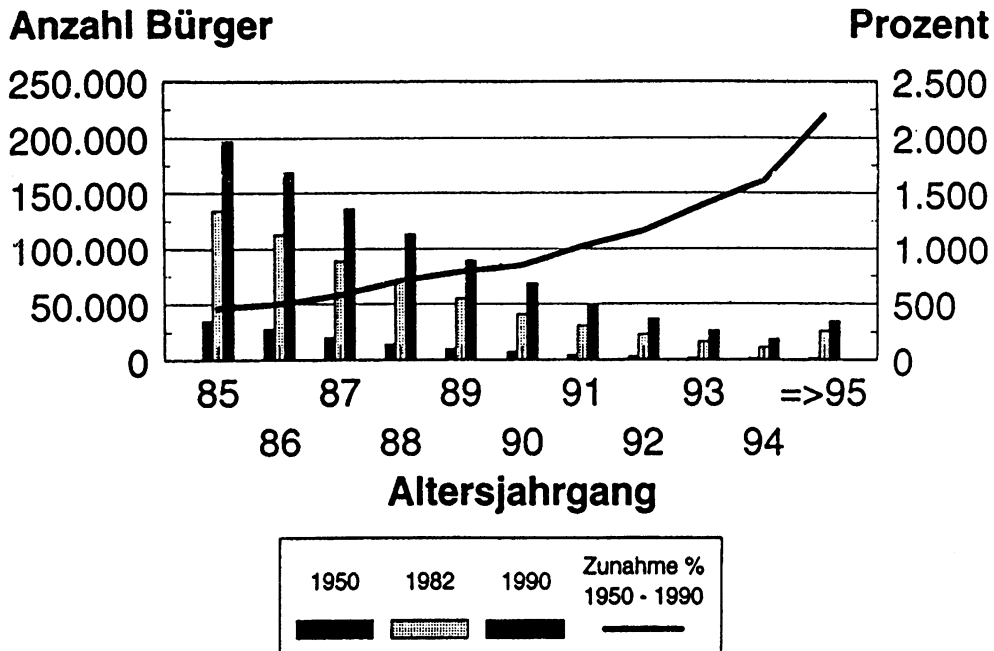
166. Die demographische Entwicklung weist zu einigen anderen Faktoren, die Umfang und Struktur der Gesundheitsausgaben ebenfalls beeinflussen, schon auf den ersten Blick enge Abhängigkeiten auf. Sie hängt zunächst vom medizinisch-technischen Fortschritt bzw. Wandel ab, insoweit dieser die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht. Sodann verändert die demographische Entwicklung das Krankheitsspektrum, denn die relative Zunahme älterer Menschen geht u.a. mit einer

verstärkten Multimorbidität einher. Insofern gewinnt auch das Problem der Multimorbidität mit steigender Lebenserwartung noch an Bedeutung. Die Entdeckung neuer geriatrischer Behandlungsmethoden weckt bei den älteren Menschen Erwartungen und Ansprüche an die Gesundheitsversorgung, die vor allem bei ausgeprägtem Versicherungsschutz nach einer nahezu selbstverständlichen Befriedigung verlangen. Da der negative Preisstruktureffekt schwergewichtig bei arbeitsintensiven Behandlungsmethoden im stationären Sektor auftritt, steht auch er in positiver Korrelation zur demographischen Entwicklung. Aus den angedeuteten Gründen dürfte es schwer fallen, die Effekte, die von der demographischen Entwicklung ausgehen, im Wege einer empirischen Kausalanalyse exakt von jenen Wirkungen zu separieren, für die letztlich der medizinisch-technische Wandel, eine Veränderung des Morbiditätsspektrums oder ein negativer Preisstruktureffekt verantwortlich zeichnen. Zumindest gilt es in Rechnung zu stellen, daß eine empirische Analyse, die auf die demographische Entwicklung abstellt, einen Teil der Effekte dieser anderen Einflußfaktoren beinahe zwangsläufig beinhalten.

4.2.2. Auswirkungen der Rentnerquote auf die Ausgaben der GKV

167. Demographische Veränderungen in Richtung einer relativen Zunahme älterer Menschen beeinflussen auch die Entwicklung der Rentnerquote bzw. -dichte, d.h. sie führen zu einem steigenden Anteil von Rentnem

Abbildung 26: Bevölkerung über 80 Jahre, alte Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage StBA.

Tabelle 15: Anteile der GKV-Ausgaben für Mitglieder und Rentner an den jeweiligen Behandlungsarten in %, 1970 – 1992

Behandlungsart	Jahr	1970	1975	1980	1985	1990	1992 ^{a)}
(1) Behandlung durch Ärzte	Mitglieder ^{b)}	73,2	69,6	66,1	64,0	64,6	64,4
	Rentner ^{c)}	26,8	30,4	33,9	36,0	35,4	35,6
(2) Behandlung durch Zahnärzte	Mitglieder	91,6	92,0	91,2	89,7	88,7	87,9
	Rentner	8,4	8,0	8,8	10,3	11,3	12,1
(3) Stationäre Behandlung	Mitglieder	64,4	60,0	54,1	49,5	47,9	47,8
	Rentner	35,6	40,0	45,9	50,5	52,1	52,2
(4) Arzneimittel	Mitglieder	56,3	51,8	49,8	44,1	45,2	45,7
	Rentner	43,7	48,2	50,2	55,9	54,8	54,3
(5) Heil- und Hilfsmittel	Mitglieder	69,9	65,9	62,8	56,0	53,4	51,2
	Rentner	30,1	34,1	37,2	44,0	46,6	48,8
(6) Zahnersatz	Mitglieder	69,7	74,8	79,8	76,0	71,3	70,9
	Rentner	30,3	25,2	20,2	24,0	28,7	29,1

a) Vorläufige Ergebnisse.

b) Mitglieder und Familienangehörige in der Allgemeinen Krankenversicherung.

c) Rentner und Familienangehörige in der Krankenversicherung der Rentner.

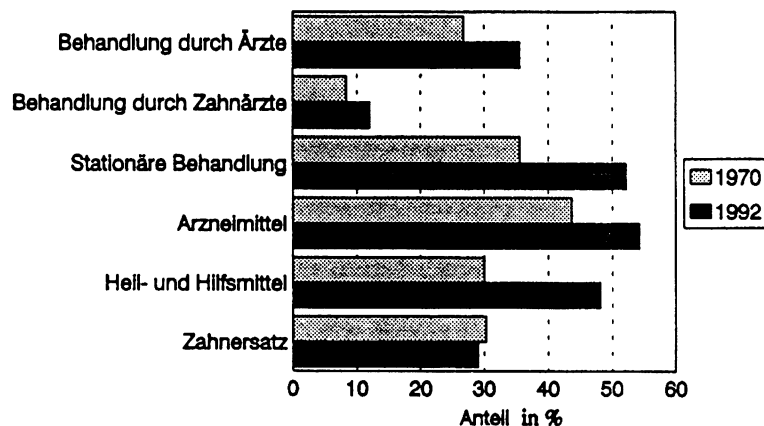
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage BMA.

an der Gesamtzahl der Mitglieder in der GKV. Bei dieser Trennung in »Rentner« und »Mitglieder« – letztere beziehen sich im folgenden nur auf die Allgemeine Krankenversicherung – handelt es sich fraglos um eine sehr grobe Altersgruppenbildung, die wichtige Verschiebungen innerhalb dieser beiden Kategorien nicht zu erfassen vermag. So nahm, wie Abbildung 26 veranschaulicht, die Anzahl der Menschen, die ein Alter von über 80 Jahren erreichten, in den letzten 40 Jahren deutlich zu. Zudem kann der Rentnerstatus nur mit Einschränkungen als demographischer Indikator gelten; in der Bundesrepublik geht derzeit ca. jeder vierte vor Erreichen der Altersgrenze wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in Rente.

Schließlich bietet das Rentenversicherungssystem auch nach der Reform von 1992 mangels Altersneutralität noch immer einen Anreiz zur früheren Inanspruchnahme der Rente. Unbeschadet dieser Einwände enthält die amtliche Statistik für diese beiden »Altersgruppen« detaillierte Daten über die Behandlungsausgaben, die in erster Approximation durchaus einige – wenn auch vorsichtige – Schlüsse über die Auswirkungen demographischer Veränderungen erlauben.

168. Eine Aufspaltung der GKV-Behandlungsausgaben nach Mitgliedern und Rentnern für den aus demographischer Sicht recht kurzen Zeitraum von 1970 bis 1992 zeigt, daß die im Beobachtungszeitraum eher moderat verlaufenen demographischen Veränderungen be-

Abbildung 27: Anteile der Ausgaben für Rentner an den gesamten GKV-Ausgaben für die jeweiligen Behandlungsarten in %, 1970 und 1992



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle 16: Ausgabenanteile der einzelnen Behandlungsarten für Mitglieder und Rentner an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %, 1970 – 1992

Behandlungsart	Jahr	1970	1975	1980	1985	1990	1992a)	Warab)
(1) Behandlung durch Ärzte	Insgesamt ^{c)}	22,9	19,4	17,9	18,1	18,2	17,4	432,4
	Mitglieder ^{d)}	23,1	19,7	18,0	19,2	19,9	19,2	368,6
	Rentner ^{e)}	22,2	18,5	17,7	16,3	15,6	14,8	606,6
(2) Behandlung durch Zahnärzte	Insgesamt	7,2	7,1	6,4	6,1	6,1	6,0	490,3
	Mitglieder	9,1	9,6	8,9	9,1	9,2	9,1	379,2
	Rentner	2,2	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	745,1
(3) Stationäre Behandlung	Insgesamt	25,2	30,6	29,6	32,2	33,2	32,3	798,9
	Mitglieder	22,4	26,5	24,4	26,5	27,0	26,5	567,2
	Rentner	32,5	37,9	39,7	40,9	42,1	40,4	1217,9
(4) Arzneimittel	Insgesamt	17,7	15,3	14,3	15,3	16,3	16,2	539,8
	Mitglieder	13,8	11,6	11,1	11,2	12,5	12,7	419,7
	Rentner	28,1	23,2	21,4	21,4	21,7	21,0	694,4
(5) Heil- und Hilfsmittel	Insgesamt	2,8	4,4	5,7	6,0	6,3	6,4	1497,0
	Mitglieder	2,7	4,3	5,4	5,6	5,7	5,7	1083,5
	Rentner	3,1	4,8	6,2	6,6	7,1	7,4	2455,7
(6) Zahnersatz	Insgesamt	3,5	7,2	8,6	7,1	3,6	4,0	712,4
	Mitglieder	3,3	7,9	10,4	8,9	4,4	4,9	726,5
	Rentner	3,8	5,7	5,1	4,2	2,5	2,8	680,1

a) Vorläufige Ergebnisse.

b) Veränderung im angegebenen Zeitraum in vH.

c) Jeweilige Ausgaben in vH der Ausgaben der GKV für Gesundheit (letztere hier ohne die nicht aufteilbaren, sonstigen Aufwendungen).

d) Jeweilige Ausgaben für Mitglieder in vH der gesamten GKV-Gesundheitsausgaben für Mitglieder.

e) Jeweilige Ausgaben für Rentner in vH der gesamten GKV-Gesundheitsausgaben für Rentner.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

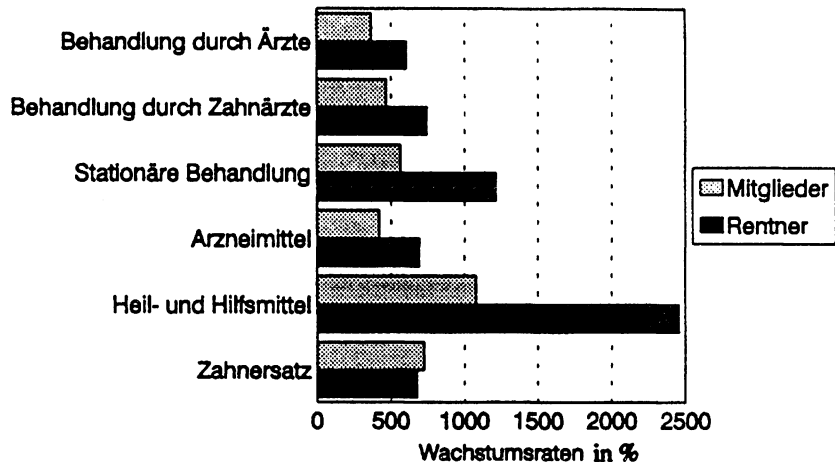
reits beachtlich auf Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben einwirkten. Im Jahre 1970 entfiel auf eine Rentnerquote von 26,1 % nur ein geringfügig höherer Anteil von 27,6 % an den GKV-Gesamtausgaben. Da zwischen 1970 und 1992 die Ausgaben für Rentner mit 962,0 % weitaus stärker anstiegen als jene für Mitglieder (464,2 %), absorbiert derzeit eine Rentnerquote von 28,7 % einen Ausgabenanteil von 41,7 %.

Wie Tabelle 15 und Abbildung 27 verdeutlichen, differieren die Ausgabenanteile, die jeweils auf die Rentner entfallen, zwischen den sechs Behandlungsarten erheblich, so daß von der relativen Ausdehnung der GKV-Ausgaben für Rentner relevante Einflüsse auf die Ausgabenstruktur ausgehen können. Innerhalb der Behandlungsarten verzeichneten schon 1970 die Arzneimittelausgaben den höchsten Rentneranteil mit 43,7 % und dieser wuchs bis 1992 noch auf 54,3 % an. Unter diesem Gesichtspunkt folgen die stationäre Behandlung (52,2 %) sowie die Heil- und Hilfsmittel (48,8 %), deren

Rentneranteile sich im Beobachtungszeitraum am stärksten erhöhten.

169. Tabelle 16 und Abbildung 28 ermöglichen einen Einblick in das Wachstum der GKV-Behandlungsausgaben getrennt nach Mitgliedern und Rentnern. Dabei weisen bei den GKV-Behandlungsausgaben für Mitglieder die Behandlung durch Ärzte (368,6 %) gefolgt von der Behandlung durch Zahnärzte (379,2%) und den Arzneimitteln (419,7 %) den geringsten Anstieg im Beobachtungszeitraum auf, während die Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel (1083,5 %) hier mit weitem Abstand an der Spitze rangieren. Relativ moderat verlief das Wachstum der stationären Behandlungsausgaben für Mitglieder (567,2 %), das noch unter der Wachstumsrate der gesamten Leistungsausgaben der GKV (532,5 %) lag. Bei den GKV-Ausgaben für Rentner fallen die hohen Steigerungsraten für die Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel (2.455,7 %) sowie für stationäre Behandlung (1.217,9 %) auf. Die insbesondere in Relation zur ambulanten Behandlung und zu den Arzneimitteln

Abbildung 28: Wachstumsraten der GKV-Ausgaben für Mitglieder und Rentner nach Behandlungsarten in %, 1970 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

starke Zunahme der Ausgaben für die Krankenhausbehandlung der Rentner deutet an, daß mit zunehmendem Alter die Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus noch stärker ansteigt als die allgemeine Krankheitshäufigkeit. Der Arzneimittelanteil der Rentner ging im Beobachtungszeitraum von 28,1 % auf 21,0 % zurück, stellt aber immer noch nach den Ausgaben für stationäre Behandlung die ausgabenintensivste Behandlungsart für Rentner dar.

170. In der Tabelle 17 werden die Entwicklung der GKV-Ausgaben pro Mitglied und Rentner bzw. pro Mit-

glieds- und Rentnerhaushalt zusammengefaßt. Bei den gesamten GKV-Ausgaben lagen die Aufwendungen pro Rentner im Jahre 1970 mit 821 DM nur geringfügig über jenen für Mitglieder mit 763 DM, überstiegen diese im Jahre 1992 mit 6.209 DM zu 3.481 DM aber schon um 78%. Fällt die Differenz zwischen den Ausgaben für Rentner und denen für Mitglieder bei der Behandlung durch Ärzte recht gering aus, so übertreffen die pro Haushalt-Ausgaben für Rentner diejenigen für Mitglieder bei den Heil- und Hilfsmitteln um 132%, bei der stationären Behandlung um 172% und bei den Arzneimitteln um 195%. Die Behandlung der Rentner verursachte

Tabelle 17: Ausgaben der GKV je Mitglied und je Rentner nach Behandlungsarten in DM, 1970 – 1992

Behandlungsart	Jahr	1970	1975	1980	1985	1990	1992 ^{a)}
(1) GKV-Ausgaben insgesamt	Mitglieder	763,2	1663,0	2232,8	2559,3	2945,3	3480,9
	Rentner	821,1	1919,5	2858,5	4047,2	5010,7	6208,7
(2) Behandlung durch Ärzte	Mitglieder	176,7	28,4	404,4	491,0	586,6	668,7
	Rentner	182,9	355,4	508,6	666,0	783,1	919,2
(3) Behandlung durch Zahnärzte	Mitglieder	69,2	159,1	200,5	233,6	270,0	316,7
	Rentner	18,0	34,6	47,6	64,4	83,9	108,2
(4) Stationäre Behandlung	Mitglieder	170,9	441,0	548,7	678,1	796,5	922,0
	Rentner	267,2	728,0	1135,3	1667,7	2108,4	2507,5
(5) Arzneimittel	Mitglieder	150,0	193,1	249,4	286,7	367,5	441,4
	Rentner	230,5	445,8	612,7	873,0	1087,7	1303,9
(6) Heil- und Hilfsmittel	Mitglieder	20,6	71,3	122,1	142,7	167,7	197,0
	Rentner	25,1	91,3	176,5	296,6	356,3	456,7
(7) Zahnersatz	Mitglieder	25,5	131,0	233,7	228,0	128,5	170,3
	Rentner	31,3	109,4	144,4	172,9	126,3	174,1

a) Vorläufige Ergebnisse.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle 18: Tatsächliche und bereinigte Ausgabenanteile nach Behandlungsarten in % der gesamten Leistungsausgaben der GKV, 1970 und 1992

Ausgaben- anteile ^{a)}	tatsächlicher Anteil		bereinigte Ausgabenanteile					
			bei konstantem Aus- gabenanteil für Rentnerhaushalte		bei konstanter Rentnerhaushalts- quote		bei konstanter relativer Ausgabenintensität	
	Behand- lungsart	1970	1992	1970	1992	1970	1992	1970
Behandlung durch Ärzte	22,89	17,37	22,89	17,32	22,89	16,83	22,89	17,92
Behandlung durch Zahn- ärzte	7,16	6,03	7,16	5,90	7,16	5,96	7,16	5,96
stationäre Behandlung	25,20	32,29	25,20	24,40	25,20	30,80	25,20	25,27
Arzneimit- tel	17,71	16,15	17,71	15,13	17,71	15,38	17,71	15,88
Heil- und Hilfsmittel	2,80	6,37	2,80	4,14	2,80	6,10	2,80	4,22
Zahnersatz	3,26	4,02	3,26	3,69	3,26	3,92	3,26	3,77

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

1992 pro Haushalt mit 1.304 DM wesentlich mehr Arzneimittelausgaben als Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte (919 DM), während es sich bei den Mitgliedern in der Tendenz umgekehrt verhielt. Auf der Grundlage einer pro Mitglied- bzw. pro Rentner-Betrachtung besitzen die Arzneimittelausgaben somit die stärkste Alters- bzw. Rentnerabhängigkeit.

171. Die obige Darstellung der GKV-Ausgaben pro Mitglied und pro Rentner schließen auch die jeweiligen Gesundheitsaufwendungen für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige ein. Insofern handelt es sich hier nicht um pro Kopf-Ausgaben, die in jedem Falle niedriger liegen. Da auf ein Mitglied aber tendenziell mehr beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige als auf einen Rentner entfallen, würde eine pro Kopf-Betrachtung noch höhere Differenzen zwischen den Gesundheitsausgaben von Mitgliedern und Rentnern ausweisen. Leider erlauben die bisher vorliegenden Daten keine solche pro Kopf-Betrachtung, die unter dem Aspekt der gesundheitlichen Leistungsvorstellung eine höhere Aussagekraft besitzen würde. Möglicherweise liefern die im Zuge der Durchführung des Risikostrukturausgleiches zwischen den gesetzlichen Krankenkassen neu anfallenden Daten die notwendige Informationsgrundlage für eine solche pro Kopf-Betrachtung.

4.2.3. Zum Einfluß der Rentnerquote auf die Ausgabenstruktur

172. Um die Effekte, die im Beobachtungszeitraum von den GKV-Aufwendungen für Rentner auf die Struktur der Behandlungsausgaben ausgingen, noch etwas zu spezifizieren, bietet sich eine Strukturbereinigung an. Wird für jede Behandlungsart der Ausgabenanteil für Rentner auf dem jeweiligen Niveau von 1970 festgeschrieben, so wird die Entwicklung der Ausgabenstruktur, d.h. die Veränderung der tatsächlichen Ausgabenanteile, vom Einfluß der Behandlungsausgaben für Rentner bereinigt. Eine solche Bereinigung führt, wie Tabelle 18 ausweist, gegenüber den tatsächlichen Anteilen bei allen Behandlungsarten zu niedrigeren Ausgabenquoten. Die Aufwendungen für Rentner wirkten somit durchgehend in Richtung eines Anstiegs des jeweiligen Ausgabenanteils.

173. Bei der stationären Behandlung beträgt die Differenz zwischen tatsächlichem und bereinigtem Anteil fast 8 Prozentpunkte, d.h. unter der Annahme eines ab 1970 konstanten Anteils der Krankenhausaufwendungen für Rentner an den GKV-Gesamtausgaben läge der Anteil für stationäre Behandlung um fast 8 Prozentpunkte niedriger und mit 24,4 % sogar um 0,8 Prozentpunkte unter dem Ausgangswert von 25,2 %. Bei den Arzneimitteln

unterschreitet der bereinigte Ausgabenanteil den tatsächlichen um gut einen Prozentpunkt, was vor dem Hintergrund des hohen Anteils, den die Rentner an den Arzneimittelausgaben beanspruchen, doch etwas überrascht. Bei der ambulanten und zahnärztlichen Behandlung sowie bei Zahnersatz fallen die Bereinigungseffekte kaum ins Gewicht, während bei den Heil- und Hilfsmitteln der bereinigte Ausgabenanteil den tatsächlichen um 2,23 Prozentpunkte unterschreitet.

174. Der Anstieg der Ausgabenanteile, der auf die Aufwendungen für Rentner zurückgeht, läßt sich nicht nur auf eine gestiegene Anzahl von Rentnern, sondern auch auf eine erhöhte Behandlungs- bzw. Ausgabenintensität⁸ zurückführen. Eine weitere Strukturbereinigung vermag die Effekte dieser beiden unterschiedlichen Einflußgrößen zu separieren. Dabei wird einmal die Zahl der Rentner auf dem Niveau von 1970 fixiert, so daß Veränderungen der bereinigten Ausgabenanteile dann ausschließlich in der gestiegenen Ausgabenintensität der medizinischen Behandlung von Rentnern wurzeln. Zum anderen kann man die Ausgabenintensität der Rentner auf dem Niveau von 1970 konstant halten, um so den Einfluß der Rentnerzahl als isolierte Einflußgröße zu ermitteln.

175. Die getrennte Strukturbereinigung macht transparent, daß bei der stationären Behandlung sowie den Heil- und Hilfsmitteln vor allem die Zunahme der Ausgabenintensität der Behandlung von Rentnern den Anstieg der Ausgabenanteile verursachte (Tabelle 18).

Der bereinigte Ausgabenanteil für stationäre Behandlung beträgt bei konstanter Ausgabenintensität 25,27 und liegt somit um 7 Prozentpunkte unter dem tatsächlichen Anteil. Ein Erklärungsfaktor für die Dominanz der Ausgabenintensität im Krankenhausbereich bildet die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, die u.a. auf neuen Behandlungsmethoden und neuen operativen Techniken beruht. Die höhere Lebenserwartung spiegelt sich auch in der GKV-Mitgliederstruktur wider. Betrug der Anteil der über 75 Jahre alten Frauen an den weiblichen Mitgliedern in der GKV im Jahre 1979 noch 11,8 %, stieg er bis 1990 auf 15,5 % an. Der entsprechende Anteil der Männer über 75 Jahre wuchs von 5,2 % auf 6,2 % (JG 1992 Tabellen T404 und T405). Der zunehmende Anteil älterer Menschen und die höhere Wahrscheinlichkeit, im Alter gleichzeitig an mehreren Krankheiten zu leiden (Multimorbidität), gehen mit steigendem Pfl egetagevolumen, verlängerter Verweildauer und somit zunehmenden Ausgaben je Krankheitsfall einher. Die gestiegene Ausgabenintensität der stationären Gesundheitsversorgung könnte aber auch auf einen

⁸ Die Ausgabenintensität beschreibt hier das Verhältnis zwischen den Ausgaben einer bestimmten Behandlungsart pro Rentnerhaushalt und den Gesamtausgaben pro Rentner- und Mitgliedshaushalt.

ausgeprägten negativen Preisstruktureffekt zuungunsten der Krankenhausbehandlung zurückgehen. Eine altersgruppenspezifische Aufgliederung der Aufwendungen für Rentner könnte eventuell Aufschlüsse über das Gewicht dieser beiden potentiellen Einflußfaktoren liefern.

176. Bei der Behandlung durch Ärzte und bei den Arzneimitteln wirkte vor allem das Wachstum der Zahl der Rentner auf die Ausgabenanteile. Bei der Leistungsart »Behandlung durch Ärzte« liegt unter der Annahme einer konstanten Ausgabenintensität die bereinigte Ausgabenquote um 0,55 Prozentpunkte über der tatsächlichen Quote, so daß die Ausgabenintensität für Rentner im Beobachtungszeitraum abnahm. Unter diesem Aspekt könnte bei substitutiven Beziehungen zwischen den Behandlungsarten eine Verlagerung der medizinischen Versorgung vor allem von älteren Menschen vom Krankenhaus zu konkurrierenden ambulanten Leistungserbringern zu Ausgabeneinsparungen führen. Dies setzt im Sinne des Effizienzpostulates allerdings voraus, daß die Behandlungsziele nicht darunter leiden, d.h. die ambulante die stationäre Behandlung auch qualitativ zu ersetzen vermag. Unabhängig von der Notwendigkeit weiterer, stärker disaggregierter Analysen deuten die o.a. Strukturbereinigungen bereits darauf hin, daß die Veränderung der relativen Ausgabenintensität die Steigerung der Ausgabenanteile stärker beeinflusste als das Wachstum der Rentnerzahl. Die Veränderung der relativen Ausgabenintensität zeichnete nämlich fast ausschließlich für das Wachstum des Ausgabenanteils jener Behandlungsarten verantwortlich, welche die stärkste relative Ausdehnung aufweisen (stationäre Behandlung sowie Heil- und Hilfsmittel). Dagegen fallen die entsprechenden Effekte, die von dem Wachstum der Rentnerzahl auf die Ausgabenanteile der einzelnen Behandlungsarten ausgingen, vergleichsweise schwach aus. Insofern beeinflusst die demographische Entwicklung im engeren Sinne, d.h. als isolierte Determinante, bisher nur in bescheidenem Umfange die Ausgabenstruktur der GKV.

4.2.4. Die siebte koordinierte Bevölkerungsvorberechnung

Geltungsbereich und Annahmen

177. Bei der siebten koordinierten Bevölkerungsvorberechnung handelt es sich um eine zwischen den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder abgestimmten Prognose, die für das gesamte heutige Bundesgebiet vergleichbare Ergebnisse liefert. Die Schätzung differenziert für das frühere Bundesgebiet auch nach Bundesländern, nicht jedoch für das Beitrittsgebiet, was vor allem wegen der Unsicherheit über die zukünftigen (internen) Wanderungen und deren Auswirkungen auf die einzelnen neuen Bundesländer unterbleibt. Die Prognose basiert auf dem nach Geschlecht und nach den Altersjahren bis 99 gegliederten Ergebnis der Bevölke-

rungsfortschreibung mit Stand zum 31.12.1989. Mittels altersspezifischer Geburten- und Sterbeziffern und unter Berücksichtigung von Wanderungssalden für die einzelnen Altersjahre erfolgt eine jahrgangswise Fortschreibung des Ausgangsbestandes bis zum Jahre 2030. Dabei macht die Studie eine für die Zwecke dieses Gutachtens relevante Unterscheidung zwischen Vorausschätzungen und Modellrechnungen. Während sich die Vorausschätzungen auf die absehbare Entwicklung in den nächsten 10 bis 15 Jahren erstrecken, zeigen die Modellrechnungen auf der Grundlage bestimmter Annahmen eine längerfristige Bevölkerungsentwicklung auf. Bei der vorliegenden Bevölkerungsvorausberechnung geht die Vorausschätzung etwa ab den Jahren 2000 bis 2005 in eine Modellrechnung über.

178. Die Prognose unterstellt zunächst, daß die Netto-reproduktionsrate bzw. zusammengefaßte Geburtenziffer des Basisjahres mit 0,67 bzw. 1,4 im früheren Bundesgebiet über den gesamten Vorausberechnungszeitraum konstant bleibt. Wie bereits erwähnt, nahm die Netto-reproduktionsrate in den neuen Bundesländern schon vor der deutschen Vereinigung – wenn auch von vergleichsweise höherem Niveau – auf 0,75 in 1989 ab. Die Prognose geht hier von der Annahme aus, daß diese Rate in den Jahren 1990 (0,71) und 1991 (0,42) bedingt durch den gesellschaftlichen Umbruch noch weiter absinkt, sich dann aber bis Ende 1995 an das Niveau der alten Bundesländer angleicht und anschließend ebenfalls auf dem Wert von 0,67 verharrt. Interessant erscheint hier ein Vergleich mit den entsprechenden Hypothesen der OECD, die in ihrer unteren Variante bis 2050 eine Annäherung der Fruchtbarkeits- bzw. Geburtenziffern an den Wert 1,4 vorsieht, was exakt dem Niveau der bundesdeutschen Vorausschätzung entspricht. Nach der mittleren Variante nähert sich diese Ziffer dem Wert 2,1 an, der für eine Reproduktion der Bevölkerung – allerdings dann in den meisten Ländern gegenüber heute auf niedrigerem Niveau – ausreicht. Entsprechend der oberen Variante geht die Geburtenziffer bis 2050 sogar

gegen den aus heutiger Sicht schwer nachvollziehbaren Wert von 2,5.

179. Im Hinblick auf die Sterblichkeit basiert die neueste bundesdeutsche Prognose auf der Annahme, daß die durchschnittliche Lebenserwartung in den alten Bundesländern bis zum Jahre 2000 noch um zwei Jahre zunimmt und sich dann nicht mehr verändert. Für die neuen Bundesländer wird vorausgesetzt, daß die Lebenserwartung bis zum Jahre 2010 zunächst auf jenes Niveau ansteigt, das in den alten Bundesländern schon im Basisjahr bestand, und eine Angleichung an das westliche Niveau bis zum Jahre 2030 dauert. Dies bedeutet, daß in den neuen Bundesländern die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens (Jungen) von 76,4 (70,1) Jahren im Basisjahr 1989 bis 2030 auf 79,0 (72,6) Jahre anwächst und sich dann bis 2030 um zwei weitere Jahre erhöht. Ziemlich analog dazu erwartet die OECD in ihrer sog. Basisannahme, daß sich die Lebenserwartung im OECD-Durchschnitt bei abnehmenden Zuwächsen bis zum Jahre 2030 noch um zwei Jahre verlängert und dann konstant bleibt. Eine alternative Variante rechnet in sieben wichtigen OECD-Ländern für die 60jährigen im Zeitraum von 2000 bis 2030 mit einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung um 10 Jahre. Grundlage dieser Variante bildet die Annahme, daß sich der medizinisch-technische Fortschritt vornehmlich bei der älteren Generation niederschlagen wird.

180. Während die OECD-Schätzung wie auch eine ähnliche Studie des Internationalen Währungsfonds⁹ kaum Einflüsse von Wanderungsbewegungen auf die Bevölkerungsstruktur berücksichtigt, veranschlagt die bundesdeutsche Vorausberechnung bezüglich des vereinigten Deutschlands für den gesamten Prognosezeit-

⁹ Diese Studie »Aging and Social Expenditure in the Major Industrial Countries, 1980–2025« nimmt bei der Migration explizit einen Nullsaldo an.

Tabelle 19: Hypothesen über den Wanderungssaldo in der siebten kordinierten Bevölkerungsvorausschätzung

Zeitraum	1990		1991 - 1995		1996 - 2000			2001 - 2010			2011 - 2030		
	in 1000	in 1000	durchschnittlich ¹⁾	ab 1990	in 1000	durchschnittlich ¹⁾	ab 1990	in 1000	durchschnittlich ¹⁾	ab 1990	in 1000	durchschnittlich ¹⁾	ab 1990
Gebiet													
vereinigte Deutschland	720	1.705	341	2.425	650	130	3.075	611	61	3.686	1.068	53	4.754
alte Bundesländer	1.120	1.848	370	2.968	538	108	3.506	523	52	4.029	908	45	4.937
neue Bundesländer	-400	-143	-29	-543	112	22	-431	88	9	-343	160	16	-183

1) Durchschnittlich pro Jahr im betreffenden Zeitraum.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage B. Sommer, Entwicklung der Bevölkerung bis 2030, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 4/1992, S. 218.

Tabelle 20: Entwicklung der Bevölkerung

Am 31. 12. des Jahres	Insgesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren						Jugendquotient ¹⁾	Altenquotient ²⁾	Gesamtquotient ³⁾
		unter 20		20 — 60		60 und älter				
		1 000	% von Spalte 1	1 000	% von Spalte 1	1 000	% von Spalte 1			
Basisbevölkerung der Modellrechnungen										
1989 Früheres Bundesgebiet										
Bundesgebiet	62 679,0	13 071,0	20,9	36 533,3	58,3	13 074,8	20,9	35,8	35,8	71,6
Neue Bundesländer	16 433,8	4 182,7	25,5	9 243,4	56,2	3 007,7	18,3	45,3	32,5	77,8
Deutschland	79 112,8	17 253,6	21,8	45 776,7	57,9	16 082,5	20,3	37,7	35,1	72,8
Früheres Bundesgebiet										
1990	63 780,9	13 261,9	20,8	37 258,8	58,4	13 260,2	20,8	35,6	35,6	71,2
2000	65 765,3	13 940,5	21,2	36 202,2	55,0	15 622,6	23,8	38,5	43,2	81,7
2010	63 843,7	12 139,1	19,0	34 989,1	54,8	16 715,4	26,2	34,7	47,8	82,5
2020	60 711,0	10 359,1	17,1	32 368,4	53,3	17 983,5	29,6	32,0	55,6	87,6
2030	56 598,0	9 840,7	17,4	26 803,6	47,4	19 953,7	35,3	36,7	74,4	111,2
Neue Bundesländer										
1990	16 009,1	4 013,1	25,1	8 980,6	56,1	3 015,5	18,8	44,7	33,6	78,3
2000	15 360,9	3 376,3	22,0	8 467,6	55,1	3 517,0	22,9	39,9	41,5	81,4
2010	15 014,7	2 730,8	18,2	8 648,3	57,6	3 635,6	24,2	31,6	42,0	73,6
2020	14 253,3	2 580,9	18,1	7 620,1	53,5	4 052,4	28,4	33,9	53,2	87,1
2030	13 304,3	2 163,9	16,3	6 728,3	50,6	4 412,0	33,2	32,2	65,6	97,7
Deutschland										
1990	79 790,1	17 275,0	21,7	46 239,4	58,0	16 275,7	20,4	37,4	35,2	72,6
2000	81 126,2	17 316,8	21,3	44 669,8	55,1	19 139,5	23,6	38,8	42,8	81,6
2010	78 858,4	14 869,9	18,9	43 637,5	55,3	20 351,1	25,8	34,1	46,6	80,7
2020	74 964,3	12 940,0	17,3	39 988,5	53,3	22 035,8	29,4	32,4	55,1	87,5
2030	69 902,2	12 004,6	17,2	33 531,9	48,0	24 365,8	34,9	35,8	72,7	108,5

¹⁾ Unter 20jährige je 100 20- bis unter 60jährige. — ²⁾ 60jährige und ältere je 100 20- bis unter 60jährige. — ³⁾ Summe aus Jugend- und Altenquotient.

Quelle: B. Sommer, Entwicklung der Bevölkerung bis 2030, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 4/1992, S. 220.

raum relevante Zuwanderungsüberschüsse. Letztere summieren sich, wie Tabelle 19 zeigt, von 1990 bis zum Jahre 2000 auf über 3 Mio. und schwächen sich erst dann auf durchschnittlich 61.000 bzw. 53.000 pro Jahr ab.

Dieser Schätzung des Saldos der Wanderungsbewegungen liegt die Annahme zugrunde, daß die (Netto-) Zuwanderung von Aussiedlern bis zum Jahre 2000 ausläuft und im gesamten Prognosezeitraum keine allzu großen Wanderungsströme aus Osteuropa oder der Dritten Welt einsetzen. Vor dem Hintergrund eines Zuwanderungsüberschusses von 628.000 im Jahre 1989 und 720.000 im Jahre 1990 sowie den derzeit absehbaren rechtlichen und politischen Perspektiven scheint sich diese Projektion des Wanderungssaldos schon für den Zeitraum von 1991 bis 1996 – mit einem durchschnittlichen jährlichen Überschuß von 341.000 Zuwanderungen – an der unteren Grenze zu bewegen. Die neuen Bundesländer bilden im Rahmen dieser Wanderungshypothese insofern eine Ausnahme, als sie in ihrer Gesamtheit noch im Zeitraum von 1991 bis 1996 einen negativen Wanderungssaldo aufweisen, der sich dann zwar umkehrt, aber aufsummiert über den gesamten Vorhersagezeitraum hinweg immer noch defizitär bleibt.

Ergebnisse und Konsequenzen

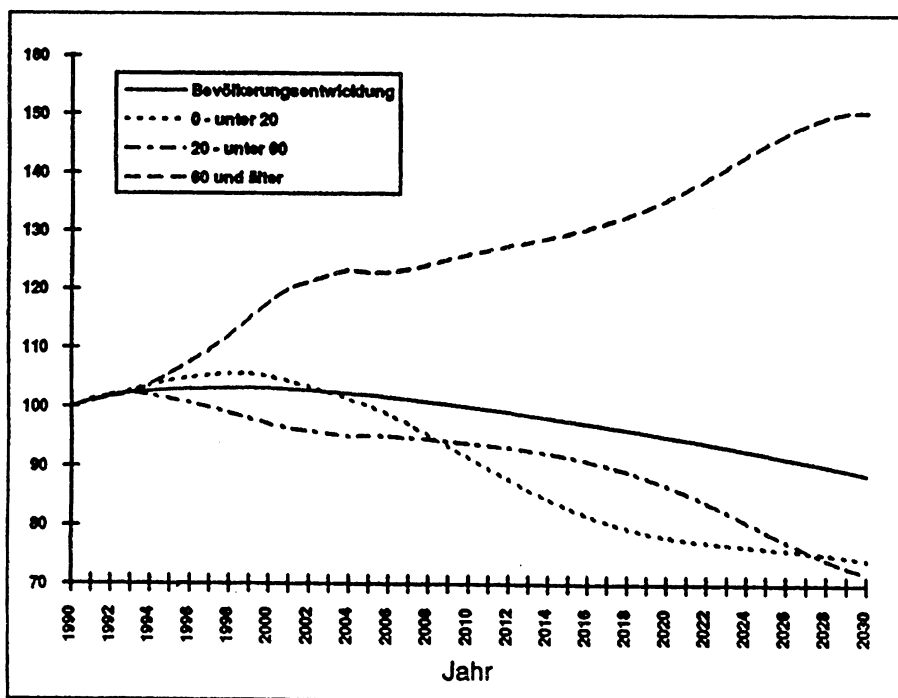
181. Trotz der zurückhaltenden Annahmen über die Wanderungsbewegungen reichen im vereinigten

Deutschland die positiven Wanderungssalden bis zum Jahre 1998 aus, um die Überschüsse der Sterbefälle über die Geburten überzukompensieren. Nach dem Maximum von 81,2 Mio. Bürgern sinkt der Bevölkerungsstand dann zwar ständig, aber zunächst langsam ab, so daß er bis zum Jahre 2009 immer noch über dem Ausgangsniveau von 1989 (79,1 Mio.) liegt. Dies bedeutet, daß die Bevölkerungszahl im Rahmen der Vorausschätzung, welche die absehbare Entwicklung in den nächsten 10 bis 15 Jahren beinhaltet, gegenüber ihrem heutigen Stand nicht abnimmt (Tabelle 20 und Abbildung 29).

Lediglich in den neuen Bundesländern geht die Bevölkerung im Prognosezeitraum ständig zurück, wobei im Jahre 1990 die starke Abwanderung in die alten Bundesländer und danach der Überschuß der Sterbefälle über die Geburten die zentralen Ursachen bilden. In diesem Gebiet schrumpft die Bevölkerung von 1990 bis 2010 um insgesamt knapp eine Million.

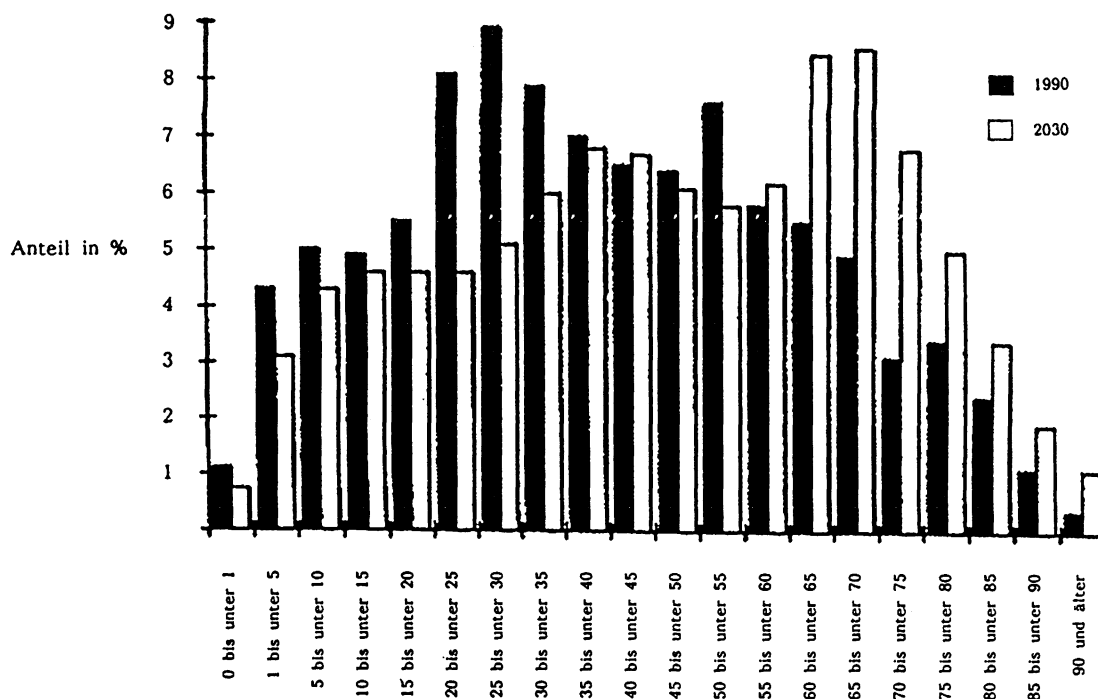
182. Wie in den Abbildungen 29 und 30 illustriert, bewirken sinkende Geburtenraten und zurückgehende Mortalitätsraten, daß die Bevölkerungspyramide immer kopflastiger wird und die Zahl der über 60jährigen in Relation zur restlichen Bevölkerung zunimmt. Dieser Trend setzt sich zukünftig noch verstärkt fort, so daß der Anteil der Bevölkerungsgruppe 60 Jahre und älter an der Gesamtbevölkerung von heute einem Fünftel auf über ein Drittel im Jahre 2030 anwächst, während der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 60

Abbildung 29: Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen 1990 bis 2030 in Relation zum jeweiligen Wert des Jahres 1990 (= 100), früheres Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage B. Sommer, Entwicklung der Bevölkerung bis 2030, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 4/1992, S. 220*ff.

Abbildung 30: Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung 1990 und 2030, alte Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage StBA.

Jahre) von etwa drei Fünftel auf unter die Hälfte zurückgeht. Die Gruppe der 25 bis unter 30jährigen besaß im Jahr 1990 den höchsten Bevölkerungsanteil. Diese Gruppe wird aufgrund der geringen nachwachsenden Bevölkerung auch in 40 Jahren als 65 bis unter 70jährige den höchsten Bevölkerungsanteil stellen.

183. Der für den Zeitraum von 2010 bis 2030 im Rahmen der Modellrechnung prognostizierte starke Bevölkerungsrückgang geht neben anderen zwangsläufig unsicheren Hypothesen in starkem Maße auf die restriktiven Annahmen hinsichtlich des Wanderungssaldos zurück. Insofern erscheint es schon aus methodischen Gründen sinnvoll, lediglich die Entwicklung bis maximal zum Jahre 2010 als Informationsgrundlage für konkrete gesundheitsökonomische Überlegungen und Empfehlungen heranzuziehen. Selbst für einen Zeitraum von 10 bis 15 Jahren können alle ab Mitte der 80er Jahre erstellten Bevölkerungsprognosen für die Bevölkerungsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland – auch unabhängig von der deutschen Vereinigung – schon heute bei zentralen Niveau- und Strukturgrößen als überholt gelten.

184. Die Begrenzung des Zeithorizontes im Hinblick auf die gesundheitsökonomischen Konsequenzen, die sich aus der zu erwartenden demographischen Entwicklung ziehen lassen, erfolgt unbeschadet der begründeten Erwartung bzw. Befürchtung, daß zahlreiche demographische Probleme erst in der zweiten und dritten Dekade des nächsten Jahrhunderts kulminieren. Ohne diese möglichen Entwicklungstendenzen heute gänzlich aus dem Auge zu verlieren, lassen sie sich instrumental wohl am besten durch eine regelmäßige Fortschreibung der demographischen Informationsgrundlagen berücksichtigen. Die politischen Entscheidungsträger besitzen dann die Möglichkeit, sich abzeichnenden demographischen Veränderungen sukzessiv in dem notwendigen Umfang Rechnung zu tragen. Ein solches Vorgehen harmonisiert nicht nur besser mit den Eigenheiten budgetärer Willensbildungsprozesse, es entspricht auch eher der Prognosequalität mittel- und langfristiger Bevölkerungsentwicklungen als weitergehende Konzepte auf der Grundlage einer doch recht fragwürdigen Futurologie.

4.2.5. Die Abschätzung der Ausgabenentwicklung ausgewählter Behandlungsarten

Die Arzneimittelausgaben

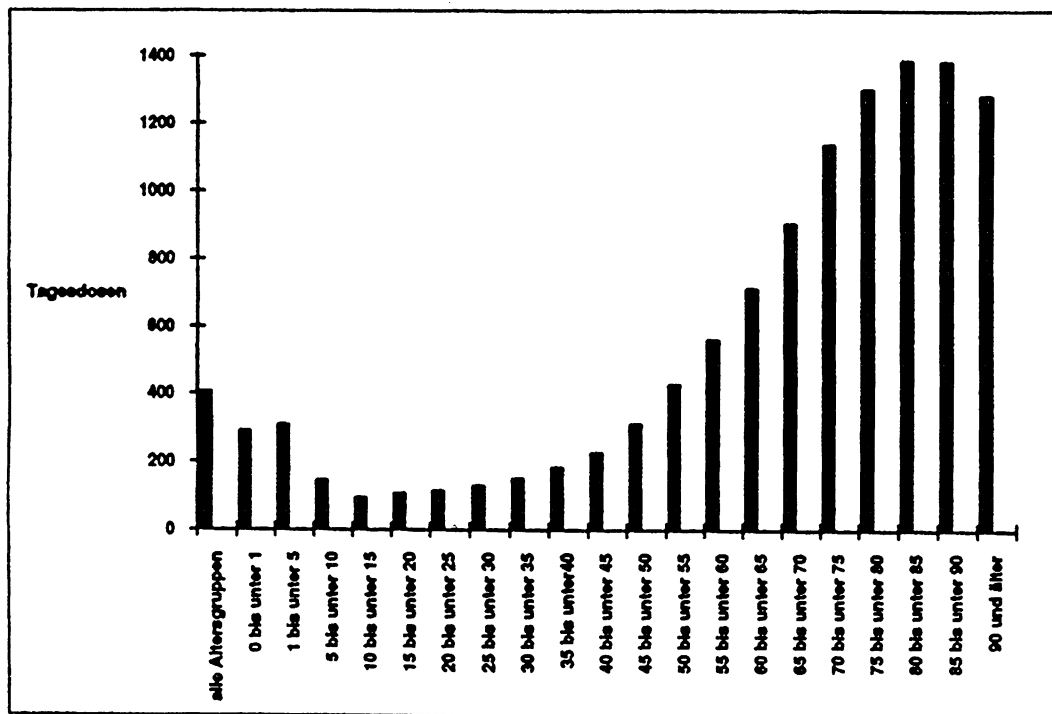
185. Der GKV-Arzneimittelindex informiert über die altersabhängige Inanspruchnahme von Medikamenten, welche die Ärzte zu Lasten der GKV verordneten. Im Jahre 1991 verschrieben sie in den alten Bundesländern im Durchschnitt 13,5 Arzneimittelpackungen mit 405 definierten Tagesdosen, was 1,1 Dosen pro Tag entspricht. Die definierte Tagesdosis bildet die durchschnittliche Dosis eines Medikamentes, die pro Tag für

die Hauptindikation bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von 70 kg Anwendung findet. Die Verwendung der definierten Tagesdosis als Maßeinheit für die Arzneimittelverordnung zielt darauf ab, markttechnisch bedingte Einflüsse, wie z.B. Unterschiede in den Packungsgrößen und Arzneiformen, auszuschalten bzw. zu bereinigen. Eine Aufspaltung des Mittelwertes der jeweiligen definierten Tagesdosen nach Altersgruppen zeigt das in Abbildung 31 dargestellte Verordnungprofil. Danach wiesen die geringste durchschnittliche Verordnungszahl an GKV-Arzneimitteln die 10–14jährigen Kinder mit 92,1 Tagesdosen auf, während auf die 80–84jährigen mit 1.384,4 Tagesdosen die höchste Verordnungszahl entfiel. Die durchschnittliche Zahl der Verschreibungen lag ab der Altersgruppe 50–54 über dem Gesamtdurchschnitt. Die hohe Inanspruchnahme von Medikamenten durch Ältere führte dazu, daß die Versicherten mit einem Lebensalter von 60 und darüber, die 1991 21,5 % der Mitglieder stellten, 55,7 % der Tagesdosen beanspruchten, was dem 2,6fachen ihres Versichertenanteils entsprach.

186. Um den reinen demographischen Effekt auf den Arzneimittelverbrauch zu ermitteln bzw. isoliert herauszuarbeiten, geht die folgende Schätzung davon aus, daß die altersgruppenspezifische Inanspruchnahme von GKV-Arzneimitteln nach Tagesdosen des Jahres 1991 im gesamten Prognosezeitraum, d.h. von 1991 bis 2030, konstant bleibt. Es erfolgt somit keine trendmäßige Fortschreibung der gruppenspezifischen Inanspruchnahme. Weiterhin gilt die Annahme, daß die Entwicklung der Versichertenzahl und -struktur im Vorhersagezeitraum proportional zur Entwicklung der Bevölkerung verläuft. Da heute gut 90 % der Einwohner einer gesetzlichen Krankenkasse angehören, dürften die auf Grund der Bevölkerungsvorausschätzung prognostizierten Werte die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen zumindest tendenziell widerspiegeln.

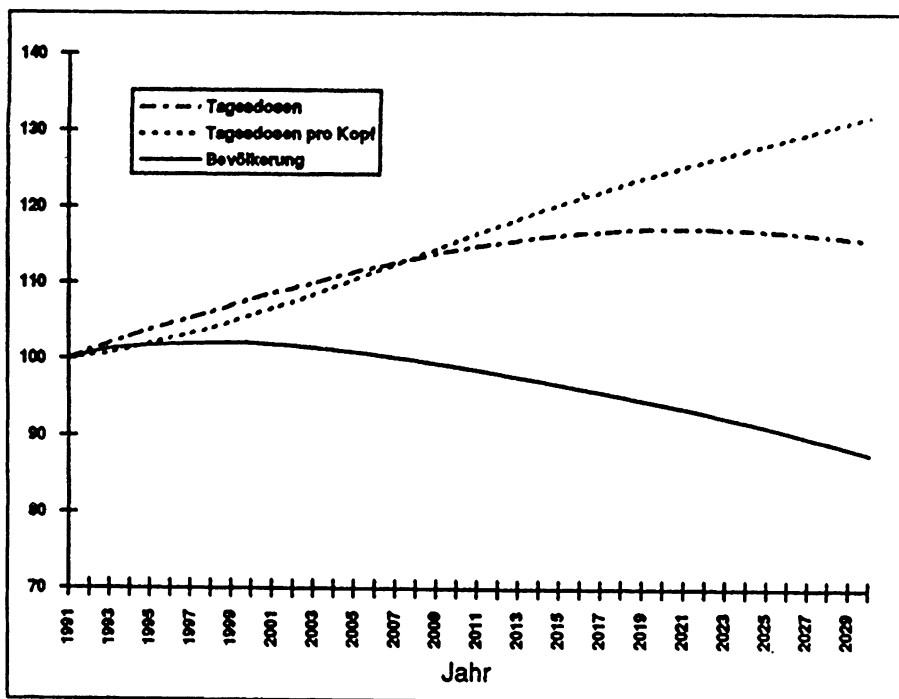
187. Abbildung 32 verdeutlicht die zukünftige Entwicklung der Tagesdosen je GKV-Versicherten und der Tagesdosen insgesamt sowie die Entwicklung der Gesamtbevölkerung jeweils im Verhältnis zum entsprechenden Wert des Jahres 1991 (=100). Danach steigt demographisch bedingt der pro-Kopf-Verbrauch an GKV-Arzneimitteln bis zum Ende des Prognosezeitraums kontinuierlich an. Der prognostizierte Zuwachs je Versicherten bis zum Jahr 2030 beträgt 31,6 % (gegenüber 1991). Mit der Jahrtausendwende flacht der Anstieg des Gesamtverbrauchs wegen der dann schrumpfenden Bevölkerung ab. Der durch die Alterung der Bevölkerung verursachte Zuwachs an Tagesdosen überkompensiert jedoch bis zum Jahr 2021 den durch die sinkende Einwohnerzahl bedingten Rückgang des Verbrauchs, so daß erst ab dem Jahr 2022 der prognostizierte Gesamtverbrauch sinkt. Er übersteigt jedoch im Jahr 2030 immer noch um 15,5 % den Ausgangswert von 1991.

Abbildung 31: Arzneimittelverbrauch in Tagesdosen pro Versicherten in der GKV im Jahre 1991 nach Altersgruppen, alte Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Arzneiverordnungs-Report '92, S. 426f., Tab. 42.2.

Abbildung 32: Schätzung des demographisch bedingten Anstiegs des GKV-Arzneimittelverbrauchs bis zum Jahre 2030 (1991 = 100), alte Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage von Arzneiverordnungs-Report '92, S. 426f. und StBA.

Tabelle 21: Schätzung der jährlichen Veränderung von GKV-Arzneimittelverbrauch und GKV-Arzneimittelausgaben auf Grund demographischer Faktoren

Jahr	Veränderung des jährlichen Verbrauchs an Medikamenten in %	Jährliche Veränderung des Arzneimittelbudgets in Mio. DM
1994	0,89	213,8
1995	0,86	208,7
1996	0,78	190,9
1997	0,67	163,9
1998	0,71	175,5
1999	0,86	213,3
2000	0,83	207,7

Im Zeitraum von 1991 bis 2000 wächst der Gesamtverbrauch in Tagesdosen um 7,6 %. Der Anstieg pro Kopf nimmt um 5,5 % zu, so daß die Alterung der Versicherten 73 % des demographisch bedingten Mengenwachses verursacht. Unter im Zeitraum sonst konstanten Bedingungen (u.a. konstante Preise, keine Änderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen, keine ausgabenintensiven Arzneimittelinnovationen, konstante Arztdichte) bedeutet dies, daß die GKV für Arzneimittel um 7,6 % mehr ausgeben müßte, um im Jahr 2000 dieselbe altersgruppenspezifische Versorgung wie 1991 aufrechtzuerhalten.

188. Wie Tabelle 21 zusammenfaßt, verursacht nach Schätzung des Rates die unterstellte demographische Entwicklung von 1993 auf 1994 eine Zunahme an Tagesdosen um 0,89 %. Dieses Mengenwachstum entspricht bei einer Ausgangsbasis von ca. 24 Mrd. DM einem Anstieg des Arzneimittelbudgets um etwa 213,8 Mio. DM. Die rein demographisch bedingten Zunahmen des Arzneimittelbudgets belaufen sich im Zeitraum von

1994 bis 2000 auf insgesamt 1,37 Mrd. DM. Bei dem unterstellten Ausgangsniveau von 24 Mrd. DM beträgt die Steigerungsrate damit 5,7 %, so daß der Einfluß der demographischen Entwicklung auf die GKV-Arzneimittelausgaben unter sonst konstanten Bedingungen bis zur Jahrtausendwende relativ moderat bleibt.

Wenn die Ergebnisse der Bevölkerungsprognose in etwa zutreffen, ändert sich diese Tendenz für die gesamten Arzneimittelausgaben auch nach dem Jahre 2000 nicht, da die absinkende Versichertenzahl die Zunahme des Medikamentenverbrauchs, die aus dem Alterungsprozeß der Versicherten resultiert, abschwächt. Im Falle einer (Netto-) Zuwanderung, die deutlich über der in der Bevölkerungsprognose unterstellten liegt, kann die Zahl der Versicherten allerdings noch nach dem Jahre 2000 zunehmen, so daß dann Niveau- und Struktureffekt in Richtung einer Ausdehnung der gesamten GKV-Arzneimittelausgaben wirken.

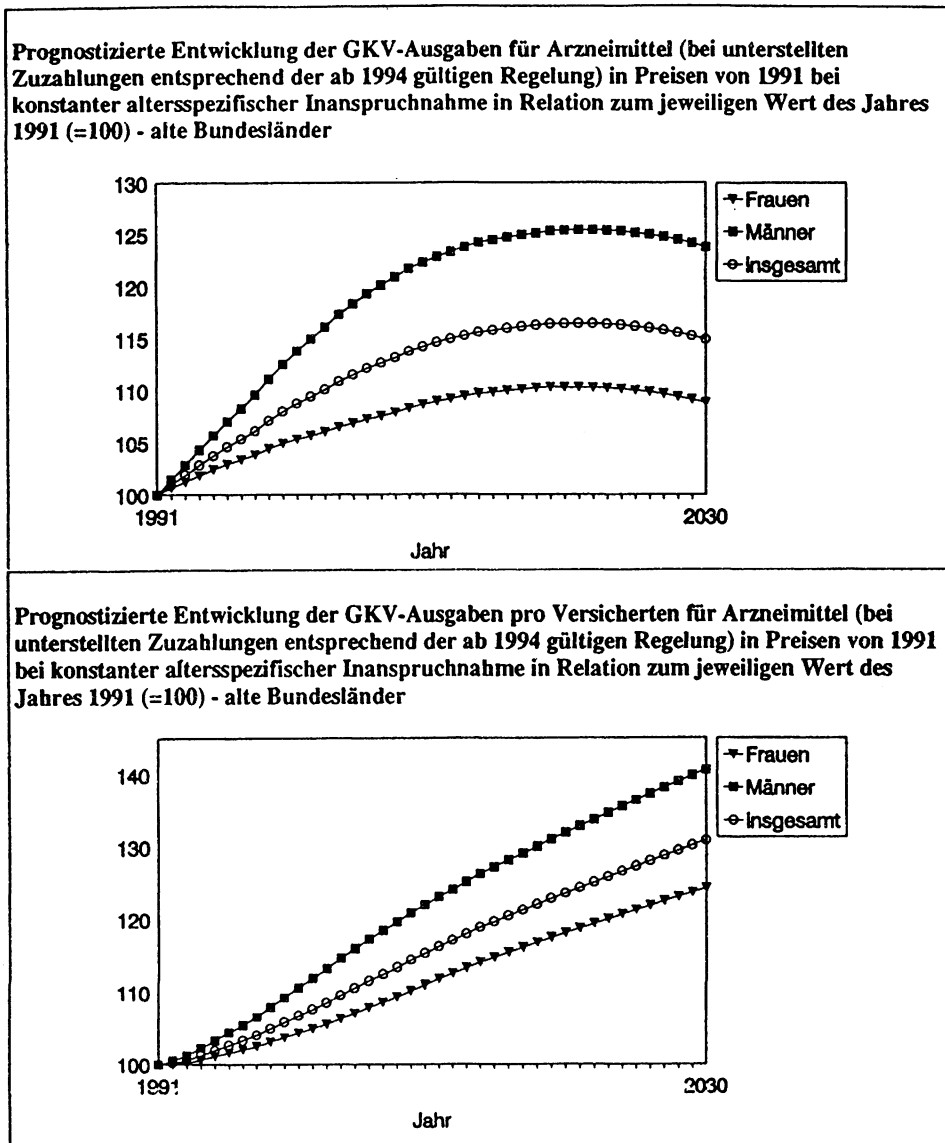
Tabelle 22: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel in Preisen von 1991 bei konstanter altersspezifischer Inanspruchnahme, insgesamt in Mrd. DM und je Versicherten

Jahr	Männer		Frauen		zusammen	
	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100
1991	9,01	100	13,18	100	22,41	100
2000	10,14	112,53	13,83	104,94	23,97	108,03
2010	11,02	122,33	14,33	108,68	25,34	114,22
2020	11,29	125,39	14,54	110,33	25,84	116,44
2030	11,15	123,79	14,35	108,87	25,50	114,93

Jahr	Männer		Frauen		zusammen	
	absolut in DM	Meßziffer 1991=100	absolut in DM	Meßziffer 1991=100	absolut in DM	Meßziffer 1991=100
1991	320,19	100	440,97	100	382,42	100
2000	350,03	109,32	457,60	103,77	404,98	105,90
2010	390,74	122,04	489,57	111,02	441,08	115,34
2020	422,58	131,98	520,99	118,14	472,86	123,65
2030	450,28	140,63	548,25	124,33	500,63	130,91

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage K. Jacobs, A. Knische, P. Reschke, Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1993 und Statistisches Bundesamt.

Abbildung 33: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage K. Jacobs, A. Knische, P. Reschke, Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1993 und Statistisches Bundesamt.

189. Die Ergebnisse dieser Schätzung bestätigen im Hinblick auf das Wachstum des gesamten Arzneimittelverbrauchs und des Pro-Kopf-Verbrauchs eine alternative Prognose, die für die entsprechenden Ausgaben Größen nahezu die gleichen Steigerungsraten aufweist. Die alternative Prognose basiert auf Ausgabenprofilen ebenfalls des Jahres 1991 nach Alter und Geschlecht, wobei diese Datengrundlage die Altersgruppe etwas gröber, d.h. vorwiegend in 5- oder 10-Jahresabschnitten, zusammenfaßt. Diese Ausgabenprofile, die ein Forschungsvorhaben im Auftrag des BMG ermittelte, dienen auch

als Informationsgrundlage zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen. Wie Tabelle 22 zeigt und Abbildung 33 illustriert, nehmen nach dieser Prognose die GKV-Ausgaben für Arzneimittel rein demographisch bedingt bis zum Jahre 2000 um 8 % und bis zum Jahre 2030 um 14,9 % zu. Infolge der ab 1998 sinkenden Gesamtbevölkerung liegt die entsprechende Steigerungsrate der Pro-Kopf-Ausgaben bis zum Jahre 2000 mit 5,9 % etwas niedriger und bis zum Jahre 2030 mit 30,9 % deutlich höher.

Ambulante und stationäre Behandlung

190. Da für diese beiden Behandlungsarten keine isolierten altersspezifischen Daten für die Mengenkompone-
nente vorliegen, stützt sich die Schätzung des Rates hier
ausschließlich auf die Ausgabenprofile des Jahres 1991.

Nach der entsprechenden Schätzung, die Tabelle 23 zu-
sammenfaßt und in Abbildung 34 veranschaulicht wird,
nehmen die GKV-Ausgaben für die ambulante Behand-
lung durch Ärzte bis zum Jahre 2000 um 2,9 % zu, sin-
ken aber bis zum Jahre 2030 wieder auf das Ausgangsnive-
au.

Tabelle 23: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für ambulante Behandlung in Preisen von 1991 bei konstanter altersspezifischer Inanspruchnahme, insgesamt in Mrd. DM und je Versicherten

Jahr	Männer		Frauen		zusammen	
	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100
1991	12,18	100	16,04	100	28,23	100
2000	13,12	107,66	16,52	102,95	29,63	104,98
2010	13,47	110,59	16,53	103,02	30,00	106,29
2020	13,27	108,96	16,25	101,27	29,52	104,59
2030	12,64	103,80	15,58	97,10	28,22	99,99

Jahr	Männer		Frauen		zusammen	
	absolut in DM	Meßziffer 1991=100	absolut in DM	Meßziffer 1991=100	absolut in DM	Meßziffer 1991=100
1991	433,12	100	536,66	100	486,47	100
2000	452,95	104,58	546,29	101,79	500,63	102,91
2010	477,82	110,32	564,81	105,25	522,13	107,33
2020	496,72	114,68	582,03	108,45	540,30	111,07
2030	510,71	117,91	595,08	110,89	554,07	113,90

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage K. Jacobs, A. Knische, P. Reschke, Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1993 und Statistisches Bundesamt

Tabelle 24: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlung in Preisen von 1991 bei konstanter altersspezifischer Inanspruchnahme, insgesamt in Mrd. DM und je Versicherten

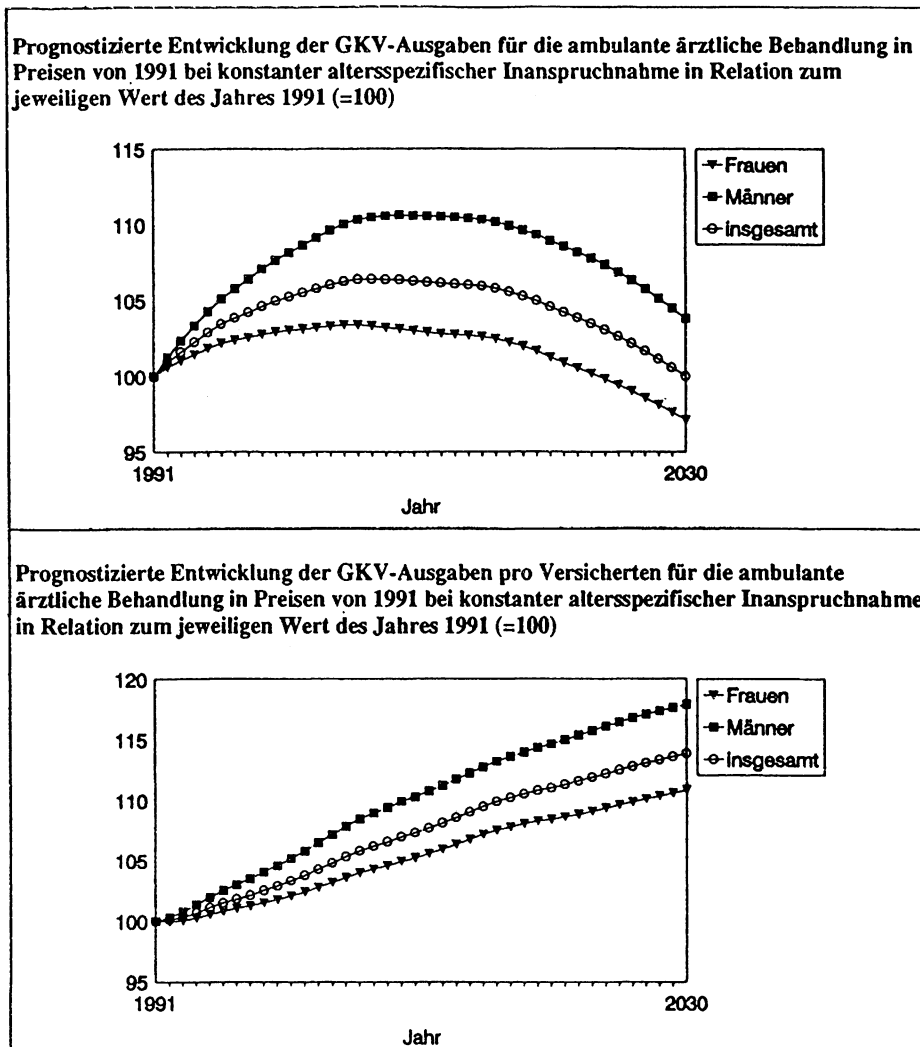
Jahr	Männer		Frauen		zusammen	
	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100	absolut in Mrd. DM	Meßziffer 1991=100
1991	20,37	100	24,05	100	44,42	100
2000	22,42	110,07	25,02	104,04	47,44	106,81
2010	23,94	117,53	25,60	106,47	49,54	111,54
2020	24,29	119,25	25,64	106,63	49,93	112,42
2030	23,66	116,15	25,18	104,71	48,84	109,96

Jahr	Männer		Frauen		zusammen	
	absolut in DM	Meßziffer 1991=100	absolut in DM	Meßziffer 1991=100	absolut in DM	Meßziffer 1991=100
1991	724,28	100	804,31	100	765,52	100
2000	774,46	106,93	827,46	102,88	801,53	104,71
2010	849,16	117,24	874,82	108,77	862,23	112,63
2020	909,05	125,51	918,44	114,19	913,85	119,38
2030	955,74	131,96	961,73	119,57	958,82	125,25

Anmerkungen: Die tatsächliche Ausgaben der GKV für stationäre Behandlung im Jahre 1991 betragen 49,12 Mrd. DM, so daß eine Unterschätzung von 4,7 Mrd. DM vorliegt. Dies entspricht 9,6% der tatsächlichen Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage K. Jacobs, A. Knische, P. Reschke, Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1993 und Statistisches Bundesamt.

Abbildung 34: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für ambulante Behandlung



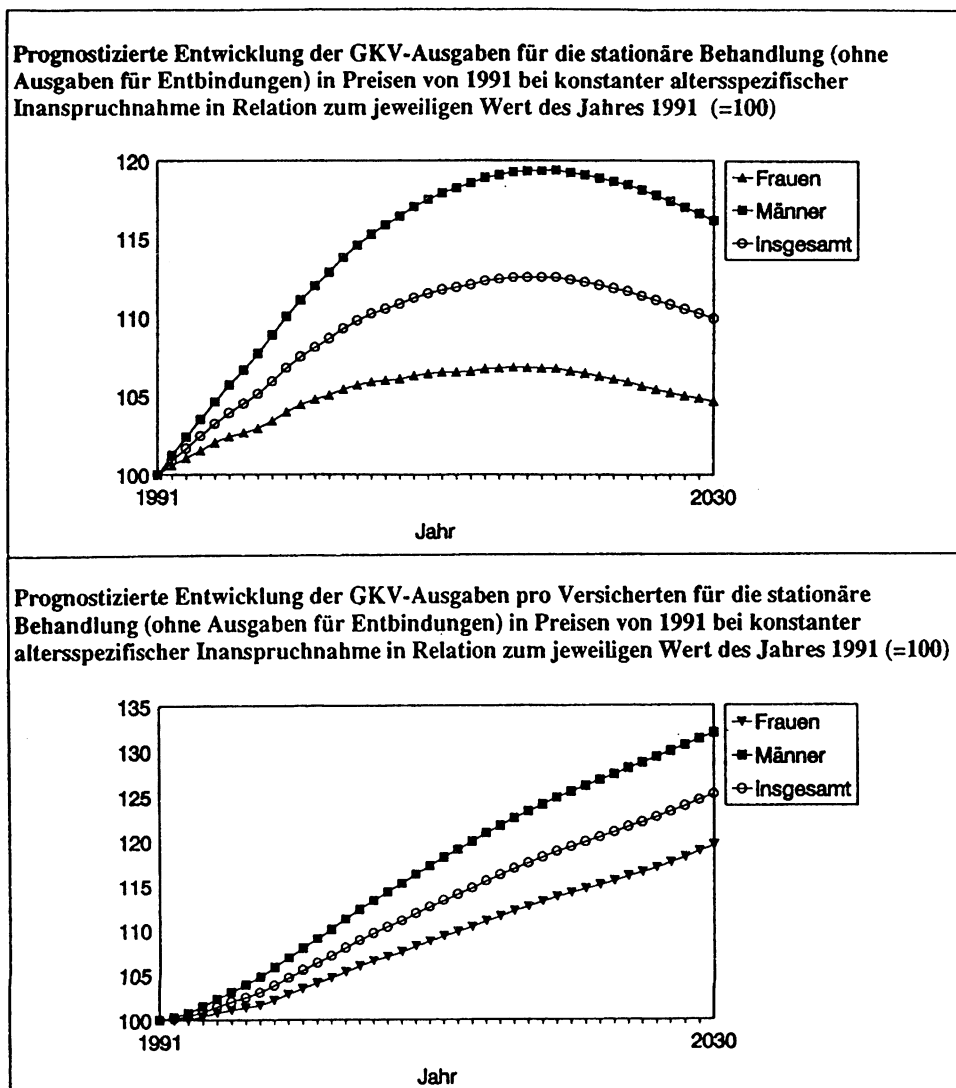
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage K. Jacobs, A. Krusche, P. Reschke, Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1993 und Statistisches Bundesamt.

veau von 1991 ab. Die entsprechenden Pro-Kopf-Ausgaben wachsen bis zum Jahre 2000 um 2,9 % und bis zum Jahre 2030 um 13,9 %. Wie schon die Strukturberreinigung der jeweiligen Ausgabenanteile, die auf die einzelnen Behandlungsarten entfallen, um die Effekte der GKV-Ausgaben für Rentner andeutete (Ziffer 172ff. und Tabelle 18), beeinflusst die demographische Entwicklung die Ausgaben für die Behandlung durch Ärzte in vergleichsweise geringem Ausmaß.

191. Die Ausgaben für die stationäre Behandlung (Tabelle 24 und Abbildung 35) steigen nach dieser Schätzung bis zum Jahre 2000 um 6,8 % und bis zum Jahre 2030 um knapp 10 %. Wie schon bei den beiden

anderen Behandlungsarten nehmen die jeweiligen Pro-Kopf-Ausgaben mit 4,7 % (bis 2000) und 25,3 % (bis 2030) zunächst schwächer und ab 1998 stärker als die (stationären) Gesamtausgaben zu. Im Vergleich zu den Ausgaben für die Behandlung durch Ärzte fallen die demographischen Effekte im Rahmen der stationären Behandlung spürbar stärker aus, bleiben aber etwas hinter jenen bei den Arzneimittelausgaben zurück. Auch diese Resultate gehen konform mit den Ergebnissen der Strukturberreinigung, die das Wachstum des Ausgabenanteils für stationäre Behandlung hauptsächlich der gestiegenen Ausgabenintensität im Krankenhaussektor und weniger der Zunahme der Rentnerhaushalte, d.h. der demographischen Entwicklung im strengen Sinne, zuschrieb.

Abbildung 35: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlung



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage K. Jacobs, A. Knische, P. Reschke, Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1993 und Statistisches Bundesamt.

4.3. Die Entwicklung der Einnahmen der GKV bei unterschiedlichen Annahmen über die wirtschaftliche Entwicklung

192. Bei der Frage des Einflusses der wirtschaftlichen Entwicklung auf den durchschnittlichen Beitragssatz der GKV in den nächsten 15 Jahren geht es um die Schätzung der Ausgaben und Einnahmen der GKV und daraus abgeleitet der zukünftigen Höhe des Beitragssatzes und dabei insbesondere um den Zusammenhang zwischen gesamtwirtschaftlichen Größen und der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV.

Der zukünftige Bedarf an Gesundheitsleistungen und damit der monetäre Bedarf der GKV (= Ausgaben)

hängt – bei gegebenem medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklungsstand sowie weiteren, spezifischen Entwicklungstrends des medizinischen Bedarfs – von der Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten ab. Die Zahl der (freiwilligen und Pflicht-) Mitglieder sowie das Verhältnis zwischen Mitgliedern und beitragsfrei Mitversicherten ist gleichzeitig einer der wesentlichen Faktoren der Entwicklung der Einnahmen der GKV.

Die Analyse der ausgabenseitigen Faktoren sowie die Prognose der wahrscheinlichen Entwicklung der ausschließlich demographisch bedingten Ausgaben der GKV erfolgte in Kapitel 2 (Die finanzielle Situation des Gesundheitswesens) und in Ziffer 185ff.

193. Das Ziel der Analyse des Einflusses der gesamtwirtschaftlichen Entwicklungsdeterminanten auf die Entwicklung der Beitragssätze der GKV ist es, die längerfristigen Entwicklungstrends der einnahmenseitigen Determinanten auf die Beitragssätze bis zum Jahr 2007 zu prognostizieren. Die für diese Projektion nötigen Arbeitsschritte sollen kurz erläutert werden.

Nach der Darstellung des gegenwärtigen Informationsstandes über die Entwicklung der Einnahmen der GKV werden der analytische Zusammenhang zwischen den wesentlichen Determinanten und den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV und die der Prognose zugrundeliegenden Daten sowie die (Prognose-) Annahmen erläutert. In Anlehnung an den jährlich vom BMA zu erstellenden Rentenversicherungsbericht wird der dort gewählte Zeitrahmen (Berichtsjahr plus 15 Jahre) als Prognosezeitraum gewählt. Schließlich werden die Ergebnisse der Projektion erläutert.

194. Ausgangspunkt der Analyse der zukünftigen Entwicklung des Einflusses der Bestimmungsfaktoren der Einnahmen ist die Frage, wie die primären Determinanten die Höhe der Einnahmen der GKV in den nächsten 15 Jahren bestimmen und wie sich schließlich ihr Einfluß auf den künftigen (durchschnittlichen) Beitragssatz der GKV entwickelt. Zu dieser Problemstellung wurden bislang v.a. qualitative Analysen angestellt und gegenwärtig werden zwei empirische Untersuchungen durchgeführt:

- Unter der Überschrift »Bestimmungsfaktoren der Ausgaben- und Einnahmenentwicklung« hat der Rat in seinem Jahresgutachten 1987 (Ziffer 151ff.) und im Rahmen der Erörterung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Jahresgutachten 1989 (insbesondere Ziffer 90ff.) ausführlicher den seinerzeit gegebenen und absehbaren Einfluß dieser Größen auf die Einnahmenseite der GKV erörtert.
- Das BASYS-Institut soll bis Dezember 1993 dem BMG ein Gutachten erstellen, in dem die Schätzung der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV nach § 270 a SGB V bis zum 15. Februar für das laufende Jahr anhand eines gesamtwirtschaftlichen Modells ermöglicht wird. In einem im Februar 1993 vom BASYS-Institut vorgelegten Bericht über »Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV« wurden v.a. die definitorischen Zusammenhänge insbesondere zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und Größen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erläutert.
- Die Enquete-Kommission Demographischer Wandel des deutschen Bundestages hat eine Studie vergeben (Abgabetermin: Dezember 1993) mit dem Auftrag der »Vorausschätzung der Kostenentwicklung in der GKV – unter Berücksichtigung des demographischen Wandels für Gesamtdeutschland bis zum Jahre

2030 – aufbauend auf Kranken- und/oder Rentenversicherungsdaten«.

Aussagen über die längerfristige zukünftige Entwicklung der Einnahmen der GKV sind jedoch lediglich von der letztgenannten Studie der Enquete-Kommission – und hier schwerpunktmäßig im Hinblick auf den demographischen Wandel – zu erwarten. Die Ergebnisse einer Analyse der Zusammenhänge zwischen den primären Determinanten und der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV sollen im folgenden dargestellt werden.

4.3.1. Zum Einfluß der Determinanten auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV

195. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und damit auch der Einnahmen der GKV werden im wesentlichen von der Entwicklung der Brutto-lohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer bestimmt. Abweichungen in der Entwicklung von beitragspflichtigen Einnahmen und der Brutto-lohn- und -gehaltssumme sind v.a. zurückzuführen auf

- a) die Entscheidung von Personen, für die die Versicherungspflicht entfällt (Verbleiben in oder Ausscheiden aus der GKV),
- b) Unterschiede in der Lohn- und Gehaltsentwicklung von in der GKV versicherten und nicht in der GKV versicherten Arbeitnehmern,
- c) die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze,
- d) die Zahl der Sozialhilfeempfänger und Langzeitarbeitslosen und
- e) die Zahl der (nicht versicherungspflichtigen) Teilzeitbeschäftigten (= geringfügig Beschäftigten).

196. Zwischen der Entscheidung von Personen, für die die Versicherungspflicht entfällt, der unterschiedlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung von in der GKV versicherten und nicht in der GKV versicherten Arbeitnehmern sowie der Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze bestehen enge Interdependenzen:

- je mehr freiwillig Versicherte aus der GKV ausscheiden, desto geringer fallen die Einnahmen der GKV aus;
- je höher der Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter der freiwillig Versicherten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze über dem Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter der Pflichtversicherten liegt, desto geringer ist das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV im Vergleich zum Wachstum der Brutto-lohn- und -gehaltssumme;
- wenn der Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV über dem Anstieg der Brutto-lohn- und -ge-

haltssumme liegt, dann steigen die beitragspflichtigen Einnahmen durch einen überproportional steigenden Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen von freiwilligen Mitgliedern in der GKV.

Für die Zeit zwischen 1970 und 1990 kann festgestellt werden, daß der Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze mit rund 300 % um knapp 1/3 höher ausfiel als der Anstieg der Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer (Anhang, Tabelle A 7). Das Verhältnis der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zur Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer (Anhang, Tabelle A 7) hat sich in der Zeit von 1970 (104 %) bis 1979 (129 %) allerdings wesentlich stärker erhöht als in den Jahren von 1980 (127 %) bis 1990 (135 %).

In den Jahren zwischen 1983 und 1990 nahm die Zahl der freiwillig Versicherten in der GKV von 4,6 Mio. auf 4,4 Mio. ab, stieg dann aber wieder um 400.000 auf 4,8 Mio. an (Anhang, Tabelle A 8). Im gleichen Zeitraum wechselten fast 2,2 Mio. Versicherte mehr von der GKV zur PKV als umgekehrt (Anhang, Tabelle A 10). Diese relativ große Zahl von Übertritten zur PKV hatte erhebliche negative Auswirkungen auf die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV.

197. Tendenziell kann man davon ausgehen, daß sich die Zahl der Sozialhilfeempfänger grundsätzlich einkommensmindernd auf die GKV auswirkt, da die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen von Sozialhilfeempfängern niedriger sind als die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen von abhängig erwerbstätigen Versicherten in der GKV. Sozialhilfeempfänger in der GKV werden als freiwillige Mitglieder versichert und damit werden ihre Beiträge zur GKV nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (§ 240 Abs. 1 SGB V) bemessen. Damit werden die Sozialhilfeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (laufende Hilfen zum Lebensunterhalt; Hilfen in besonderen Lebenslagen) und die (auf die Sozialhilfeleistungen anzurechnenden) Einkünfte des Sozialhilfeempfängers zur Beitragsbemessung herangezogen. Die Beitragsbemessung wird bei freiwilligen Mitgliedern durch Satzung der Kassen geregelt. Aus diesem Grunde, wegen der heterogenen Kassenstruktur und mangels Daten über die Zahl der in der GKV versicherten Sozialhilfeempfänger kann die Höhe der Einnahmen der GKV von Sozialhilfeempfängern nicht genau beziffert werden.

198. Insbesondere der Anstieg der Zahl der Langzeitarbeitslosen und von Arbeitslosen, die vor ihrer Arbeitslosmeldung nicht beschäftigt waren (v.a. Schüler und Studenten über der Altersgrenze nach § 10 Abs. 2 SGB V), hat einen direkten negativen Effekt auf die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV. Anders als bei diesem Personenkreis liegt den Beiträgen zur GKV von Beziehern von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe deren zuletzt erzielt Versicherungspflichtiges Bruttogehalt zugrunde. Ab dem 01.01.1995 wirkt sich die Zahl

aller Arbeitslosen negativ auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV aus, da ab diesem Zeitpunkt nur noch 80 % des zuletzt bezogenen Bruttoarbeitsentgelts der Beitragszahlung der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV zugrundegelegt wird (§ 157 AFG und Art. 35 Ziffer 14 Renten-Reformgesetz 1992).

199. Der Anstieg der Zahl der sozialversicherungsfrei (= geringfügig) Beschäftigten auf fast 4,5 Mio. in ganz Deutschland, davon 3,8 Mio. in den alten Bundesländern (Stand: 1992), wirkt sich negativ auf die Beitrags-einnahmen der GKV aus. In einer vom BMA 1987 an die ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH in Auftrag gegebenen und 1992 wiederholten Untersuchung wurden Umfang und Struktur sozialversicherungsfreier Beschäftigung ermittelt (BMA-Forschungsbericht Nr. 181a). Zu den ausschließlich sozialversicherungsfrei Beschäftigten zählen alle Beschäftigten, die weniger als 15 Stunden pro Woche arbeiten und deren monatliches Arbeitsentgelt unterhalb der Entgeltgrenze für geringfügig Beschäftigte von derzeit 560.- DM in den alten und 440.- DM in den neuen Bundesländern (01.01.1994) liegt (§ 8 SGB IV). Zu den ausschließlich sozialversicherungsfrei Beschäftigten zählen nicht diejenigen Arbeitnehmer, die neben ihrer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Hauptberuf noch eine geringfügige (sozialversicherungsfreie) Nebentätigkeit ausüben. Eine geringfügige Nebentätigkeit übten 1992 1,2 Mio. Beschäftigte in den alten und 0,3 Mio. Beschäftigte in den neuen Bundesländern aus.

Würden sowohl die ausschließlich sozialversicherungsfreien Beschäftigungsverhältnisse als auch die sozialversicherungsfreien Nebentätigkeiten sozialversicherungspflichtig gemacht (Wegfall der Geringfügigkeitsgrenze), könnte nach Berechnungen der ISG GmbH auf Basis der Beitragseinnahmen des Jahres 1991 die GKV in den alten Bundesländern mit maximal 3,3 Mrd. DM Mehreinnahmen rechnen.

200. Die Finanzkraft der GKV wird auch von den beitragspflichtigen Einnahmen der Rentenbezieher und damit vom Rentenniveau beeinflusst, wobei seit 1992 die jährliche Rentenanpassung nicht nur nach der Entwicklung des Bruttoentgelts vorgenommen wird (»Bruttoanpassung«), sondern zusätzlich die Abgabenbelastung bei Beitragszahlern berücksichtigt wird (»Nettoanpassung«). Es besteht also eine Korrelation zwischen dem Rentenniveau und den Beitragseinnahmen der GKV. Je höher der Beitragssatz zur GKV, desto geringer fällt die Rentenanpassung im folgenden Jahr aus und damit wiederum der Anstieg der Beitragseinnahmen der Krankenversicherung der Rentner (Kapitel 3 Beitragssatzstabilität und einkommensorientierte Ausgabenpolitik). Die Entwicklung der Zahl der zukünftigen Rentenbezieher (Rentnerquotient = Anzahl der Rentner / je 100 Beitragszahler) wird auf Grundlage der Berechnungen des BMA zum Rentenversicherungsbericht ermittelt.

201. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme je abhängig Beschäftigten determiniert im wesentlichen die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV. Damit wird die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen grundsätzlich über die gleichen Größen bestimmt wie die Bruttolohn- und -gehaltssumme:

- die demographische Entwicklung,
- die Erwerbsquote und
- die Lohn- und Gehaltsentwicklung.

Diese Einflußfaktoren der Bruttolohn- und -gehaltssumme und damit der beitragspflichtigen Einnahmen gilt es zu operationalisieren.

4.3.2. Die demographische Entwicklung

202. Von der Zahl der künftig ins Erwerbsleben tretenden Personen hängt – neben anderen Faktoren – im wesentlichen die Zahl der Beitragszahler in der GKV ab. Grundlage für die Darstellung der demographischen Entwicklung ist das Ergebnis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Ziffer 177ff.).

4.3.3. Die Zahl der Erwerbspersonen und der versicherungspflichtig Beschäftigten

203. Die Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme ist unmittelbar abhängig von der Zahl der zukünftig ins Erwerbsleben tretenden abhängig Beschäftigten. Für den zugrundeliegenden Prognosezeitraum bis zum Jahr 2007 sind die bis zu diesem Zeitpunkt ins Erwerbsleben tretenden Personen bereits geboren. Außerdem hängt die Zahl der Erwerbspersonen auch von der Zahl der zuwandernden (Erwerbs-) Bevölkerung ab. In der 7. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes wird für den Zeitraum von 1990 bis 2007 von einem Wanderungsüberschuß für das gesamte Bundesgebiet von 3,5 Mio. ausgegangen (Tabelle 19 und Ziffer 180). Grundsätzlich kann die Entwicklung der Zahl der Erwerbspersonen bis zum Jahre 2007 also aus der Bevölkerungsvorausberechnung sowie bestimmter Annahmen über die Entwicklung der Erwerbsquote abgeleitet werden.

204. Entscheidend für die Einnahmensituation der GKV ist jedoch die Entwicklung der Zahl der versicherungspflichtig Beschäftigten. Die voraussichtliche Entwicklung dieser Zahl kann – analog zur Zahl der Pflichtmitglieder in der GRV – auf Grundlage der Annahmen im Rentenversicherungsbericht 1993 geschätzt werden. Da die Zahl der Beamten und Selbständigen in den neuen Bundesländern noch zunehmen wird, ist dort mit einem Rückgang des Anteils der in der GKV versicherten abhängig Beschäftigten zu rechnen.

205. Unter der Annahme, daß mit Überwindung der gegenwärtigen Rezession nicht nur die Beschäftigung

zunimmt, sondern auch die Zahl der Erwerbslosen abnimmt oder zumindest nicht kompensierend ansteigt, kann grundsätzlich von einem positiven Einfluß der Arbeitsmarktentwicklung auf die Zahl der Mitglieder der GKV und damit auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ausgegangen werden. Für den Zeitraum von 1993 bis 1997 werden die Annahmen im Rentenversicherungsbericht 1993 zugrunde gelegt, nach denen die Arbeitslosigkeit sowohl in den alten, als auch in den neuen Bundesländern abnehmen wird (Anhang, Tabelle A 11). Für die 15-Jahresprognose im Rentenversicherungsbericht 1993 ist in den drei verschiedenen Entwicklungsszenarien die Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen in die Beschäftigungsprognose eingearbeitet worden (Anhang, Tabellen A 12 und A 13).

4.3.4. Die Lohn- und Gehaltsentwicklung

206. Für die Entwicklung der Bruttodurchschnittsentgelte der Versicherten in den nächsten 15 Jahren muß »...wegen der zahlreichen Unsicherheiten bei der Lohnentwicklung nicht mit einer, sondern mit drei Annahmereihe gerechnet...« werden (Rentenversicherungsbericht 1993, S. 44). In den alten Bundesländern geht man ab 1995 von gleichbleibenden jährlichen Zuwachsraten von nominal 3 %, 4 % und 5 % aus. Für die neuen Bundesländer »...wird modellmäßig ... angenommen, daß bis 2000 90 v.H. und bis 2005 95 v.H. des Lohnniveaus der jeweiligen Variante für die alten Bundesländer erreicht werden.« (Rentenversicherungsbericht 1993, S. 44 und Anhang, Tabellen A 15 – A 20).

4.3.5. Prognose der zukünftigen Entwicklung der Einnahmen der GKV

Prognose der Zahl der Mitglieder der GKV

207. Die beitragspflichtigen Einnahmen werden maßgeblich über die Zahl der Pflichtmitglieder, der freiwilligen Mitglieder und der Rentenbezieher bestimmt. Unter der Annahme, daß sich die Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) in der GKV analog zu den Beitragszahlern in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten entwickelt (Anhang, Tabelle A 12), ergibt sich, daß sich die Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) in den alten Bundesländern von 23,2 Mio. im Jahr 1992 bei niedriger Beschäftigungsentwicklung um ca. 0,8 % auf 23,4 Mio., bei mittlerer Beschäftigungsentwicklung um ca. 3,8 % auf 24,1 Mio. und bei höherer Beschäftigungsentwicklung um ca. 7,4 % auf 24,9 Mio. bis zum Jahre 2007 erhöhen wird (Anhang, Tabelle A 21).

In den neuen Bundesländern würde sich nach den Annahmen im Rentenversicherungsbericht (Anhang, Tabelle A 13) die Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) von 8,02 Mio. im Jahr 1992 bei niedriger Beschäftigungsentwicklung um ca. 2,4 % auf 8,21 Mio., bei mittlerer Beschäftigungsentwicklung um ca. 3,7 % auf 8,32

Mio. und bei höherer Beschäftigungsentwicklung um ca. 6,7 % auf 8,56 Mio. bis zum Jahre 2007 erhöhen (Anhang, Tabelle A 22).

208. Der Anteil der freiwilligen Mitglieder in der GKV dürfte sich in den alten Bundesländern nicht wesentlich verändern. Unter der Annahme, daß der Anteil der freiwilligen Mitglieder an allen Mitgliedern (einschließlich Rentner) der GKV mit ca. 12 % über den Zeitraum der nächsten 15 Jahre in etwa konstant bleibt (Anhang, Tabelle A 8), würde sich – analog zu den drei unterschiedlichen Annahmen über die Wachstumsraten der Zahl der Pflichtmitglieder – die Zahl der freiwilligen Mitglieder von 4,82 Mio. im Jahre 1992 auf 4,86 Mio., 5,0 Mio. bzw. 5,18 Mio. bis zum Jahre 2007 geringfügig erhöhen.

Unter der Annahme, daß sich bis spätestens 2007 das Lohnniveau und in etwa auch die Beschäftigungsstruktur sowie die Verhaltensweisen der Versicherten in den neuen Bundesländern allmählich den Verhältnissen in den alten Bundesländern anpassen, würde dies bedeuten, daß der Anteil der freiwilligen Mitglieder an allen Mitgliedern (einschließlich Rentner) von 4,4 % im Jahre 1992 (Anhang, Tabelle A 9) auf ebenfalls ca. 12 % steigen wird. Von gegenwärtig 511.000 freiwillig Versicherten dürfte dann deren Zahl analog zu den drei Szenarien auf 1,43 Mio. bei der untersten Annahme, auf 1,45 Mio. bei der mittleren und 1,49 Mio. bei der höheren Annahme über die Beschäftigungsentwicklung bis zum Jahre 2007 steigen.

209. Wie in Ziffer 199 ausgeführt, kann auf Grundlage der vom BMA geschätzten Entwicklung des Rentnerquotienten (Anhang, Tabelle A 14) abgeleitet werden, wie sich die Zahl der Rentner in der GKV in den nächsten 15 Jahren entwickeln wird.

In den alten Bundesländern würde sich die Rentnerquote (Rentner je 100 Pflicht- und freiwillige Mitglieder in der GKV) von 39,6 im Jahre 1992 auf ca. 50,6 im Jahre 2007 erhöhen. Demnach steigt die Zahl der Rentner in der GKV von 11,25 Mio. im Jahre 1992 – gemäß den drei Szenarien – auf ca. 14,5 Mio., 14,9 Mio. bzw. 15,4 Mio. bis zum Jahre 2007.

In den neuen Bundesländern würde sich die Rentnerquote von 35,7 im Jahre 1992 auf 51,6 im Jahre 2007 erhöhen. Die Zahl der Rentner in der GKV steigt dann von 3,05 Mio. im Jahre 1992 auf 4,55 Mio., 4,71 Mio. bzw. 4,74 Mio. bis zum Jahre 2007 an.

210. Die tatsächliche Entwicklung der Rentnerzahl ist jedoch auch abhängig von der konjunkturellen Lage, da insbesondere in Rezessionsphasen Unternehmungen vermehrt von der Möglichkeit Gebrauch machen, Beschäftigten, die über 58 Jahre alt sind, zu kündigen (sog. »58er Regelung«, § 105 c AFG). Diese praktisch nicht mehr vermittelbaren Arbeitslosen können dann mit 60 Jahren Altersruhegeld für Arbeitslosengeldbezieher beantragen. Ebenso dürften in rezessiven Phasen bei der

Beurteilung von Erwerbsunfähigkeit weniger strenge Maßstäbe angelegt werden. So geht ein niedriger Beschäftigungsstand tendenziell mit einer höheren Zahl an vorzeitigen Rentenbeziehern einher. Dieser Effekt mindert sich in dem Maße wie die Arbeitslosigkeit zurückgeht.

Prognose der beitragspflichtigen Einnahmen

211. Nach den in den Ziffern 194ff. gemachten Annahmen über die wesentlichen Unterschiede in der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und der Brutto- und -gehaltssumme sowie den Annahmen über die Determinanten der beitragspflichtigen Einnahmen in den Ziffern 200ff. soll nun der Versuch unternommen werden, die nominale Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV bis zum Jahre 2007 zu schätzen. Dieser Prognose liegen die Vorausschätzungen der Brutto- und -gehaltssumme von 1993 bis zum Jahre 2007 im Rentenversicherungsbericht 1993 nach drei verschiedenen Wachstumsszenarien zugrunde. Die Prognosen werden für die alten und neuen Bundesländer getrennt durchgeführt, auch wenn bis zum Jahr 2007 die getrennte Rechnungslegung der GKV aufgehoben sein dürfte. Die dabei jeweils für die alten und neuen Bundesländer nach verschiedenen jährlichen Veränderungsrate berechneten absoluten Werte der Brutto- und -gehaltssumme können den Tabellen A 15 – A 20 im Anhang entnommen werden. Unter der Annahme, daß der Einfluß der in den Ziffern 200ff. genannten Determinanten auf die beitragspflichtigen Einnahmen über den gesamten Zeitraum gleich bleibt, dürften sich die beitragspflichtigen Einnahmen analog zu den drei Wachstumsszenarien der Brutto- und -gehaltssumme entwickeln.

212. Für die alten Bundesländer wird in der untersten Variante ein Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter je beschäftigtem Arbeitnehmer von 48.176 DM im Jahre 1993 auf 72.304 DM im Jahre 2007 prognostiziert. Analog dazu dürften sich die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied um fast 53 % von 41.362 DM im Jahre 1993 um durchschnittlich 3 % pro Jahr auf 63.169 DM im Jahre 2007 erhöhen (Anhang, Tabelle A 15).

Nach der mittleren Annahme würde ab 1995 ein jahresdurchschnittliches Wachstum der Bruttolöhne von 4 % erreicht. Entsprechend dazu würden die beitragspflichtigen Einnahmen von 41.362 DM im Jahre 1993 um 73 % auf 71.624 DM im Jahre 2007 steigen (Anhang, Tabelle A 16).

Die optimistischste Annahme geht davon aus, daß die Bruttolöhne bis 2007 mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 5 % pro Jahr steigen. Demzufolge würden die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV von 41.362 DM im Jahre 1993 um 96 % auf 81.111 DM im Jahre 2007 steigen (Anhang, Tabelle A 17).

213. Für die neuen Bundesländer wird in den drei Szenarien des Rentenversicherungsberichts 1993 für die Brutto-lohn- und -gehaltssumme jeweils ein etwas höheres jährliches Wachstum angenommen als für die alten Bundesländer. Außerdem wird davon ausgegangen, daß zwischen 1993 und 2000 höhere Wachstumsraten erzielt werden als in den Jahren 2001 bis 2007 (Anhang, Tabellen A 18 – A 20).

In der untersten Variante wird ein Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter je beschäftigtem Arbeitnehmer von 32.546 DM im Jahre 1993 auf 70.189 DM im Jahre 2007 prognostiziert. Dementsprechend würden die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV um 115 % von 27.985 DM auf 60.091 DM steigen (Anhang, Tabelle A 18).

Nach der mittleren Variante würden die Bruttolöhne von 32.546 DM im Jahre 1993 auf 79.582 DM im Jahre 2007 steigen. Analog dazu wird ein Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen um 144 % von 27.985 DM auf 68.314 DM prognostiziert (Anhang, Tabelle A 19).

Nach dem optimistischsten Szenario würden die Bruttolöhne von 32.546 DM auf 90.125 DM steigen. Demzufolge erreichten die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei einem Anstieg von 27.985 DM im Jahre 1993 auf 77.142 DM im Jahre 2007 ein Wachstum von 176 % (Anhang, Tabelle A 20).

214. Um die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen der GKV bis zum Jahre 2007 nach den verschiedenen Szenarien zu ermitteln, werden nun die geschätzten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV mit der Zahl der prognostizierten Pflicht- und freiwilligen Mitglieder ohne Rentner und ohne Studenten multipliziert. Dabei werden nur jeweils die unteren, mittleren und oberen Szenarien miteinander kombiniert.

215. Für die alten Bundesländer ergibt sich durch die Kombination der unteren Varianten von 27,712 Mio. Mitgliedern (ohne Rentner; ohne Studenten = Quote von 1,75 % der Mitglieder ohne Rentner) mit 63.169 DM beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied eine Gesamtsumme von 1.750,54 Mrd. DM beitragspflichtiger Einnahmen der GKV im Jahre 2007. Bei der Kombination der mittleren Varianten ergeben sich beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von 2.045,94 Mrd. DM und aus den oberen Varianten ergibt sich die Summe von 2.395,29 Mrd. DM beitragspflichtiger Einnahmen im Jahre 2007. Die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen der GKV würden nach diesen drei Szenarien somit zwischen 1993 und 2007 um 56 %, 82 % oder 113 % steigen.

216. In den neuen Bundesländern ergibt sich bei einer Kombination der unteren Varianten von 9,64 Mio. Mitgliedern ohne Rentner mit 60.091 DM beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied die Summe von 579,28 Mrd. DM beitragspflichtiger Einnahmen der GKV im Jahre 2007. Nach der mittleren Annahmenkombination ergeben sich 667,43 Mrd. und nach der oberen Annahmenkombination 775,28 Mrd. DM beitragspflichtige Einnahmen der GKV im Jahre 2007.

4.4. Fazit

217. Aus der Analyse des Einflusses der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Finanzlage der GKV geht hervor, daß durch die voraussichtliche demographische Entwicklung allein bei gleichbleibenden medizinischen und ökonomischen Bedingungen keine dramatische Verschlechterung der finanziellen Situation der GKV in den nächsten 15 Jahren zu befürchten ist.

Vom Angleichungsprozeß der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern dürfte – auch unter Berücksichtigung von Nachholeffekten in einigen Leistungsbereichen – kein ins Gewicht fallender Ausgabenschub für die GKV zu erwarten sein.

218. Die größten Unsicherheiten gehen vom Einfluß der wirtschaftlichen Entwicklung auf die Einnahmen der GKV aus. Nur unter optimistischen Annahmen über die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen wird kein Druck auf den durchschnittlichen Beitragssatz ausgehen.

Die künftige Finanzlage der GKV wird von folgenden Faktoren beeinflusst, deren quantitative Auswirkungen hier schwer zu prognostizieren sind. Hierzu gehören insbesondere:

- der Einfluß des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts auf die Ausgaben der GKV;
- der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung, um eine altersgemäße körperliche und geistige Funktionalität aufrechtzuerhalten;
- die Entwicklung der Frauenerwerbsquote, der Flexibilisierung der Arbeitszeit, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit;
- die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen;
- die Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten.

Der Rat wird sich bemühen, die vermutbare Entwicklung dieser Faktoren im Endbericht näher zu analysieren.

5. Medizinische Orientierung und Handlungsbedarf

219. Bei der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht die Aufforderung zum Handeln das ganze Spektrum von der Einzelperson über die Wissenschaft bis zu den verschiedenen Verbänden einschließlich nichtmedizinischer Berufe. Ärzte und ihre Organisationen sind in erster Linie gefordert, wenn es um die Kriterien und die Durchführung der Qualitätssicherung geht. Der Verordnungsgeber und seine Projektträger müssen sich dringend dem Problem der Weiterentwicklung der Diagnostik, Dokumentation und der Verwirklichung einer besseren Leistungstransparenz widmen; hier besteht aber noch Forschungsbedarf und die Notwendigkeit, das administrative Management in der Medizin zu verbessern. Die Verbesserung der Ausbildung zum Arzt erfordert eine Neufassung der Approbationsordnung. Auch die bestehenden Zulassungsregelungen für Studium und Niederlassung und die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (als verbindende Patientenbehandlung in Praxis und Krankenhaus) müssen weiter problemorientiert verbessert werden.

Bei den nachfolgenden Darstellungen werden Themen ausgewählt. Weitere Themen, die im vorliegenden Sachstandsbericht noch nicht enthalten sind, die aber aller Voraussicht nach im Sondergutachten 1994 zur Diskussion gestellt werden sollen, sind:

- Forschungsförderung und -finanzierung,
- Perspektiven der wissenschaftlichen, technologischen Entwicklung und Fortschrittsfolgekosten,
- Weiterentwicklung der Gebührenordnung,
- Entwicklung auf dem Arzneimittelmarkt,
- ärztliche Fort- und Weiterbildung,
- zunehmendes Alter der Patienten und ihre geriatrische/gerontologische Versorgung.

5.1. Gesundheitsförderung und Prävention

5.1.1. Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe

220. In der Diskussion werden verschiedene Begriffe in nicht immer eindeutiger Abgrenzung verwendet, wie z.B.

- Gesundheitsförderung,
- primäre, sekundäre und tertiäre Prävention,
- Krankheitsfrüherkennung.

Bei der Gesundheitsförderung handelt es sich um Maßnahmen unspezifischer Vorbeugung, die die Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens einschließlich der Vermeidung körperlicher oder seelischer Erschöpfungs- oder vorzeitiger Abnutzungsprozesse sowie die Steigerung unspezifischer Krankheitsresistenz einschließlich der Sicherung individueller und zunehmend auch globa-

ler gesundheitlicher Lebensgrundlagen beinhalten. Die Gesundheitsförderung umfaßt das weite Feld der politisch-administrativ durchzusetzenden Risikominderung (sicherer Schulweg), moralisch-ethische Verhaltensempfehlungen (*safer sex*), die psychologisch-pädagogische Verhaltensbeeinflussung (gesunde Ernährung, Genußgifte) und vieles andere mehr.

Vorbeugende präventive Maßnahmen dienen dazu, den Eintritt eines Schadensfalles durch gezielte Maßnahmen zu verhindern oder zu verzögern (Primärprävention), oder die Verschlimmerung eines bestehenden Schadens zu verhüten (Sekundärprävention). Daneben ist die tertiäre Prävention die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Krankheit mit dem Ziel, eine Verschlimmerung zu verhüten (JG 1988 Ziffer 283).

Die Präventionsmaßnahmen können sich zum einen auf das Verhalten von Personen und Gruppen beziehen (Verhaltensprävention). Zu unterscheiden ist dann zwischen präventiven Maßnahmen, die potentiell jeden betreffen können (bevölkerungsorientiert) und Maßnahmen, die sich an spezielle Risikogruppen wenden.

Zum zweiten kann sich die Prävention auf Veränderungen in technischen und sozialen Umwelten beziehen (Verhältnisprävention).

Durch die Komplexität der benutzten Begriffe, die Vielfalt der möglichen Ansatzpunkte und Maßnahmen und durch die Vielzahl der Einrichtungen ist es nahezu unmöglich, in diesem Sachstandsbericht einen systematischen und umfassenden Überblick über diesen Themenkomplex zu erstellen. Die hier der Illustration dienenden Beispiele der Prävention sind eher zufällig als systematisch ausgewählt.

221. Zur Vereinfachung sollen im folgenden unter dem Begriff ‚Prävention‘ alle Maßnahmen der Krankheitsverhütung verstanden werden, die eindeutig indiziert sind, weil ihnen Risiken zugrunde liegen, die wirksam beeinflusst werden können. Eine wirksame Prävention kann sich auf die drei Dimensionen gewonnene Lebensjahre, verbesserte Lebensqualität und ersparte direkte und indirekte Kosten beziehen (Tabelle 25).

Die folgende Analyse bezieht sich gleichermaßen auf die Gesundheitsförderung (d.h. nicht auf spezifische Krankheiten abhebende Maßnahmen), die primäre Prävention mit gezielter Maßnahmen gegen bestimmte Krankheits-Risikofaktoren als auch auf die Früherkennung von Krankheiten (d.h. die Aufdeckung von noch symptomfreien Erkrankungen im Frühstadium).

Generell sollte unterschieden werden zwischen Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssystems (z.B. gesunde Ernährung, sportliche Freizeitbeschäftigung etc.) und innerhalb des Gesundheitssystems. Im folgenden werden vor allem die letzteren angesprochen.

222. Investitionen in die eigene Gesundheit, auch dann, wenn noch keine offene Erkrankungssymptomatik

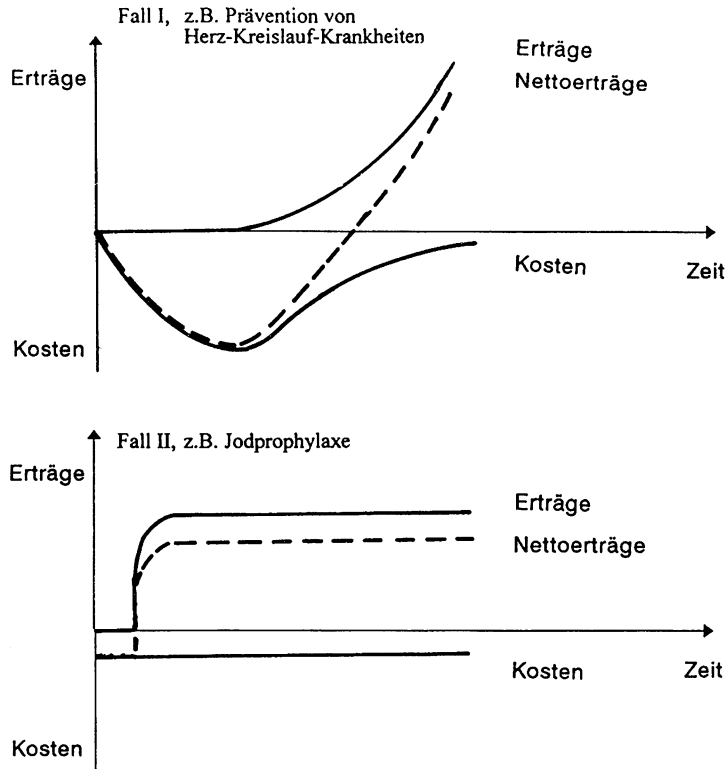
Tabelle 25: Ziele, Nutzen und Aufwand von Prävention

Ziele	Aufwand und Folgewirkungen
Präventionsziele	Nebenwirkungen
<p>Mehr Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhütung vorzeitiger Erkrankung - Verminderung des Krankheitsrisikos - Vermeidung von Krankheit - Verhinderung von Nebenwirkungen - höhere Lebenserwartung <p>Verbesserung der Lebensqualität bei Krankheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Freiheit von Schmerz - psychische Entlastung 	<p>Beeinträchtigung der Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Nebenwirkungen der Präventionsmaßnahme selbst (z.B. Strahlenbelastung beim Röntgen) - durch Folgewirkungen der Präventionsmaßnahme (z.B. Impfschäden) <p>Beeinträchtigung der Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Nebenwirkungen - als psychosoziale Folgen eines präventionsbedingt gesünderen Lebens (z.B. beim Verzicht auf Genußmittel)
Direkter Nutzen	Direkte Kosten
<p>Einsparungen durch nicht notwendige Behandlungskosten</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei den Ausgabenträgern - bei den Betroffenen 	<p>Kosten der Präventionsmaßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei den Ausgabenträgern - bei den Betroffenen <p>Kosten der Folgebehandlung bei Diagnose einer Krankheit durch die Präventionsmaßnahme (z.B. durch Gruppen- oder Individualprophylaxe bei Zahnerkrankungen)</p> <p>Kosten der Behandlung unerwünschter Nebenwirkungen (z.B. Impfschäden)</p>
Indirekter Nutzen	Indirekte Kosten
<p>Verlängerung der Zeit für Beruf, Familie, Freizeit</p> <p>Steigerung der Produktivität der Arbeit</p> <p>Positive Wachstums- und Struktureffekte durch einen besseren Gesundheitszustand</p>	<p>Höhere Gesundheitsausgaben während verlängerter Lebenszeit</p>

besteht, liegen im wohlverstandenen Interesse des einzelnen. Bei einem entwickelten Gesundheitsbewußsein (wie es am ehesten bei der Sorge der Eltern um den Schutz der Kinder gegeben ist) läge angesichts der üblicherweise geringen Aufwendungen kaum ein Bedarf vor, seitens einer Versicherung oder sogar des Staates unterstützend oder motivierend einzugreifen.

223. Kosten und Erträge (als monetär bewerteter Nutzen) der Prävention können je nach zu vermeidender Morbidität und Mortalität unterschiedliche zeitliche und strukturelle Muster und unterschiedliche ökonomische Ergebnisse aufweisen. Abbildung 36 zeigt unterschiedliche Zeitprofile der Kosten, Erträge und Nettoerträge für Präventionsmaßnahmen (I. z.B. für Herz-Kreislauf-Krankheiten, II. z.B. für Jodprophylaxe).

Abbildung 36: Unterschiedliche Zeitprofile der Kosten, Erträge und Nettoerträge von Präventionsmaßnahmen



Das Auftreten meist chronischer Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten der Atemwege und der Nieren u.ä. wird heute vielfach mit bestimmten Produktionsprozessen, wie z.B. beim Umgang mit gesundheitschädlichen Gefahrenstoffen und mit dem Konsum von Alkohol und Nikotin in Verbindung gebracht, die Gesundheitsgefahren als negative Nebeneffekte mit sich bringen. eine verstärkte Prävention dieser Krankheiten muß sich demnach sowohl auf Maßnahmen stützen, die

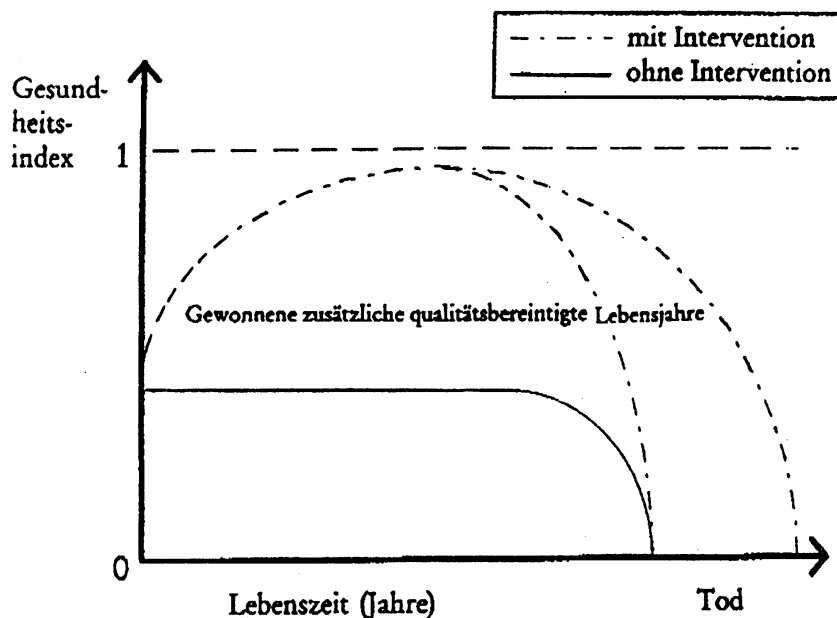
- diese Prozesse von den gesundheitlichen Gefahren abkoppeln, z.B. durch produktionstechnische Maßnahmen ;
- die Prozesse selbst einschränken, z.B. durch Verzicht auf Konsum und Produktion bzw. Ersetzen der gefährlichen Stoffe und
- sich unspezifisch gesundheitlich positiv auswirken, wie z.B. körperliche Bewegung.

Diese Maßnahmen erfordern in der Regel den Einsatz von Ressourcen, wie Arbeit und Kapital. Die Einschränkung von Produktions- und Konsumprozessen bringt den Verzicht auf sonst durch Erzeugung und Verbrauch von Gütern entstehenden Nutzen mit sich. Dieser entgangene Nutzen, ebenso wie der Ressourcenverbrauch, sind als Kosten der Gesundheitsförderung und Prävention anzusehen (Tabelle 25).

eine Prävention kann nach der ihr eigenen zeitlichen Vorlaufzeit die Krankheitsprävalenz, d.h. den Bestand an Kranken der bekämpften Krankheiten, nur verringern, wenn die Krankheitsinzidenz, d.h. die Zugangsrate zu diesem Bestand gegenüber der Ausgangssituation, gesenkt wird. Gleichzeitig kann eine Prävention in bestimmten Fällen die Schwere weiterhin auftretender Fälle mindern. Diese beiden Effekte können insgesamt und individuell eine präventionsbedingt gesündere Lebenszeit bewirken, während der auf die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung ganz oder teilweise verzichtet werden kann (direkte Erträge der Prävention). Diese gesündere Lebenszeit kann produktiv genutzt werden (indirekte Erträge) und besitzt einen kaum meßbaren zusätzlichen Wert, indem sie von Angst und Schmerz durch die jetzt verhinderte Krankheit frei ist (Abbildung 37).

224. Die Wirkungen und damit die Erträge einer verstärkten Prävention chronischer Krankheiten, insbesondere bei der Prävention von Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten, treten erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung, zum Teil von Jahrzehnten, auf. Generell läßt sich sagen, daß eine solche Prävention um so weniger effizient, auch im Vergleich zu kurativen Alternativen, ist, je größer die zeitlichen Verzögerungen zwischen Kosten und Erträgen sind und/oder je höher der verwendete Diskontsatz ist, weil zukünftige Kosten und Erträge bei ei-

Abbildung 37: Zusätzlich gewonnene qualitätsbereinigte Lebensjahre



Quelle: H. Adam, K.-D. Henke: Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, Beitrag für das Handbuch des Krankenversicherungsrechts, Nördlingen, im Druck.

ner Gegenüberstellung von Kosten und Erträgen auf die Gegenwart abzudiskontieren sind.

225. Die Diskussion vermittelt vielfach den Eindruck, als sei die (verstärkte) Prävention chronischer Krankheiten die beste Strategie für Kostenbegrenzung auf lange Sicht im Gesundheitswesen. Dieser Eindruck ist als generelle These unzutreffend.

Bisherige Untersuchungen von Präventionserträgen lassen den Schluß zu, daß ihre wesentlichen Ergebnisse zeitlich weit nach den präventiven Maßnahmen liegen. Sie versprechen eine höhere Lebensqualität insbesondere im Alter. Allerdings werden die Vermeidung von früh auftretender chronischer Erkrankung und die Verhinderung des Verlustes von Produktivität (Arbeitsunfähigkeit) die individuelle Bilanz zwischen krankheitsbedingten Kosten und Nutzen günstig beeinflussen.

226. Präventivmaßnahmen sollten sich auf einen Ansatz mit gesicherter Wirkung beziehen, für die mindestens die gleichen Kriterien der Wirksamkeit gelten sollten wie in der kurativen Medizin (Ziffer 235). Überall dort, wo gesicherte Erkenntnisse über wirksame präventive Maßnahmen existieren, sollte eine Pflicht zur Bereitstellung dieser Maßnahmen bestehen: Dies gilt uneingeschränkt für individuelle präventivmedizinische Maßnahmen, deren Folgen bei eingetretener Erkrankung im Einzelfall oder für die Gesamtheit (etwa bei Infektionskrankheiten) erheblich sind und wenn der präventive Ansatz erfolgversprechender oder auch nur kostengünstiger ist als die Behandlung der eingetretenen

Erkrankung. Dies gilt nur eingeschränkt, wenn die präventiven Maßnahmen ganz überwiegend auf eine Änderung des Verhaltens einzelner oder ganzer Personengruppen abzielen, das verlangte geänderte Verhalten mit gesellschaftlich anerkannten Freiheitsräumen der Person aber kollidiert, es sei denn, es geht dabei vorrangig um die Abwehr erheblicher Schäden für Dritte (z.B. Verkehrsunfall, Sicherheit von Wasser, Boden, Luft und Lebensmitteln oder Infektionskrankungen).

5.1.2. Strukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention

227. Zur Zeit stellen verschiedene Träger gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen bereit. Der Gesetzgeber übertrug der GKV mit dem GRG 1988 und dem GSG 1992 präventive Leistungen, so im SGB V (§ 20 Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung; § 21 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe); § 22 Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe); § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen; § 24 Vorsorgekuren für Mütter und im vierten Abschnitt des SGB V: Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten § 25 Gesundheitsuntersuchungen; § 26 Kinderuntersuchungen). Ebenso bestehen hier Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst und für andere Einrichtungen von Gebietskörperschaften und privaten und karitativen Trägern.

Zur Unterscheidung der Zuständigkeiten könnte herangezogen werden, daß bei der Bereitstellung durch die GKV eine individuelle Risikoermittlung oder Indikation durch solche Gesundheitsberufe vorausgehen sollte, die auch sonst Leistungen für die GKV erbringen. Bei gruppen- oder bevölkerungsbezogenen präventivmedizinischen Maßnahmen, deren Beitrag zur Minderung des Krankheitsrisikos in der Bevölkerung außerordentlich hoch (und hinreichend gesichert) ist, kommt wegen der entsprechenden Zusammenhänge zu sonst später zu erbringenden kurativen Leistungen ebenfalls die GKV als Träger in Frage. Maßnahmen zur Verhütung von Epidemien oder zur Sicherstellung von »gesunden« Lebensbedingungen sind eher staatliche Aufgaben und Aufgaben eines öffentlichen Gesundheitswesens. Allerdings wäre darauf zu achten, daß bei unterschiedlichen Zuständigkeiten eine genaue Abgrenzung der Verantwortlichkeiten und eine Abstimmung der verschiedenen Träger stattfindet.

228. Einerseits gibt es Präventionsbereiche, z.B. die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten, die Erhaltung einer gesunden Umwelt und die Schaffung eines gefahrenarmen Straßenverkehrs, bei denen vom Verhalten des einzelnen nicht nur, nicht primär oder überhaupt nicht seine eigene Gesundheit, aber doch die seiner Mitbürger abhängt: Von der Impfbeteiligung hängt das Ausbreitungspotential einer Seuche ab, vom Sicherheitsbewußtsein von Betriebsangehörigen die Gesundheit der Mitarbeiter, der Anwohner oder der Konsumenten der Produkte des Betriebes, vom verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol die Sicherheit anderer Verkehrsteilnehmer. Andererseits bedeutet auch die Unterlassung primär die eigene Gesundheit betreffender Prävention die Belastung anderer durch die dadurch verursachten Ausfälle im sozialen und wirtschaftlichen Kontext des Betroffenen sowie den allgemeinen und spezifischen Folgekosten der nicht vermiedenen Krankheiten.

229. Selbst unter idealer Wahrnehmung eigener Interessen durch die Mehrzahl der Bürger wäre Prävention wegen der darin auch enthaltenen Wahrung der Interessen anderer oder gar des ganzen Gemeinwesens auch eine Aufgabe aus kollektiver Sicht. Da aber – wie bereits ausgeführt – das »wohlverstandene« Eigeninteresse nicht in dem idealen Sinne funktioniert, besteht subsidiär ein Interesse, auf das Individuum stärker einzuwirken. Die Abwägung, zu welchen Anteilen entstehender Aufwand oder nicht vermiedener Schaden vom Gemeinwesen oder einer anderen Solidargemeinschaft aufzubringen wäre und zu welchem Anteil das Individuum selbst aufzukommen hat, stellt die Frage nach der Eigenverantwortung und damit der Schuld des einzelnen, dort wo er für sich oder für andere Verantwortung zeigen kann (vgl. auch Ziffer 40 und 622 ff.).

230. Wie die Diskussion über die Sicherheit des Arbeitsplatzes, der Straßen, der Umwelt etc. zeigen, steht nicht nur der einzelne oder bestimmte Gruppen (wie et-

wa Arbeitgeber, Hersteller) unter Verantwortungsdruck, sondern genauso auch staatliche Entscheidungsträger. Stellt sich über die Verantwortungs- und Schuldfrage auch die Frage des finanziellen Beitrags, entsteht bei einer staatlichen Trägerschaft der Präventionsprogramme ein Interessenkonflikt. Derjenige, der dem Staat die Schuld für Defizite bei Impfprogrammen, Zurückdrängung des Drogen-, Alkohol- und Nikotinkonsums, unsichere Straßen- und Verkehrsmittelverhältnisse gibt, wird nicht das Vertrauen aufbringen, von diesem Staat gleichzeitig effiziente Gegenmaßnahmen zu erwarten. Die unzureichende rechtliche Positionierung, finanzielle Ausstattung und im Gefolge davon Professionalität des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist als eine wesentliche Ursache anzusehen, warum Zug um Zug mehr Verantwortung und Finanzierung z.B. der GKV zugeschoben wurde, üblicherweise ohne expressis verbis dem ÖGD die Zuständigkeit zu entziehen oder die GKV im Gefolge alleine verantwortlich zu machen.

231. Die Abschätzung der Bedeutung einer erfolgreichen Prävention, gemessen in gewonnenen Lebensjahren, verbesserter Lebensqualität und ersparten Folgekosten ist eine Voraussetzung für die Rechtfertigung des Aufwandes für Prävention und der möglicherweise erfolgenden Eingriffe in die Freiheit eines einzelnen, eines Betriebes, einer gesellschaftlichen Gruppierung oder Körperschaft.

232. Bei dem Versuch einer individuumübergreifenden Messung von Gesundheit und ihrer Nutzung für Rangfolgen von sinnvollen Präventionsmaßnahmen und Indikationen/Leistungen ergeben sich schwerwiegende methodische Probleme, die mit der Messung verbunden sind:

- Der Gewinn an Gesundheit (z.B. Wirksamkeit minus Nebenwirkungen) müßte meßbar sein und damit die einzelnen beobachtbaren Wirkungen summierbar gemacht werden (was schon selten genug in klinischen Studien gelingt).
- Der Gewinn an Gesundheit müßte abstrahierbar sein über verschiedene Krankheiten (z.B. des gleichen Individuums).
- Der Gewinn an Gesundheit müßte kollektivierbar sein (eine Beibehaltung der Individualität wird aufgehoben): Die gesundheitlichen Folgen von zwei Lungenentzündungen eines Individuums sind gleich den gesundheitlichen Folgen je einer Lungenentzündung von zwei Individuen (oder diese Tatsachen wären begründet mit anderer Gewichtung zusammenzuführen).
- Der Gewinn an Gesundheit müßte ggf. substituierbar sein (z.B. eine Totgeburt wiegt weniger schwer, falls ihr ein Kind folgt, das sonst nicht geboren wäre).
- Der Gewinn an Gesundheit müßte vorausschaubar sein, d.h. zur zukünftigen Entwicklung der Krankheit bzw. des Krankheitsspektrums und seiner Bekämp-

fung müssen Wahrscheinlichkeitsaussagen (Erwartungswerte und Streuung) vorliegen.

- Der Gewinn an Gesundheit müßte von Aktivitäten in anderen Gesundheitsbereichen unabhängig oder doch abgrenzbar sein (Wechselbeziehungen zwischen Maßnahmenbündeln (Mischkalkulationen der Ertragsseite, z.B. kommen Leistungen verschiedenen Krankheiten zugute), Maßnahmenfolgen, z.B. Operationsfolgekrankheiten etc.).

233. Die Bewertung der Prävention ist auch abhängig von den Fortschritten im kurativen Bereich. Wäre z.B. eine Infektionskrankheit bei Eintritt ähnlich leicht und sicher zu bekämpfen wie ein Präventionsprogramm durchzuführen, würde letzteres ggf. hinaufgerückt. Neben dem finanziellen Bezug legt dieser inhaltliche Bezug es nahe, die Prävention nicht nur teilweise, sondern sogar gänzlich der GKV zuzuweisen. Dies würde bedeuten, die GKV mit kassen- und versorgerübergreifenden Strukturen der Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen auszustatten, die es auch erlauben würden, mit dem ÖGD und anderen Trägern u.U. gemeinsame präventive Strategien zu entwickeln und umzusetzen.

234. Übergreifende Strukturen wären deshalb notwendig, weil eine im Wettbewerb befindliche einzelne Kasse oder ein einzelner Versorger sich an den gesamten ökonomischen Gegebenheiten des Gesundheitsmarktes und nicht nur am Präventionssegment orientieren müßte, Präventionsprogramme aber keine spezielle Attraktivität im Wettbewerb versprechen sowie erfolgreiche Prävention den betreffenden Versicherten zu einem geringen Risiko und damit attraktiv für die Abwerbung durch die Konkurrenz macht.

Es müßte geprüft werden, inwieweit eine solche übergreifende Struktur ausreichende finanzielle Anreizsysteme für die Stärkung der Prävention entwickeln könnte und ggf. um staatliche Aufgaben ergänzt werden sollte. Zu untersuchen ist dann, ob eine solche neue Struktur (im Zusammenwirken mit dem ÖGD, dem immer noch wichtige Aufgaben verblieben) wesentlich bessere Erfolge erzielen könnte als der Prävention bisher beschieden waren. Da – abgesehen von werbungsorientierten Maßnahmen – keine oder nur sehr schwache wettbewerbliche Interessen Finanzierungsströme in Richtung der Prävention lenken, müßte die erforderliche finanzielle Ausstattung der Prävention in jedem Fall durch eine a-priori erfolgende Abgleichung zwischen Ausgaben im präventiven Bereich (inklusive Gesundheitsförderung und Früherkennung) und Ausgaben für den kurativen Sektor erfolgen. Wie, von wem und unter Verwendung welcher Kriterien eine solche Abgrenzung vorgenommen werden könnte, wird an anderer Stelle (Ziffer 447ff.) diskutiert.

5.1.3. Die Auswahl geeigneter Präventionsmaßnahmen

235. Voraussetzungen für eine der gesamten Bevölkerung oder einer Risikogruppe zu empfehlende Prophylaxe (Prävention) sind,

- daß die zu vermeidende Gesundheitsstörung in einer auf die Bevölkerungsgruppen und die Fragestellung bezogenen angemessenen Häufigkeit vorliegt (Abbildung 38, Tabelle 26),
- daß sie medizinisch relevant ist,
- daß sie volkswirtschaftlich bedeutsam ist,
- daß die vorliegenden prophylaktischen Maßnahmen der zu vermeidenden Krankheit zuverlässig vorbeugen,
- daß die Aufwendungen für die vorgesehenen Maßnahmen angemessen sind und
- daß die Prophylaxe selbst kein unvertretbares Risiko mit sich bringt.

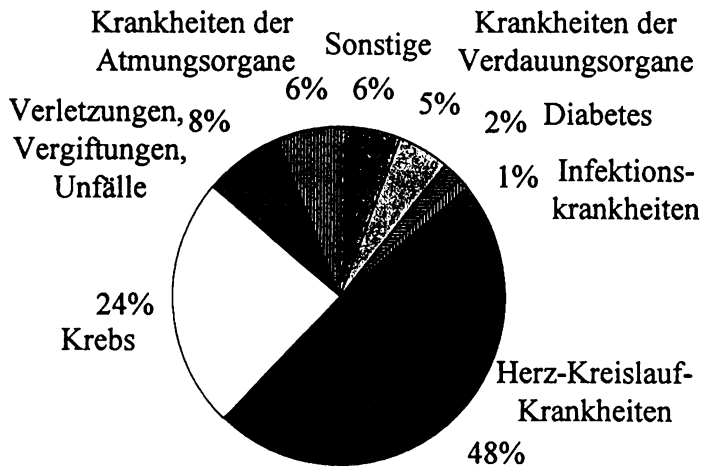
236. In Deutschland gibt es eine lange Liste seit Jahrzehnten erfolgreicher, von der Gesundheitspolitik getragener Präventionsmaßnahmen, die mit der Eindämmung der Seuchengefahr im vorigen Jahrhundert beginnen. Am Beispiel der Tuberkulose läßt sich zeigen, daß sich die Erkrankungsgefahr signifikant vermindern oder beseitigen läßt und daß systematische Prophylaxe auf Dauer angelegt sein muß sowie Überwachung erfordert. Bei der Übernahme der hier entstehenden Kosten kommt der Staat seiner Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit seiner Bürger nach (Art. 74a, GG).

237. Auch außerhalb der Seuchenprävention gibt es eine Reihe von Präventionsmaßnahmen, deren generelle Umsetzung in Deutschland aus der Sicht vieler Fachleute mangelhaft ist. Der Rat kann die Liste der Präventionsmaßnahmen weder vollständig auflisten noch im Sinne der in Ziffer 235 genannten Kriterien selbst evaluieren.

Dieser Aufgabe sollte sich die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften unterziehen (eine Umfrage bei den Mitgliedsgesellschaften der AWMF ist initiiert und Ergebnisse werden für das Sondergutachten 1994 erwartet). Die von den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften empfohlenen Präventionsmaßnahmen müssen wissenschaftlich, praktisch-medizinisch (Ärztikammern, KV'en), und gesundheitsökonomisch (Kassen) beurteilt werden, bevor entschieden wird.

238. Angesichts des Nutzens der Maßnahmen, die die in Ziffer 235 genannten Kriterien tatsächlich erfüllen, empfiehlt der Rat ein vermehrtes Engagement aller Beteiligten. Prophylaktische Maßnahmen müssen nicht nur von Ärzten, sondern von zahlreichen anderen Berufen und Einrichtungen getragen werden (Ernährungswissenschaftler, Verbraucherberater, Psychologen, Pädagogen, Gesundheitsökonom etc.).

Abbildung 38: Gesamtsterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland 1991



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Jahrbuch 1993 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1993.

Tabelle 26: Todesursachen in Deutschland je 100.000 Einwohner

Todesursache	1905	1960	1979	1980	1989	1990	1991
Sämtliche Todesursachen	1982	1154	1212	1156	1127	1125	1098
Krankheiten des Kreislaufsystems	206	460	534	582	572	560	543
Bösartige Neubildungen	73	201	221	254	259	255	258
Krankheiten der Atmungsorgane	-	102	97	64	65	70	65
Krankheiten der Verdauungsorgane	307	65	66	60	52	51	52
Unfälle, darunter Selbstmord	39 21	56 19	64 22	45 21	34 18	36 17	36 17
Müttersterblichkeit	342	106	52	21	5	-	-

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1992 und 1993, Wiesbaden und BKK-Handbuch zur Gesundheitsförderung.

Tabelle 27: Handlungsfelder für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

Alter	Handlungsfelder
I Säuglinge und Kleinkinder (bis 4 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangeren- und Mütterbetreuung - Frühgeburten, Entbindung von Risikokindern - Alkoholkonsum und Rauchen in der Schwangerschaft - Impfungen - Erkennungsmöglichkeiten von Kindesmißhandlungen
II Schulkinder (5-14 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungs- und Sportmöglichkeiten - Sexuelle Aufklärung - zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen - Verkehrserziehung und Sicherheit der Schulwege - Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten
III Jugendliche und junge Erwachsene (15-24 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Drogenkonsum - Schwangerschaftsverhütung - Beratung in suizidalen Krisen - Arbeitslosigkeit - Adipositas - sexuell übertragbare Krankheiten (z.B. AIDS)
IV Erwachsene in der Erwerbsphase (25-64 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - körperliche Bewegung - Teilnahme an Krebsfrüherkennungs- und an zahnärztlichen Routineuntersuchungen - Medikamentenkonsum (z.B. Analgetika) - Bluthochdruck - Betreuung von Diabetes Typ II-Patienten - Teilnahme am Mutterschaftsvorsorgeprogramm - Biomechanische und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz - Durchsetzung der Arbeitsschutzvorschriften - Förderung von Selbsthilfegruppen
V Erwachsene im Ruhestand (älter als 64 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Ernährungsverhalten - Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen - Betreuung von Diabetes-Patienten - Erhalt der körperlichen Beweglichkeit - Betreuung in Alteinrichtungen

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Projektgruppe ‚Prioritäre Gesundheitsziele‘: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven, Baden-Baden 1990.

So sind folgende Handlungsfelder für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen denkbar, wobei berücksichtigt werden muß, daß Präventionsmaßnahmen für alle Altersgruppen sinnvoll sein können (Tabelle 27). Bereits im JG 1987 wurden Morbidität und Gesundheitsrisiken für verschiedene Altersgruppen vom Rat aufgeführt (Ziffer 37 ff.). Hier bietet sich ebenfalls

ein Ansatzpunkt für die Identifizierung von Präventionsmaßnahmen, die die in Ziffer 235 genannten Kriterien erfüllen.

239. Hinweise auf sinnvolle Priorisierungen zwischen Präventionsmaßnahmen lassen sich auch aus den kritischen Kommentaren zur Präventionspolitik in Deutsch-

land ableiten. Auch und gerade von Befürwortern präventiver Maßnahmen wird zum Teil heftige Kritik an der Praxis der Prävention in Deutschland geübt. Dabei werden z.B. die folgenden Argumente genannt:

- Die meisten Präventionsmaßnahmen konzentrieren sich auf individuelles Verhalten wie Rauchen, Ernährung und Alkoholkonsum, ohne dabei die Lebensverhältnisse, die dieses Verhalten bedingen können, ausreichend zu berücksichtigen.
- Trotz der Bedeutung arbeitsbedingter gesundheitlicher Belastungen sind Gesprächskreise am Arbeitsplatz unter Einbeziehung aller Betroffenen über die Möglichkeiten der Reduzierung dieser Belastungen (sog. ‚Gesundheitszirkel‘) selten.
- Erfolgreich sind Präventionsmaßnahmen vor allem in sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Da der Gesundheitszustand in diesen Bevölkerungsgruppen ohnehin relativ gut ist, tragen Präventionsmaßnahmen häufig zu einer Verstärkung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen bei.
- Einige Präventionsprogramme können zu unnötiger Medikalisierung führen (z.B. bei der Bekämpfung von Hypercholesterinämie).
- Einige Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen verursachen große Verhaltensunsicherheit auch bei nicht gefährdeten Personen (z.B. bei den Vorschlägen für gesunde Ernährung).
- Personen, die den Präventionsempfehlungen nicht folgen, können diskriminiert werden (z.B. soziale und moralische Abwertung von Rauchern).
- Die Teilnahmerate an einigen effektiven und kostengünstigen Präventionsangeboten ist zu gering (z.B. bei Früherkennungsuntersuchungen auf Zervix-Karzinom).
- Neue Präventionsangebote werden ohne ausreichenden Nachweis ihrer Effektivität und Effizienz eingeführt.
- Bei einigen vermutlich sehr effektiven Ansatzpunkten für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitssystems liegen (z.B. Reduzierung der Luft- und Wasserverschmutzung, Einschränkung der Zigarettenwerbung, Verbot des Alkoholkonsums vor/beim Autofahren), mangelt es häufig am politischen Willen, diese Maßnahmen durchzusetzen.
- Wissenschaftliche Studien über Präventionsnotwendigkeiten und -möglichkeiten erbringen häufig erst nach vielen Jahren Ergebnisse im Sinne von Empfehlungen für gesundheitspolitische Maßnahmen, obwohl der zumeist vorhandene Handlungsdruck ein langes Abwarten kaum gestattet.
- Auch und gerade im Bereich der Prävention muß die Kooperation zwischen wissenschaftlicher Forschung einerseits und Gesundheitspolitik andererseits verbessert werden. Innerhalb der Wissenschaft ist die Verständigung zwischen den einzelnen Disziplinen,

in denen Fragen der Prävention bearbeitet werden, ebenfalls ungenügend.

- Die wichtigste Aufgabe besteht heute vor allem darin, das vorhandene umfangreiche Wissen in die Praxis umzusetzen, und nicht darin, mehr Wissen über theoretische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention anzusammeln.

5.1.4. Prävention am Beispiel der Jodprophylaxe

240. Als Beispiel für ein der Prophylaxe gut zugängliches Krankheitsgeschehen sei hier die Jodprophylaxe der endemischen Struma (Kropf) erläutert. Die Menschen in Deutschland sind von dieser Erkrankung besonders betroffen. Dies gilt auch im Vergleich zu den meisten europäischen Nachbarn, von denen einige eine äußerst erfolgreiche Jodprophylaxe betreiben.

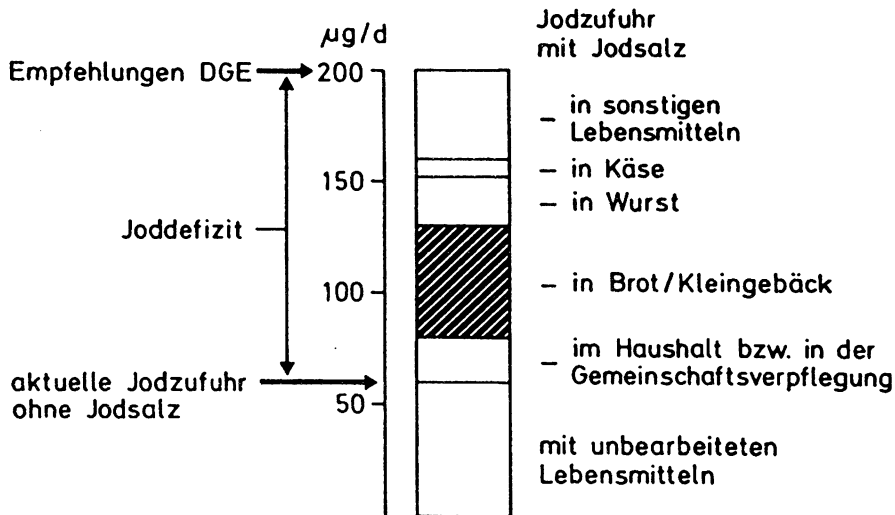
241. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Jodmangelgebiet mit deutlichem Nord-Süd Gefälle. Folgt man den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), so besteht ein tägliches Joddefizit von 120 bis 150 Mikrogramm pro Tag (Ernährungsbericht 1992). Diese Situation führt ohne Behandlung zu Folgeerkrankungen, wovon die wichtigste das Struma (Kropf) ist. Von allerdings nur potentieller Behandlungsbedürftigkeit betroffen sind etwa 20 % der Bevölkerung. Darüber hinaus kann latenter Jodmangel die Entstehung verschiedener anderer Schilddrüsenerkrankungen begünstigen.

242. Die Kropfoperation ist ein häufiger chirurgischer Eingriff in der Bundesrepublik. Im Jahr 1989 wurden knapp 90.000 Fälle von GKV-Versicherten wegen Krankheiten der Schilddrüse im Krankenhaus behandelt. Im gleichen Jahr gab es wegen Krankheiten der Schilddrüse knapp 50.000 Arbeitsunfähigkeitsfälle mit insgesamt 1.464.081 Arbeitsunfähigkeitstagen. Die finanziellen Belastungen für die Volkswirtschaft werden unter Einbeziehung der Neuen Bundesländer für 1992 auf ca. 2 Mrd. DM beziffert.

243. eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Jod läßt sich durch eine Jodprophylaxe erreichen. Die einfachste und kostengünstigste Jodprophylaxe stellt die Zuführung von Jod mit Lebensmitteln dar. Beispielsweise wird in der Schweiz ausschließlich jodiertes Speisesalz für die Herstellung von Lebensmitteln verwendet und in den Niederlanden wird ein spezielles jodiertes Speisesalz für die Brotherstellung eingesetzt. In der Bundesrepublik könnte der Jodmangel ausgeglichen werden, wenn für die Herstellung der Mehrzahl aller gewerbsmäßig hergestellten Lebensmittel jodiertes Speisesalz verwendet würde (Abbildung 39).

244. Erfahrungen mit einer allgemeinen Jodprophylaxe liegen aus der ehemaligen DDR vor, in der seit Mitte der 80er Jahre sowohl jodiertes Speisesalz als auch jo-

Abbildung 39: Mögliche Jodzufuhr entsprechend den Empfehlungen der DGE (jüngere Erwachsene)



Quelle: DGE e.V., Ernährungsbericht 1992, Frankfurt/M., S. 291.

dierte Mineralstoffmischungen als Futterzusatz bei Schweinen (in der gesamten DDR) und Rindern (Südbzirke) eingesetzt wurden und zu einer deutlich verbesserten Jodversorgung der Bevölkerung und einer entscheidenden Verminderung der Kropfhäufigkeit bei Neugeborenen führten. Während 1977 mehr als 50 % der Neugeborenen eine mehr als 3g wiegende Schilddrüse (Struma) hatten, lag dieser Wert 1988/90 im Mittel deutlich unter 3g (Mittelwerte in drei Gruppen zwischen 1,4 und 2,2g), so daß bei 2.200 Neugeborenen keine Struma mehr zu tasten war.

245. Die Kosten für die Jodierung des Speisesalzes sind gering. So geht das BMG in der Zweiten Verordnung zur Änderung der Vorschriften über jodiertes Speisesalz nicht davon aus, daß die Jodierung von Speisesalz Auswirkungen auf das Preisniveau hat.

246. eine Überdosierung kann durch eine Jodierung des Speisesalzes in Höhe von durchschnittlich 20 Mikrogramm/g Kochsalz nicht erreicht werden. Durchschnittlich werden in der Bundesrepublik etwa 10 g Speisesalz pro Tag und Kopf verzehrt. Bei der angenommenen Dosierung müßten mehr als 50 g Speisesalz pro Tag verzehrt werden, um 1 mg Jod aufzunehmen. Selbst diese in Japan und den USA erlaubte Joddosierung hält die Weltgesundheitsorganisation beim Erwachsenen bei lebenslanger Aufnahme noch für akzeptabel.

Unverträglichkeiten, wie z.B. Jodallergien können durch die geringe Dosierung des jodierten Speisesalzes ebenfalls nicht ausgelöst werden. Lediglich bei einigen Patienten mit einem autonomen Schilddrüsenhormone produzierenden Bezirk in der Schilddrüse kann eine Erhöhung der Jodzufuhr zur Manifestation der Schilddrüsenüberfunktion führen. In der Regel tritt eine Gefähr-

dung aber erst bei 100 – bis über 1.000facher Überdosierung auf, die z.B. bei Untersuchungen mit Röntgenkontrastmitteln vorkommen kann.

247. Am Beispiel der Jodmangelprophylaxe zeigt sich, daß präventive Maßnahmen häufig eine Vielzahl von Maßnahmen und Maßnahmenträgern beinhalten müssen. Neben den ärztlichen Aufgaben, wie z.B. der Behandlung bereits erkrankter Personen und der Aufklärung besonders gefährdeter Bevölkerungs-/Patientengruppen (Schwangere), kann die Information breiter Bevölkerungskreise, z.B. über Schulen, Krankenkassen, Gesundheitsämter und insbesondere auch die Medien die einfach durchzuführende Jodprophylaxe zur Verhinderung von Folgekrankheiten erheblich unterstützen.

248. Wenn das Ziel erreicht würde, die Bevölkerung mit Jodsalz als Tafelsalz und mit Brot, Wurst und Käse, die mit Jodsalz hergestellt werden, zu versorgen, was nach der Verordnungslage möglich ist, ließen sich die Schilddrüsenvergrößerung (Kropf) und die daraus resultierenden Aufwendungen (Ziffer 242) weitgehend verhindern. Die Aufgabe der für den Schutz der Gesundheit Verantwortlichen besteht nach Auffassung des Rates in

- Aufklärung von Bevölkerung und Nahrungsmittelgewerbe sowie
- epidemiologische Überwachung (Monitoring) der Jodaufnahme und -ausscheidung.

Mit dem Beispiel der Jodprophylaxe sollte die generelle Empfehlung einer verstärkten Bemühung von Prävention konkretisiert werden.

5.1.5. Eckpunkte für weitere Empfehlungen

249. Nicht alle Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sind kostengünstig, ohne Nebenwirkung und für breite Bevölkerungsgruppen durchführbar (Ziffer 235). Darum ist es notwendig, eine systematische Evaluation der vorhandenen präventiven Maßnahmen vorzunehmen (Aufgabe der AWMF, Ziffer 237). Wenn die Effektivität in den Mittelpunkt gestellt wird, ergeben sich dabei z.B. die folgenden Fragen:

- Welche Maßnahmen sind nach dem heutigen Wissensstand effektiv? Ist eine kontinuierliche Qualitätssicherung dieser Maßnahmen vorhanden? In welchen Bevölkerungsgruppen sollten Angebot und Inanspruchnahme erhöht (bzw. verringert) werden? Sind die individuellen und gesellschaftlichen Folgen dieser Maßnahmen akzeptabel?
- Bei welchen Maßnahmen ist die Effektivität nicht ausreichend gesichert? Wie kann eine genauere Analyse der Effektivität durchgeführt werden? Sollten diese Maßnahmen auch weiterhin angeboten werden?

Die Effektivität einer spezifischen Präventionsmaßnahme ist dann besonders hoch, wenn durch sie verschiedene Gesundheitsprobleme beeinflusst werden können. Eine erfolgreiche Kampagne zur Reduzierung des Alkoholkonsums würde z.B. eine Verringerung von Unfällen im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, von Alkohol-Embryopathien, von Leber- und Herzerkrankungen ermöglichen. Ähnlich vielfältig wären auch die Wirkungen einer Reduzierung des Tabakkonsums (Verringerung von Lungenkrebs, chronischer Bronchitis, Herzinfarkt etc.) und eine Bekämpfung der Adipositas.

- Durch die breite Wirkung des Alkohol- und Tabakkonsums sind auch die durch sie verursachten gesundheitlichen Kosten sehr hoch. Maßnahmen zur Reduzierung derartiger Risiken verdienen daher aus Gründen der Häufigkeit und der verursachten Kosten eine hohe Priorität (siehe auch Ziffer 622ff.).
- Die zunehmende Popularität von Reihenuntersuchungen (*screening*) kann auch dazu führen, daß Maßnahmen propagiert oder eingeführt werden ohne genaue vorherige Überprüfung von Sensitivität und Spezifität der Untersuchung, von Therapierbarkeit der Erkrankung und von möglichen unerwünschten Nebenwirkungen, wie Auslösung von Angst bei Patienten und Überinanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Von einigen Autoren wird derzeit z.B. eine transrektale Ultrasonographie (*transrectal ultrasonography*) zur Entdeckung von Prostata-Karzinom propagiert, obwohl Sensitivität und Spezifität dieser Untersuchung unzureichend sind. Entsprechendes gilt für die Densitometrie (Knochendichtemessung) bei der Osteoporose.

- Entscheidende Kriterien für den Erfolg von Reihenuntersuchungen sind neben der Qualität des Untersuchers die Zielgenauigkeit (untersucht werden sollen nach Möglichkeit alle gefährdeten und keine anderen Personen), die Verfügbarkeit nachfolgender genauerer Diagnose und Therapie und die Einrichtung eines nationalen Gremiums, welchem die Entscheidung über die Einführung neuer Maßnahmen (und die Streichung vorhandener Maßnahmen) nach Prüfung der potentiellen Vor- und Nachteile übertragen werden könnte.

250. Die Diskussion über Mammographie ist ein gutes Beispiel dafür, wie schwer es ist, den Nutzen einer Präventionsmaßnahme zu bestimmen. Dabei stehen hier zwei Probleme im Vordergrund:

Die Frage, ob die Untersuchung bei Frauen vor dem 50. Lebensjahr wirklich Leben retten kann, ist wissenschaftlich noch nicht eindeutig beantwortet. Dennoch treten einige Experten vehement für Mammographie in dieser Altersgruppe ein, während andere weitere Untersuchungen fordern. Erst kürzlich hat die American Cancer Society beschlossen, daß mehr Informationen erforderlich seien, bevor entschieden werden kann, ob die derzeitige Empfehlung für Frauen zwischen 40 und 49 Jahre (eine Untersuchung alle ein bis zwei Jahre) zurückgezogen werden soll. In Europa hat sich eine Expertengruppe gegen eine Routineuntersuchung bei Frauen unter 50 Jahren entschieden.

Der Nutzen von Mammographie bei Frauen über 50 Jahren wird kaum in Frage gestellt. Er hängt jedoch sehr von der Qualität der Untersuchung ab, da hohe Anforderungen an den befundenden Arzt gestellt werden. Es stellt sich daher die Frage, welche begleitenden Maßnahmen der Qualitätssicherung erforderlich sind, um den Nutzen von Mammographie bei älteren Frauen zu erhalten oder zu fördern.

251. Das obige Beispiel verdeutlicht den Stellenwert der folgenden Fragen:

- Wie lassen sich Vor- und Nachteile abwägen bei unsicheren wissenschaftlichen Erkenntnissen?
- Welche begleitenden Maßnahmen sind erforderlich zur Sicherung des Nutzens?
- Können die Maßnahmen sogar kontraproduktiv sein durch Nichtbeachtung der Lebenslage der Adressaten?

In den letzten Jahren hat sich die Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention in entscheidender Weise verändert. Nach wie vor wird die Bedeutung von Gesundheitserziehung und individuellem Verhalten betont, zugleich wird jedoch der einzelne immer mehr als Mitglied eines gesellschaftlichen, ökonomischen und ökologischen Milieus gesehen, von dem er beeinflusst wird in seinen Gesundheitschancen und in seiner Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheit. Diese Erweiterung des Blickfeldes hat vor allem zur Forderung ge-

führt, bei Schuldzuweisungen im Sinne eines *'blame the victim'* sehr vorsichtig zu sein, da häufig Erbanlagen und Verhältnisse einen wichtigen Einfluß auf das Verhalten ausüben.

5.2. Qualitätssicherung von Diagnose und Therapie

5.2.1. Die Notwendigkeit von Standards und Leitlinien

252. Weit verbreitet ist die Meinung, daß in der Medizin unnötige oder unwirksame Maßnahmen im Sinne von Verschwendung und Luxus zu nicht mehr vertretbaren Kostensteigerungen geführt haben. So begründet diese Auffassung im Einzelfall sein kann, so steht auch außer Frage, daß keineswegs immer jeder Patient die für ihn optimale Diagnostik und Therapie erhält, sei es aus fehlender Mitarbeit (*Compliance*) oder sonstigen Ursachen der mangelhaften Anwendung des medizinisch Möglichen. Grundbedingung für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen muß es sein, das Unnötige zu vermeiden und das Notwendige zu ermöglichen.

253. Der Einsatz diagnostischer und therapeutischer Verfahren in der Medizin hat auf der Basis der Rationalität, d.h. wissenschaftlich begründet zu erfolgen. Jedes Muster von Beschwerden und körperlichen Befunden eines Patienten kann alleine für eine Diagnose ausreichen (pathognomonische Zeichen). Oder es führt im Idealfall zu einer wissenschaftlich begründeten Sequenz von Untersuchungen und damit zur Diagnose; diese muß ihrerseits eine wissenschaftlich begründete Behandlung zur Folge haben, sei sie kausal, symptomatisch oder palliativ.

254. Es liegt an der Komplexität einer akuten Erkrankung oder chronischen Krankheit, daß einfache Handlungsschemata des ärztlichen Vorgehens keinesfalls immer festgelegt werden können. Unterschiede existieren zwischen den Fächern, z.B. sind Psychiatrie und Augenheilkunde verschieden gut zu standardisieren. Diagnostische Empfehlungen sind wissenschaftlich leichter zu begründen als therapeutische. Auch daraus resultiert die in früheren Gutachten des Rates geäußerte Ansicht, die Handlung des Arztes vermittele den Eindruck von Beliebigkeit. Sachgemäßer wird dieses Problem ausgedrückt, wenn man dem einzelnen Arzt bei der Versorgung des einzelnen Kranken einen notwendigen Ermessensspielraum zubilligt. Aber man erwartet von jedem Arzt, daß er sich hier innerhalb rationaler Grenzen bewegt.

255. Der Rahmen des ärztlichen Handelns wird überwiegend von der sog. Schulmedizin bestimmt. Hierunter versteht man soweit wie möglich und vertretbar präzise formulierte und wissenschaftlich gesicherte Regeln der ärztlichen Kunst.

Die ärztliche Kunst ist die gezielte Koordination der vier Variablen Patient – Krankheit – Arzt – Therapie, die das

ärztliche Handeln im einzelnen bestimmt. Denn jeder Mensch ist anders, jede Krankheit verläuft bei jedem Menschen anders, jeder Arzt hat seine eigene Wirkung und jede Therapie ist davon mitgeprägt und wirkt insofern doppelt individuell.

Das ärztliche Handeln dient insgesamt dem Ziel zu heilen, zu bessern oder wenigstens zu lindern; dazu gehört die ärztliche Kunst, die vier Variablen optimal aufeinander abzustimmen. Die Vergleichbarkeiten von Krankheitsursachen, biopsychosozialen Faktoren und therapeutischen Wirkungen bestimmen im Einzelfall die Rationalität.

Es bestehen in dem Feld der Schulmedizin ständig Wandel und Handlungsbedarf. Dennoch läßt sich ein wissenschaftlich begründetes, durch Erfahrung gefestigtes, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in Standards formulieren (z.B. klinische Prüfungen). Ein bewährtes Instrument ist hierbei die Konsensusfindung innerhalb kompetenter Wissenschaftlergruppen (z.B. Fachgesellschaften). Diagnostische und therapeutische Empfehlungen, die auf dieser Basis entstanden sind, müssen von denkbaren und praktisch zu beobachtenden Fachgeheimen der Spezialdisziplinen gereinigt werden. Beispielsweise würden drei Gesundheitspässe für Diabetes, Hochdruck und Hyperlipoproteinämie den typischen übergewichtigen Diabetiker eher resignieren lassen. Abstimmung ist auch hinsichtlich der ökonomischen Vertretbarkeit von wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Dies kann im Bereich der niedergelassenen Ärzte durch Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt werden sowie durch die Ärztekammern für andere Tätigkeitsbereiche.

Rationalität des ärztlichen Handelns ist demnach in vielen Fällen sehr wohl zu definieren, sie ist am sichersten dort, wo der Konsensus von großer Überzeugungskraft ist. Die gefundenen Standards sind zugleich ein Maß für die qualitätssichernden Maßnahmen (JG 1989 Ziffer 59ff.).

256. Der rationelle, d.h. wirtschaftlich begründete Einsatz der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten dient in dieser Betrachtung einem Teilziel der übergeordneten Rationalität. Einmal gefundene Standards haben sich in der Erfahrung zu bewähren. Neues hat Überholtes abzulösen. Kriterien für die Bewertung des Überflüssigen sind nicht allein Wirksamkeit und Menge der erbrachten Leistung. Vielmehr wird ebenso im Konsensus durch abgestimmte ärztliche Erfahrung ein akzeptabel kleines Restrisiko definiert, das von Patient und Arzt in zumutbarer Weise getragen werden kann.

Zum Beispiel findet man bei der sonographischen Untersuchung einer nach epidemiologischen Kriterien repräsentativen Gruppe von erwerbstätigen Versicherten in Deutschland bei etwa 16 % aller Menschen in der Regel kleine Unregelmäßigkeiten im Schallbild der Schilddrüse. Man stelle sich vor, daß bei einem Sechstel unse-

rer Bevölkerung das volle Spektrum der diagnostischen Möglichkeiten (Sonographie, Feinnadelaspiration mit zytologischer Beurteilung, Szintigraphie mit Suppressorstest usw.) zum Einsatz käme. Die enormen Aufwendungen wären nicht einmal durch den theoretischen Nutzen der noch frühzeitigeren Entdeckung kleinster Herde von Schilddrüsenkrebs zu rechtfertigen, da der Schilddrüsenkrebs mit weniger als 1 % aller Malignomfälle in Deutschland eine nur untergeordnete Rolle spielt. Der Verzicht auf das theoretisch ableitbare diagnostische Maximum geht mit einem vertretbaren Restrisiko einher. Über die Existenz eines Restrisikos muß sich nicht nur der Arzt im klaren sein.

Ein anderes Beispiel: Im Vergleich mit Bevölkerungen aus Ländern, die eine ausreichende alimentäre Jodversorgung aufweisen wie Schweden, haben 30 % – 40 %, in manchen Gebieten sogar 70 % aller 13jährigen Deutschen ein oberhalb des Normalbereiches liegendes Schilddrüsenvolumen. Dieser große Bevölkerungsanteil hat keinerlei Beschwerden. Das Standardprogramm der Untersuchung einer Schilddrüsenvergrößerung (Struma, Kropf) beinhaltet die Sonographie zur Beurteilung der Schilddrüsengröße und -struktur, die TSH-Bestimmung (Thyreoidea-stimulierendes-Hormon) zum Ausschluß einer Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion und im Falle des Nachweises von Knoten Szintigraphie, Feinnadelaspiration, Zytologie usw. Die Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie hat für dieses Problem einen Konsensus (Empfehlungen) erarbeitet, der die Akzeptanz eines tragbaren Restrisikos beinhaltet. Dieser sieht vor, daß die diffuse Struma des jugendlichen medikamentös, vorzugsweise mit Jodid-Tabletten (Diagnose ex juvantibus), behandelt werden soll. Eine diagnostische Ausweitung ist nur erforderlich, wenn die nach spätestens drei Monaten zu erwartende Wirkung der Behandlung (Verkleinerung der Struma) ausbleibt.

257. Rationeller Einsatz der medizinischen Standards beinhaltet also auch ein kalkuliertes Risiko. Aufgabe der Qualitätssicherung ist, u.a. zu gewährleisten, daß sich das ärztliche Handeln innerhalb der akzeptierten Grenzen des Aufwandes bewegt und daß die Ärzte zur Anwendung der akzeptierten Standards gebracht werden. Die Qualitätssicherung des rationalen und rationellen Einsatzes der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist in Sachwahrung der Interessen der Patienten Aufgabe der Ärzte und ihrer Selbstverwaltungen. Sie kann nur mit und nicht gegen diese erreicht werden. Sie bedarf der Unterstützung und Akzeptanz durch Patienten und Versicherungen.

258. Von besonderer Bedeutung für das diagnostische Vorgehen ist ein struktureller Ansatz, der die Vieldeutigkeit von Beschwerden und Befunden ordnet. Es ist ein Unterschied, ob eine für möglich oder denkbar gehaltene Erkrankung nur ausgeschlossen werden soll, in diesem Falle benötigt man Tests mit einer hohen Sensitivität.

Diese Tests müssen den Ausschluß eben möglichst sicher erlauben. Im anderen Falle, bei dem Beschwerden und Befunde des Patienten oder sonstige Hinweise, wie technische Vorbefunde den Verdacht auf eine bestimmte Erkrankung wahrscheinlicher bis fast sicher erscheinen lassen, hat man Methoden mit hoher Spezifität zum Nachweis dieser Erkrankung einzusetzen. Diese sind häufig nicht mit den Ausschlußmethoden identisch.

Beispielsweise schließt ein normaler TSH-Wert eine primäre Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion sicher aus. Zum Nachweis einer Schilddrüsenüberfunktion benötigt man dagegen die Bestimmung des freien Thyroxins und freien Trijodthyronins, zum Nachweis der Schilddrüsenunterfunktion die Bestimmung des freien Thyroxins. Dieser vor vielen Jahren formulierte Konsensus der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie ist zwar bekannt, aber keineswegs im Sinne der Qualitätssicherung des rationalen Einsatzes diagnostischer Verfahren durchgesetzt.

259. Der 96. Deutsche Ärztetag in Dresden hat zu dem Thema »Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung« einige in diesem Zusammenhang wichtige Beschlüsse als Empfehlungen an die Landesärztekammern gefaßt. Eine neue Arbeitsgemeinschaft soll unter Heranziehung wissenschaftlicher Experten nach dem Konsensus-Prinzip eine Zusammenschau diagnostischer und therapeutischer Leitlinien durchführen (JG 1988 Ziffer 404 und JG 1989 Ziffer 60ff.).

Zitat: »Solche in Konsensus-Konferenzen stattfindenden Diskussionen sollen herausarbeiten, was nach dem aktuellen Stand des Wissens als tragfähige Grundlage ärztlichen Handelns angesehen werden kann und welche Fragen und Bereiche sich einer ausreichend zuverlässigen Antwort noch entziehen.

Diese Zusammenschau hinreichend gesicherten Wissens und noch offener Fragen stellt die Grundlage dar für diagnostische und therapeutische Leitlinien, ohne die ein ärztliches Bemühen um Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung nicht denkbar ist. In diesem Zusammenhang weist der Deutsche Ärztetag darauf hin, daß solche Leitlinien niemals einer schematischen Medizin Vorschub leisten dürfen. Leitlinien motivieren stattdessen den behandelnden Arzt, die Gründe für ein abweichendes Vorgehen beim einzelnen Patienten genauer zu hinterfragen.

Der Deutsche Ärztetag betont, daß nur solche Fachkonferenzen, die von den dazu legitimierten Organen und Institutionen der Deutschen Ärzteschaft einberufen wurden, als wahrhafte Konsensus-Konferenzen betrachtet werden dürfen. ... So kann vermieden werden, daß einseitig zusammengesetzte oder von außerärztlicher Seite initiierte und organisierte Fachkonferenzen umstrittene Empfehlungen verfassen, deren innerärztliche Akzeptanz mit dem Etikett der »Konsensus-Konferenz« gesteigert werden soll.«

260. Die zitierten Sätze zeigen einige der immanenten Schwierigkeiten auf:

- Standards und Leitlinien sind schon vorhanden, sie müssen im Sinne der Konsensusbildung fortgeschrieben und weiter verbessert werden.
- Standards und Leitlinien müssen auf wissenschaftlichem Sachverstand beruhen, ohne daß sie von der Wissenschaft allein diktiert werden können.
- Standards und Leitlinien müssen nicht nur von der speziell kompetenten Fachgesellschaft vertreten werden; sie müssen vielmehr im Sinne des Konsensus von der Ärzteschaft als Ganzes getragen werden.
- Standards und Leitlinien müssen hinsichtlich ihrer ökonomischen Vertretbarkeit und Finanzierbarkeit akzeptiert werden.
- Standards und Leitlinien müssen mit genügender Zuverlässigkeit eingehalten werden können, d.h. einen genügenden Sicherheitsabstand gegen Fehlverhalten mit einplanen (Robustheit).
- Standards und Leitlinien haben normativen Charakter sowohl im Sinne der Qualitätssicherung als auch in rechtlicher Hinsicht.
- Im Einzelfall wird das Vorgehen sowohl von den wissenschaftlich begründeten Standards und Leitlinien als auch von der Entscheidung des Patienten über die Annahme des diagnostischen und therapeutischen Angebots von ärztlicher Seite entschieden.

261. Der Rat erkennt die Notwendigkeit, die Definition des medizinisch Erforderlichen zu verbessern. Er ist von sich aus erneut an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herangetreten und hat diese zu einer Umfrage veranlaßt. Die einzelnen Mitglied-Fachgesellschaften wurden um Auskunft gebeten über ihrerseits empfohlene

- präventive Maßnahmen,
- diagnostische Konsensus-Richtlinien,
- standardisierte therapeutische Verfahren sowie über
- gesicherte epidemiologische Informationen und
- heute noch regelmäßig praktizierte Verfahren der Diagnostik und Therapie, die aus heutiger wissenschaftlicher Sicht obsolet sind.

Die Antworten auf die von der AWMF formulierten Fragen sind von den Fachgesellschaften, die z.T. ihrerseits wieder spezialisierte Teilgebietsgesellschaften zu befragen haben, noch nicht eingegangen. Sie bedürfen auch mit Sicherheit der Abstimmung innerhalb der AWMF (vgl. auch JG 1988 Ziffer 48ff. und Anhang A II 7 über die Befragungsergebnisse und ihre Bewertung).

5.2.2. Konkrete Beispiele von Empfehlungen

262. Der Rat will durch wenige Beispiele aufzeigen, wie die empfohlene Konsensusbildung konkret aussehen könnte. Weitere Beispiele können hier nur anhand

von Schemata angeführt werden (Hypercholesterinämie, Hochdruck, Diabetes und Asthma, Anhang, Abbildungen A 4 – A 7).

Empfehlungen zur Endokrinologischen Diagnostik

Gerade bei den Schilddrüsenerkrankungen läßt sich die Diagnostik im Sinne des Unterschiedes zwischen Ausschluß- und Nachweisdiagnostik sowie unter Trennung der Begriffe Funktionsstörung und Schilddrüsenerkrankung gut strukturieren. Diagnostische Rationalität erlaubt rationelles Vorgehen und ein klares Programm für Qualitätssicherung. Es lassen sich auch die Situationen relativ klar beschreiben, bei denen die Überweisung zum Spezialisten erforderlich wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie hat mit ihren verschiedenen Sektionen alle anderen endokrinologischen Spezialgebiete in analoger Weise mit diagnostischen Strategien auf dem Konsensuswege versehen. Dies sind die Themen Hypothalamus und Hypophyse, Nebenschilddrüse und Kalziumhomöostase, endokrines Pankreas und Diabetes mellitus, sonstiges endokrines Pankreas und gastrointestinale Hormone, Nebennierenrinde, Nebennierenmark, männliche Gonaden, weibliche Gonaden (Gynäkologie und Geburtshilfe), sowie Ernährung und Stoffwechsel. Eine Neuauflage der von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie herausgegebenen Empfehlungen zur endokrinologischen Diagnostik (Rationelle Diagnostik in der Endokrinologie einschließlich Diabetologie und Stoffwechsel, Redaktion: R. Ziegler, C. R. Pickardt, R. P. Willig; Stuttgart 1993) erschien kürzlich. Das Manuskript wurde über die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin der AWMF zugeleitet, um im Sinne der beschriebenen Konsensusbildung und für die Qualitätssicherung verwendet zu werden, und wird hier gekürzt wiedergegeben. Dieses und andere Beispiele können die Vorschläge des Rates zur Konsensusbildung konkret verdeutlichen.

1. Schilddrüse

- a) Das Vollbild der Hyperthyreose (Herzklopfen, Unruhe, Gewichtsverlust, Schwitzen, häufigerer Stuhlgang, Schwäche, Tremor, etc.) ist kaum zu übersehen. Probleme machen dagegen monosymptomatische Verläufe (tachykarde Herzrhythmusstörungen) und oligosymptomatische Altershyperthyreosen (Apathie, Schwäche, Gewichtsverlust).

Ausschlußdiagnostik:

Ein normaler basaler TSH-Wert schließt eine Hyperthyreose aus (Abbildung 40).

Nachweisdiagnostik:

Diese wird erforderlich, wenn das klinische Bild sehr verdächtig ist, oder wenn ein supprimierter TSH-Wert bereits bekannt ist. Der Nachweis der Hyperthyreose erfolgt mittels Bestimmung des freien Thyroxins. Nur wenn das freie Thyroxin nicht erhöht ist, muß durch Bestimmung des freien Trijodthyronins eine sog. T3-Hyperthyreose nachgewiesen werden.

Erst nach der Sicherung der Funktionsstörung Hyperthyreose erfolgt die Zuordnung zu einer zugrundeliegenden Schilddrüsenerkrankung!

- Bei sicherer endokriner Orbitopathie ist die immunogene Genese der Hyperthyreose (Morbus Basedow) gesichert. Nur wenn keine Augenzeichen (endokrine Orbitopathie) vorliegen, ist die Bestimmung von Schilddrüsen-Antikörpern (Anti-TPO) und des TSH-Rezeptor-Antikörpers zum Nachweis der Immunpathogenese erforderlich.
- Bei Hyperthyreose (supprimiertem TSH) liefert die Szintigraphie Hinweise zur Beteiligung des Schilddrüsengewebes: generalisiert (Immunhyperthyreose oder diffuse Autonomie) bzw. lokalisiert (solitäres oder multifokales autonomes Adenom).

- b) Die Symptome der Schilddrüsenunterfunktion (Müdigkeit, Verlangsamung, Kälteempfindlichkeit, Obstipation, trockene Haut, langsame Sprache etc.) werden oft lange verkannt. Der großzügigere Einsatz der Ausschlußdiagnostik, d.h. der Bestimmung des basalen TSH ist angebracht. Für den Nachweis der Hypothyreose (klinisch wahrscheinlich oder TSH erhöht) ist die Bestimmung des freien Thyroxins ausreichend (Abbildung 41).

Auch hier erfolgt nach Sicherung der Funktionsstörung Hypothyreose die Zuordnung zu einer zugrundeliegenden Schilddrüsenerkrankung durch Anamnese (Schilddrüsenoperation?) oder durch Bestimmung von Antikörpern gegen die thyreoidale Peroxidase (mAK) im Sinne des Nachweises der ausgebrannten Autoimmunthyreoiditis. Ein niedriges TSH belegt die seltene hypothalamo-hypophysäre Genese.

- c) Symptome der Schilddrüsenvergrößerung (Struma, Kropf) sind tastbare Vergrößerungen oder Knoten und Lokalbeschwerden im Sinne des Drucks (Schluckbeschwerden, Einflusstauung, der Trachealpelottierung und -verlagerung, Atemnot, Stridor) sowie eventuell lokaler Schmerzen.

Die Schilddrüsenultraschalluntersuchung erlaubt zunächst die Sicherung der Schilddrüsenvergrößerung (Volumen) sowie die Beschreibung von Knoten, Zysten und Echostruktur.

- Für den Nachweis der subakuten Thyreoiditis de Quervain ist die Feinnadelbiopsie mit dem

zytologischen Nachweis von Riesenzellen beweisend (daneben erhöhte BKS).

- Bei der Hashimoto-Thyreoiditis findet man ein echoarmes Muster im Sonogramm, reichlich Lymphozyten im Feinnadelaspirat und Antikörper gegen Thyroglobulin oder thyreoidale Peroxidase im Serum (Häufigkeit in dieser Reihenfolge).
- Die Symptome der Struma maligna sind im Frühstadium der solitären rasch wachsenden Knoten besonders auch Rezidivknoten und vielleicht eine derbere Beschaffenheit. Eine Ausschlußdiagnostik im engeren Sinne gibt es eigentlich nicht. Es geht vielmehr darum, bei gegebenem Leitsymptom Knoten, die Wahrscheinlichkeit der Malignität so klein wie möglich zu halten. Hier ist Erfahrung unersetzbar (Sonographie, Szintigraphie, Feinnadelaspiration, Zytologie). Bei weiter bestehendem Verdacht sind Operation und histologische Sicherung ausschlaggebend (prophylaktisch-diagnostische Indikation). Besondere Spezialkenntnisse erfordert das C-Zell-Karzinom, insbesondere zusammen mit einem Phäochromozytom bei multipler endokriner Neoplasie (MEN II).

2. Nebennierenrinde

Die typischen Symptome des Cushing-Syndroms (Vollmondgesicht, Stammfettsucht, Hypertonie, Plethora, Amenorrhoe und Hirsutismus, Muskelschwäche, Striae rubrae, hämorrhagische Diathese, Osteoporose) werden oft lange übersehen. Der Test zum Ausschluß eines Cushing-Syndroms ist der Dexamethason-Suppressionstest. Die weitere Diagnostik sollte von speziell erfahrenen Ärzten durchgeführt werden, da adrenale, hypophysäre, hypothalamische und ektope Krankheitsebenen zu differenzieren sind (Abbildung 42).

Das adrenogenitale Syndrom fällt durch Virilisierungserscheinungen bei Mädchen und Frauen bzw. frühzeitige Pubertät, endgültigem Minderwuchs und Fertilitätsstörungen beim Mann auf. Die Diagnostik ist dem speziell erfahrenen Arzt (Pädiater) vorbehalten.

Primärer Aldosteronismus (Conn-Syndrom): Die Symptome bestehen in einer schwer korrigierbaren Hypertonie mit einer Hypokaliämie von weniger als 3,6 mmol/l. Diagnostisch beweisend ist der Hyperaldosteronismus bei supprimiertem Renin. Die weiterführende Differentialdiagnose gehört auf jeden Fall zu einem speziell Erfahrenen.

Die Symptome des Morbus Addison (Ermüdbarkeit, Schwäche, Gewichtsabnahme, Pigmentvermehrung, Appetitlosigkeit etc.) sind meist hinreichend für eine klinische Diagnose. Hyperkaliämie und Hyponatriämie können ebenfalls hinweisend sein. Der beweisende Test ist der ACTH-Kurztest (mit Cortisol-Bestimmung). Im Zweifelsfall muß schon bei klinischem Verdacht schnell die Substitutionsbehandlung eingeleitet werden. Dia-

gnostische Sicherung und Differentialdiagnose kann man dann dem speziell Erfahrenen überlassen.

Hypoadosteronismus (Hyperkaliämie!) wird primär und sekundär z.B. im Rahmen des Diabetes mellitus beobachtet.

3. Nebennierenmark

Paroxysmale oder Dauerhypertonie sind Leitsymptome des Phäochromozytoms. Es kann ferner durch Kopfschmerzen, Temperaturerhöhung, Schwitzen, Tachykardie, Tremor, Unruhe, Blässe und Angina pectoris gekennzeichnet sein. Je jünger der Hochdruckpatient ist, desto eher wird man die Ausschlußdiagnostik (Bestimmung der Urinkatecholamine) durchführen (Abbildung 43). Die weiterführende Diagnostik gehört zum speziell Erfahrenen. Die Kombination des Phäochromozytoms mit dem C-Cell-Karzinom kommt bei MEN II vor (Familienscreening erforderlich).

4. Männliche Gonaden

Hypogonadismus und Infertilität (diese betrifft 5 % aller Männer, von denen wiederum 5 % einen Hypogonadismus haben) präsentieren sich je nach Lebensalter als eunuchoidaler Hochwuchs oder als Libido- und Potenzverlust mit vermindertem Bartwuchs, später Osteoporose. Diagnostische Eingangsteste sind die Testosteron-Bestimmung im Serum, Hodensonographie, Kerngeschlecht und Ejakulat (Abbildung 44). Die Gonadotropin-Bestimmung erlaubt die Unterscheidung zwischen primär gonadalen und hypophysär-hypothalamischen Erkrankungen. Die Differentialdiagnose gehört zum speziell Erfahrenen.

Die wichtigsten Erkrankungen bei Kindern und Adoleszenten sind Maldescensus der Hoden und Pubertas präcox. Bei der Gynäkomastie sind die häufigen, aber in der Regel spontan remittierenden Fälle von Pubertätsgynäkomastie abwartend zu beobachten. Gynäkomastie ist ferner Symptom des häufigen Klinefelter-Syndroms sowie der endokrin aktiven Hodentumoren und von Medikamenten-Nebenwirkungen.

5. Weibliche Gonaden (Gynäkologie und Geburtshilfe)

Die gynäkologischen Symptome Menstruationsstörungen und Androgenisierung erfordern vor allem Prolaktinbestimmung, Gestagen-Test und Bestimmung von Testosteron auf der Basis einer gynäkologischen Untersuchung und der Führung einer Basaltemperaturkurve. Auch die Sterilitätsberatung fängt mit Basaltemperaturkurve, gynäkologischer Untersuchung und Hyperprolaktinämieausschluß an. Diese Untersuchungen sind

überwiegend den endokrinologisch tätigen Gynäkologen vorbehalten (Abbildung 45).

Zur endokrinen Diagnostik in der Geburtshilfe gehört neben der Diagnose der Gravidität die HCG-Bestimmung für die Extrauterin-Gravidität und die Trophoblasten-Tumoren sowie die Graviditätsüberwachung in der Spätphase.

6. Hypothalamus und Hypophyse

Leitsymptome:

Periodenstörungen, Kleinwuchs, Hypogonadismus, Durst, Gesichtsfelddefekte, Hirnnervenausfälle, Akromegalie/Gigantismus, Karpaltunnelsyndrom, Schwitzen, Galaktorrhoe/Amenorrhoe, Libido- und Potenzverlust, Gynäkomastie?, zufälliger Röntgenbefund (Sella turcica), Hypoglykämie-Neigung, Hypercortisolismus (siehe Cushing-Syndrom).

Ausschlußdiagnostik:

eine regelmäßige Periode schließt bei der Frau eine Hypophysenvorderlappeninsuffizienz praktisch aus. Normaler Bartwuchs und regelrechte Körperbehaarung sprechen beim Mann gegen eine HVL-Insuffizienz. Die Gonadotropin-Bestimmung ist der empfindlichste Test für die HVL-Insuffizienz.

Der Durstversuch mit Gewichts- und Osmolaritätsbestimmung im Urin erlaubt den Ausschluß (und Nachweis) des Diabetes insipidus. Differentialdiagnose: Diabetes mellitus, Hyperkaliämie, Niereninsuffizienz, psychogene Polydipsie.

Für das Syndrom der inappropriaten ADH-Sekretion sind Ödeme und Hyponatriämie wegweisend (Ausschluß und Nachweis erfolgt durch Bestimmung der Osmolalität im Serum und Urin).

Für einen Ausschluß der Akromegalie (und Nachweis) ist die Wachstumshormonbestimmung unter oraler Glukosebelastung entscheidend.

Der isolierte Wachstumshormonmangel erfordert diagnostisch Stimulationsteste, die z.B. Wachstumshormonbestimmung unter körperlicher Belastung erfordern (Überweisung zum Spezialisten). Differentialdiagnose: Konstitutioneller Minderwuchs, allgemeine schwere Erkrankung.

Die Hyperprolaktinämie ist bei drei normalen basalen Prolaktin-Werten ausgeschlossen. Differentialdiagnose: idiopathisch, Mikro-, Makro-Prolaktinom, medikamenteninduzierte H., Gravidität.

Bei inaktivem Hypophysentumor ist der empfindlichste endokrine Test der Nachweis des hypogonadotropen Hypogonadismus. Zum Suchprogramm gehört ferner die Sella-Spezialaufnahme und das Gesichtsfeld.

Das Cushing-Syndrom wird durch einen normalen Dexamethason-Suppressionstest (Cortisol-Messung) ausgeschlossen.

Die hier formulierten Ausschlussteste (z.T. auch bereits zum Nachweis der genannten Erkrankung) sind geeignet, die eher unwahrscheinliche Verdachtsdiagnose auszuschließen. Sie können zumeist auch vom weniger spezialisierten Arzt eingesetzt werden. Die spezielle Diagnostik zum Nachweis der hier genannten Syndrome und der diesen wiederum zugrundeliegenden vielfältigen Krankheiten erfordern eine spezielle Weiterbildung und machen daher in aller Regel die Überweisung an einen Spezialarzt erforderlich.

7. Nebenschilddrüsen und Kalzium-Homöostase

Leitsymptome:

- Hyperkalziämie (Durst, Rücken-/Knochenschmerzen, Nierenkoliken, Schwäche, Verstimmung).
- Hypokalziämie (Tetanie, Katarakt etc.).
- Osteoporose (Rückenschmerzen, Frakturneigung, Minderung der Körpergröße).
- Osteomalazie (Knochenschmerzen, Knochenverformungen, Watschelgang).
- Morbus Paget (Knochenschmerzen, Engpass-Syndrome).

Der primäre Hyperparathyreoidismus erfordert neben der Sicherung der Hyperkalziämie die Bestimmung des intakten Parathormons. Zur Interpretation der Werte sind Kalium, alkalische Phosphatase und Kreatinin erforderlich. Die Differentialdiagnose betrifft in erster Linie Malignome mit Hyperkalziämie (Abbildung 46). Beachte: Primärer Hyperparathyreoidismus bei MEN I (s. unten)

Bei jeder Tetanie ist die Primärfrage, ob es sich um eine normokalzämische oder hypokalzämische Tetanie handelt. Die Parathormonbestimmung sichert gegebenenfalls den Hypoparathyreoidismus (Abbildung 47).

Das labordiagnostische Minimalprogramm zum Ausschluß der sekundären Osteoporose erfordert die Bestimmung von Kalzium, Phosphat, alkalischer Phosphatase, Kreatinin, BKS, Differentialblutbild, Serumeiweiß, Elektrophorese und Immunelektrophorese im Blut sowie den Proteinnachweis im Urin. Die bei negativen Befunden ausreichend gesichert idiopathische Osteoporose wird röntgenologisch diagnostiziert. Indikationen zur Osteodensitometrie stellen Menschen mit Prädisposition zur Osteoporose dar (Familienanamnese, zierlicher Körperbau mit Untergewicht und Hautatrophie, exzessives Rauchen) sowie Patienten mit bekannten Ursachen der sekundären Osteoporose.

Für die Osteomalazie braucht man die alkalische Phosphatase sowie Phosphat und Kalzium im Serum und Urin. Typische Röntgenveränderungen sind u.U. anhand

eines Skelettszintigramms besser zu finden. Es muß zwischen Vitamin D- und Kalziummangel einerseits und Phosphatmangel andererseits unterschieden werden.

In der Diagnostik des Morbus Paget dominieren die Bestimmung der alkalischen Phosphatase und das Röntgenbild.

8. Endokrines Pankreas / Diabetes mellitus

Grundsätzlich wichtig ist die Unterscheidung zwischen Primärdiagnostik und diagnostischer Beurteilung der Einstellung des Stoffwechsels eines Diabetikers.

Für die Primärdiagnostik ist die mehrfache Blutzuckerbestimmung unter definierten Bedingungen (nüchtern, postprandial) und die Berücksichtigung der akzeptierten Grenzwerte wichtig. Diese werden ergänzt durch quantitative Harnzuckerbestimmung. Die Ausschlusdiagnostik ist nicht nur bei typischen Symptomen (Durst, Müdigkeit, Hautinfektionen) sondern bei bestimmten Risikokonstellationen (Übergewicht, Verwandtschaft, Schwangerschaftskomplikationen) bereits indiziert. Die Zuordnung zum Typ I und II ist durch anamnestische Angaben möglich. Insulinbestimmungen sind nur im Ausnahmefall zur Klassifikation erforderlich.

Die Bestimmung des HbA_{1c} dient nicht der Diagnostik sondern der Langzeitbeurteilung der Einstellung in größeren Zeitabständen. Die mehrfach tägliche Blutzucker-Selbstbestimmung ist bei allen mit Insulin intensiviert behandelten Patienten unbedingt erforderlich.

Bei allen Schwangeren sind Suchtest und bei positivem Ausfall orale Glukosebelastung erforderlich.

9. Sonstiges endokrines Pankreas, gastrointestinale Hormone

Karzinoid, Gastrinom, Insulinom, Glukagonom, Somatostatin-produzierender Tumor, VIPom und PPom sind seltene Tumoren.

Symptomatik:

Kombination von Inselzelltumor/Epithelkörperchenadenom/HVL-Adenom (= MEN Typ I mit den jeweiligen spezifischen Symptomen): Flush-Syndrome, therapierefraktäre Ulzera (Abbildung 48), Spontanhypoglykämien, sekundärer Diabetes, wässrige Durchfälle machen die Symptome dieser Tumoren aus, die diagnostisch eine Aufgabe für speziell ausgebildete Ärzte sind.

10. Ernährung und Stoffwechsel

Die Europäische Atherosklerose-Gesellschaft hat die Hyperlipoproteinämie auf der Basis der Cholesterin- und Triglyzeridwerte in Therapiegruppen eingeteilt. Der Durchführung dieser Diagnostik liegen vor allem positi-

Abbildung 40: Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Hyperthyreose

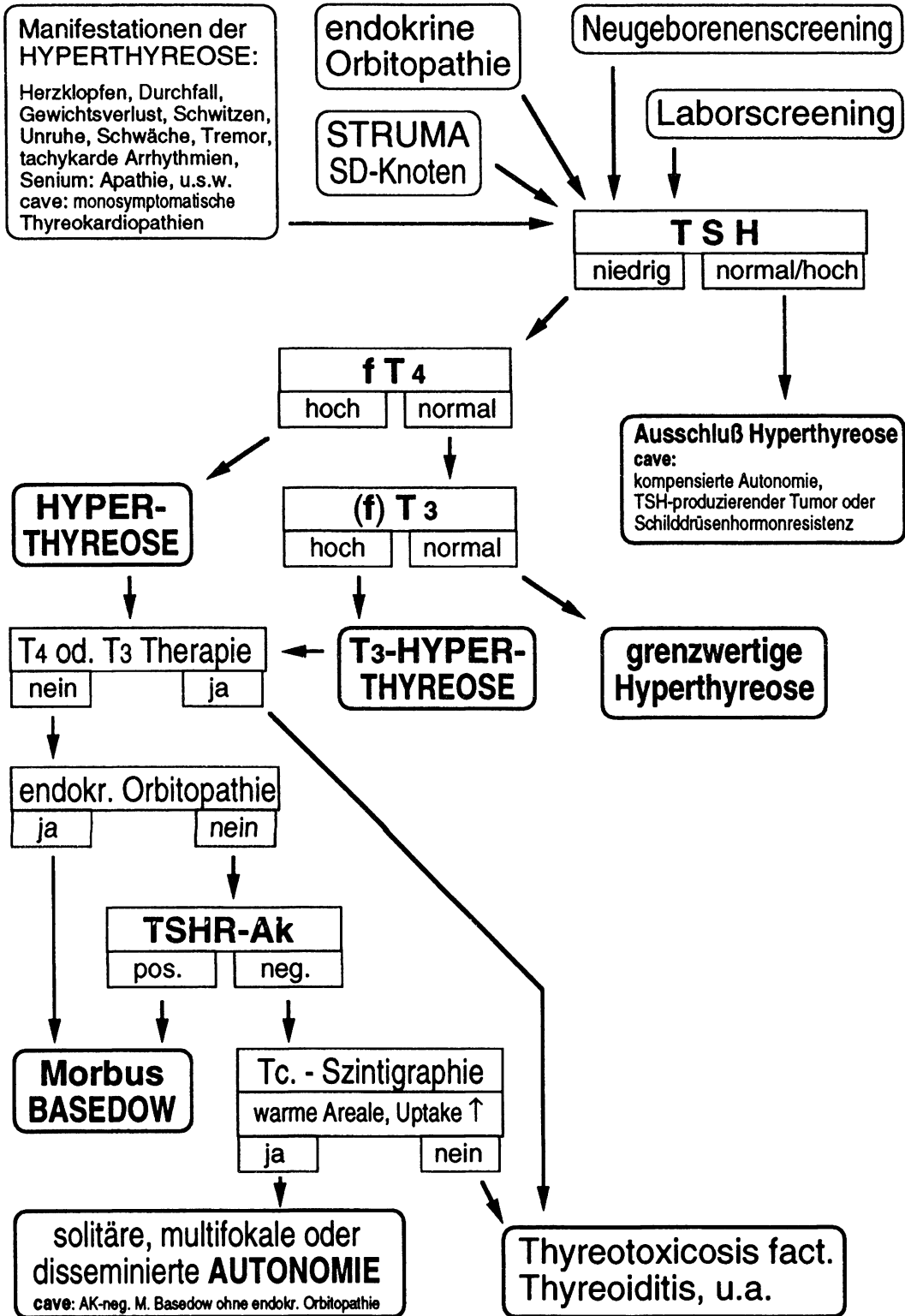


Abbildung 41: Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Hypothyreose

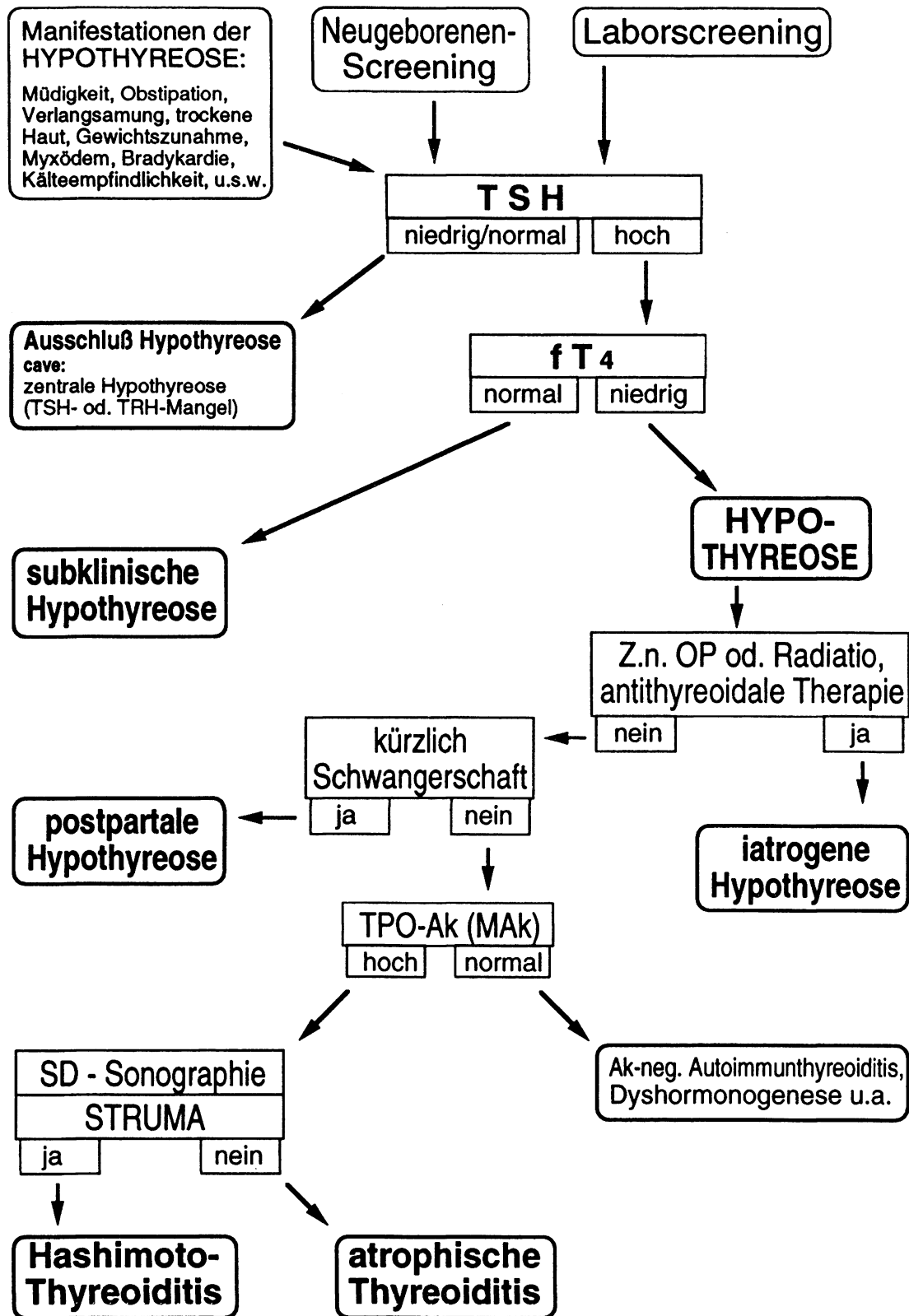


Abbildung 42: Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Hyperkortisolismus

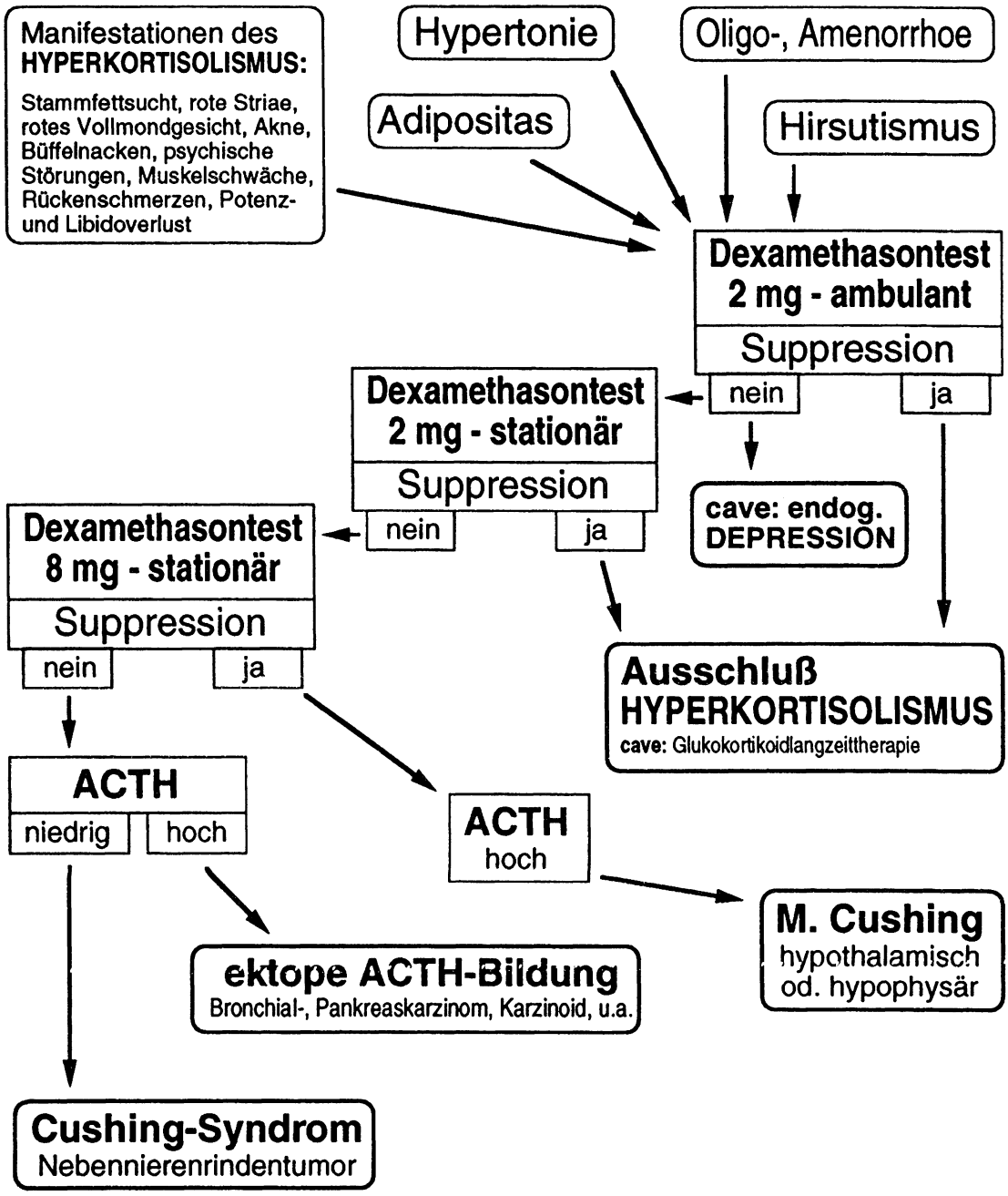


Abbildung 43: Flußdiagramm der Diagnostik bei V. a. Phäochromocytom

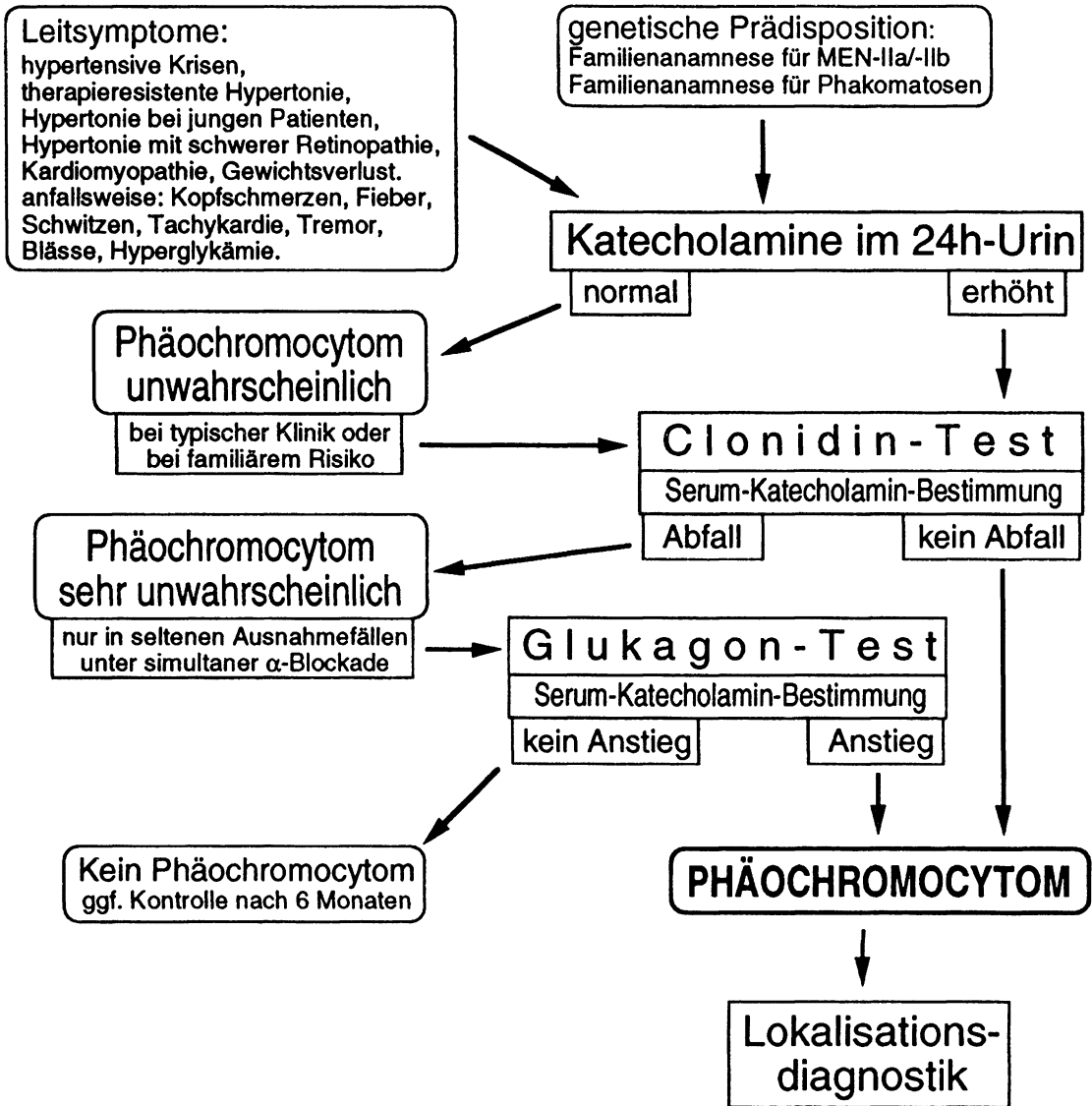


Abbildung 44: Flußdiagramm der Diagnostik bei Hypogonadismus und Infertilität des Mannes

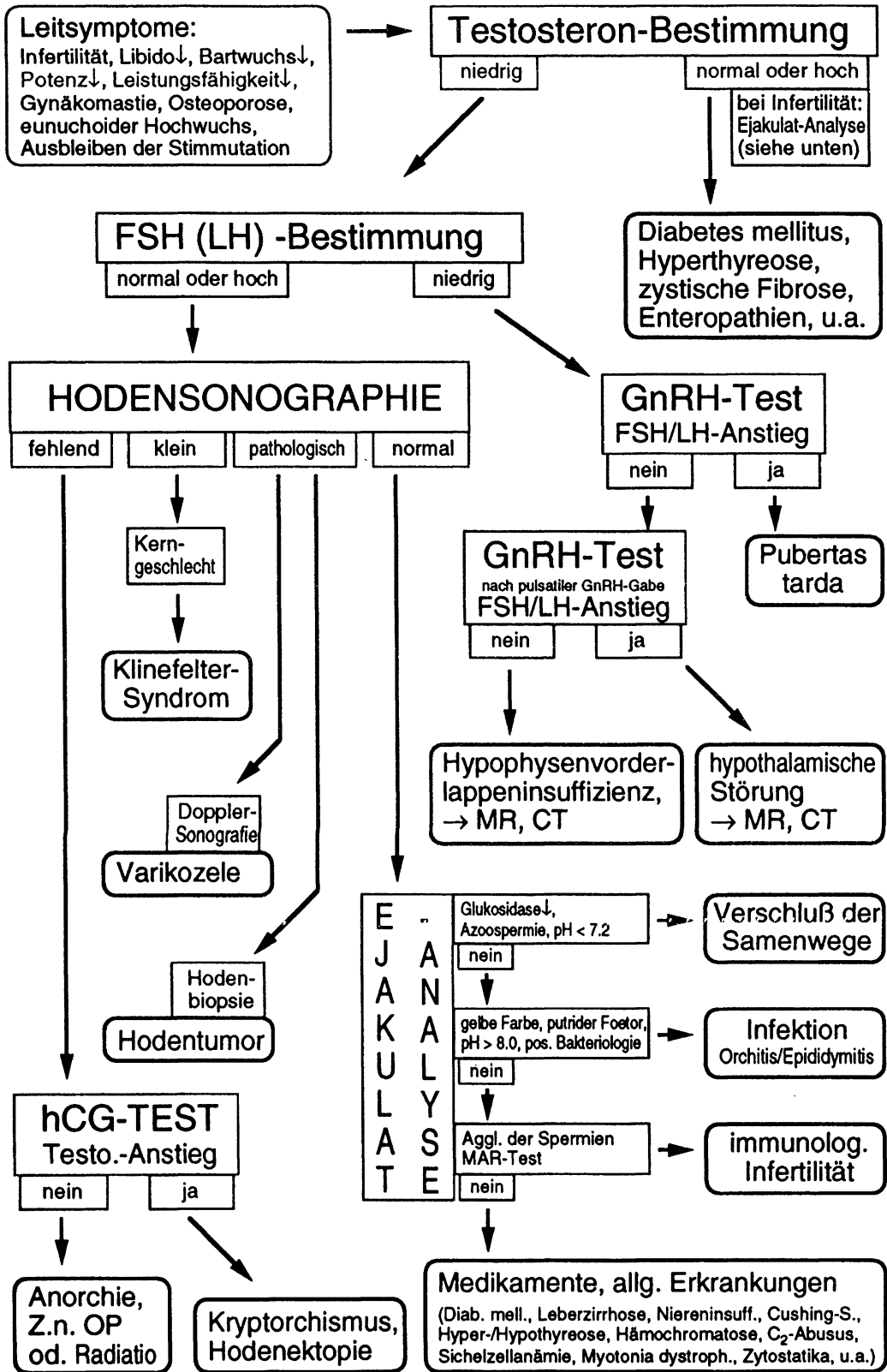


Abbildung 45: Flußdiagramm der Diagnostik bei Amenorrhoe/weiblicher Sterilität

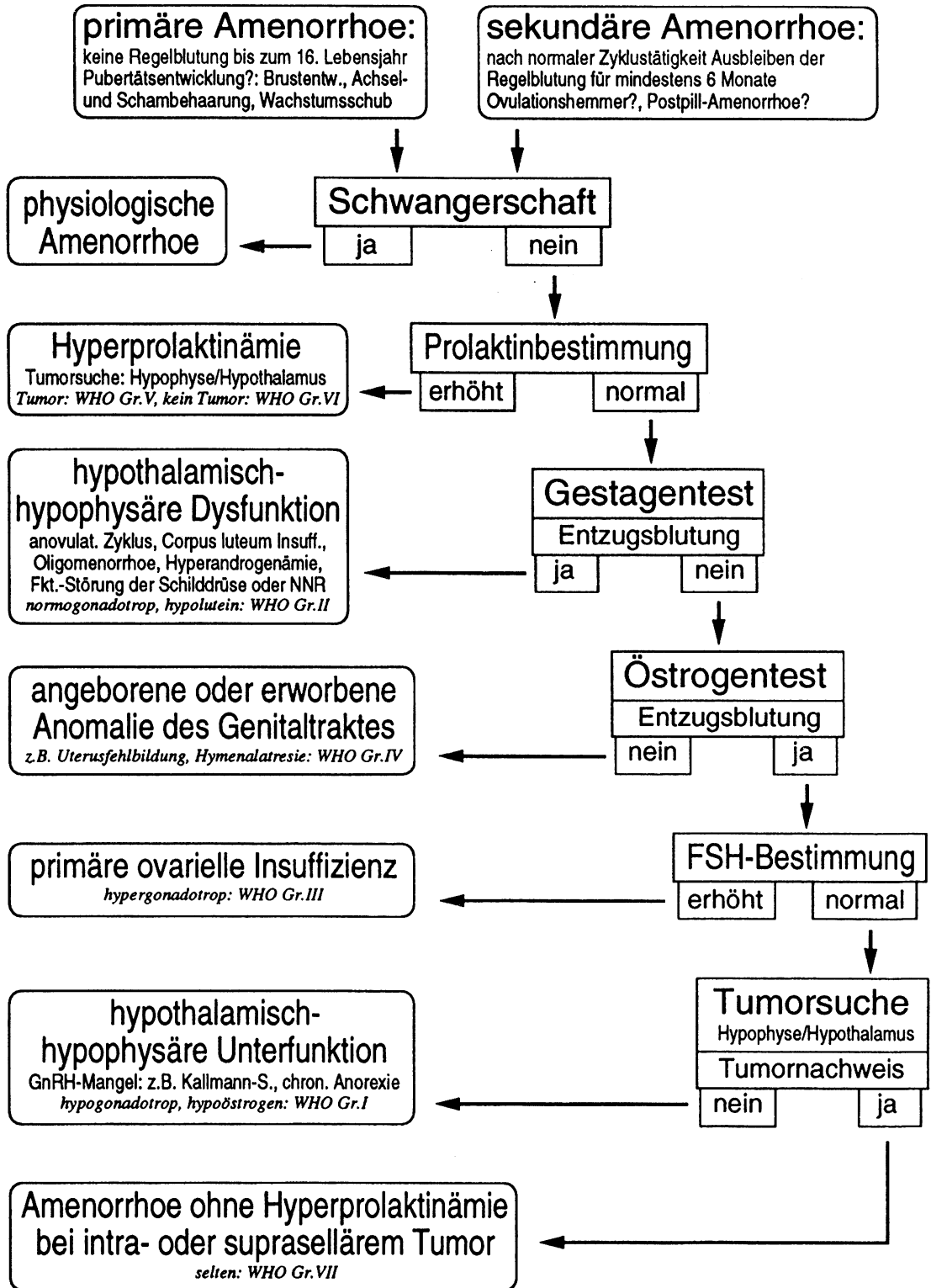


Abbildung 46: Flußdiagramm der Diagnostik bei pHPT bzw. Hyperkalzämie

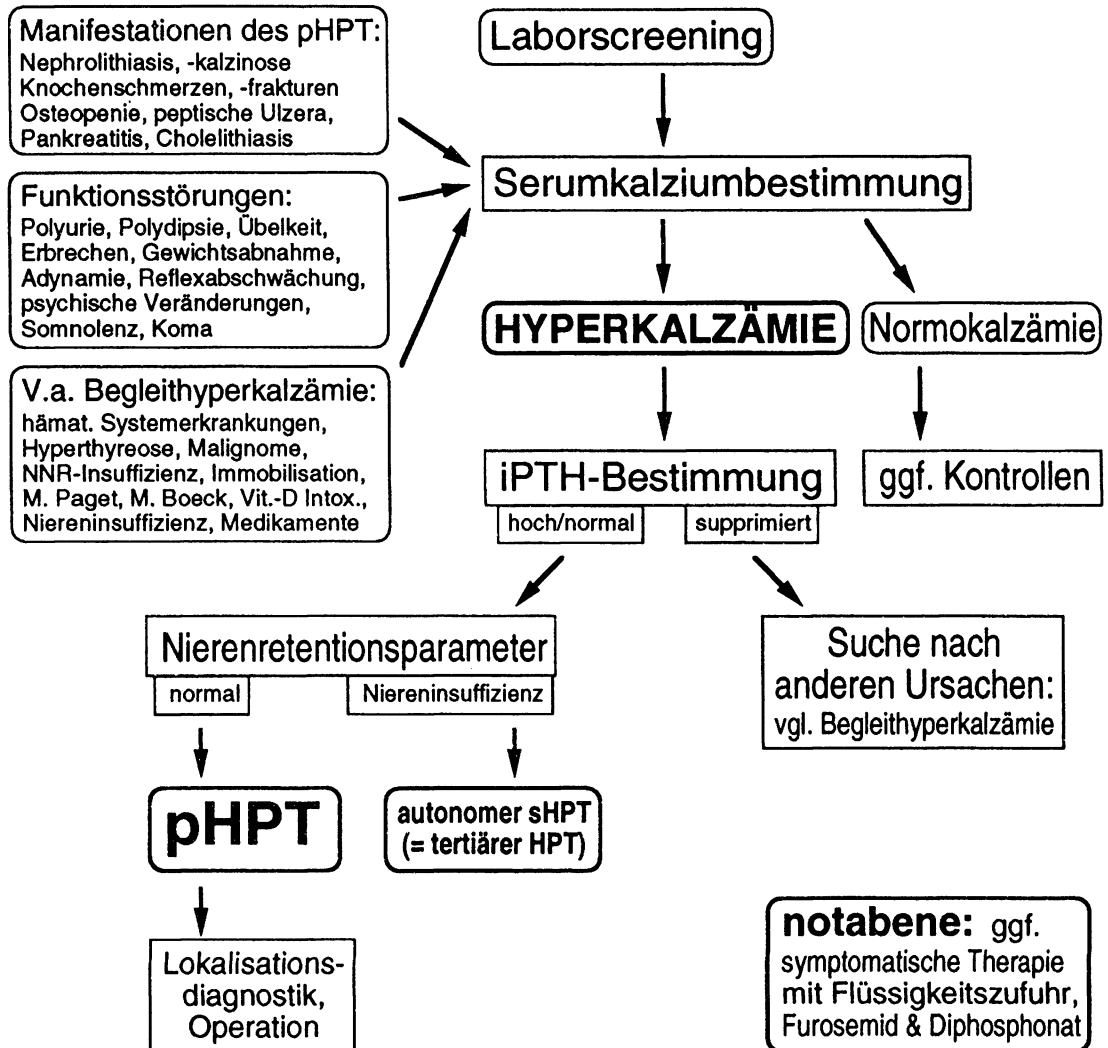


Abbildung 47: Flußdiagramm der Diagnostik bei Tetanie bzw. Hypokalzämie

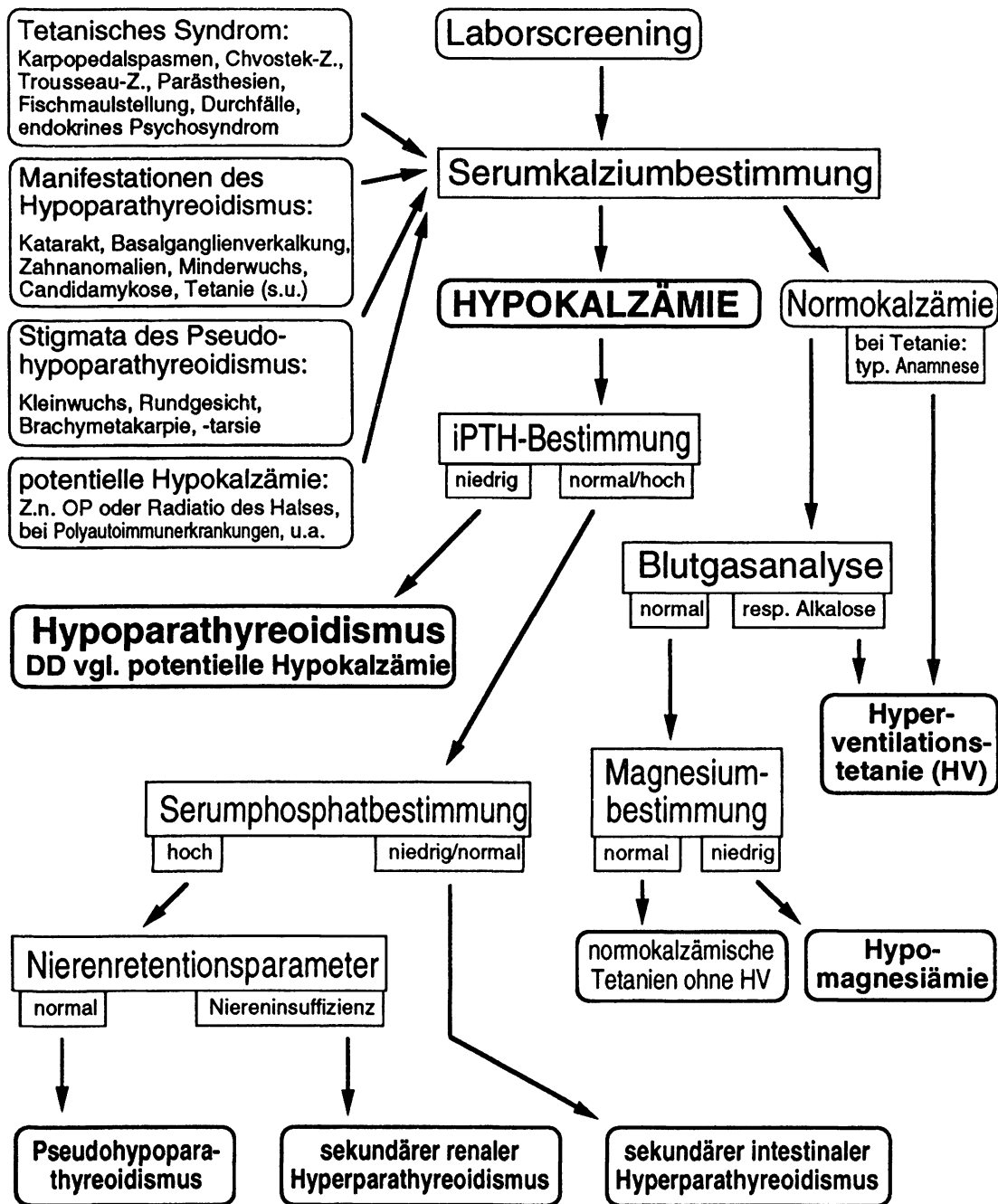
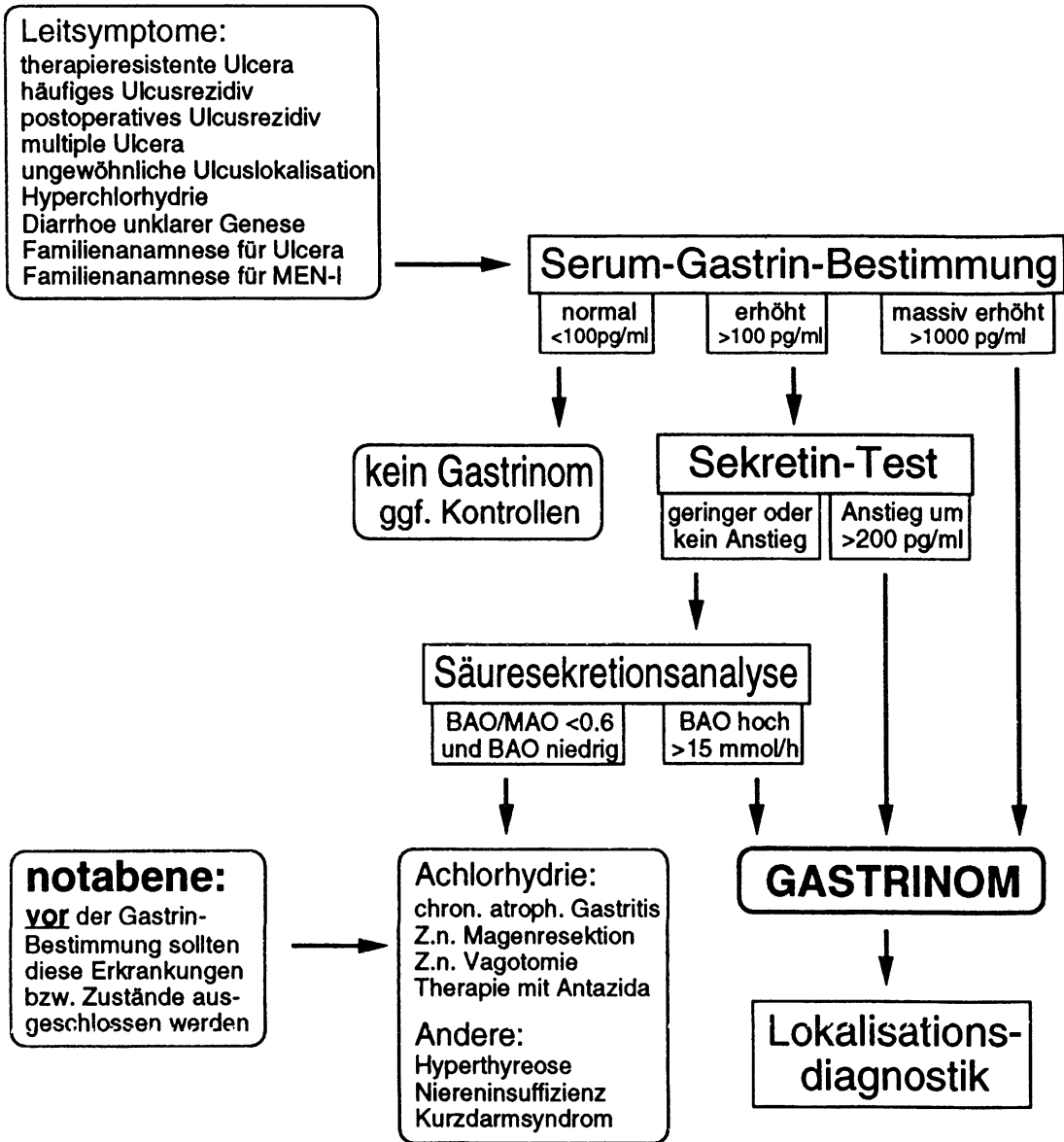


Abbildung 48: Flußdiagramm der Diagnostik bei rezidivierenden Ulcera/V. a. Gastrinom



ve Familienanamnese und Auftreten der Leitsymptome primärer Hyperlipoproteinämien zugrunde:

Vorzeitige Atherosklerose (koronare Herzkrankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit), Diabetes mellitus, Übergewicht, Xanthome, Pankreatitis sind hier vor allem zu nennen. Der diagnostische Konsensus geht dahin, daß neben der Bestimmung von Cholesterin und Triglyzeriden auch das HDL-Cholesterin im Serum erforderlich ist. Die weiterführende Diagnostik wird dann meist vom speziell interessierten Arzt durchgeführt. Der therapeutisch/prophylaktische Konsensus ist noch nicht ganz einstimmig.

Die Adipositas ist in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle eine idiopathische Erkrankung neben der genetische Syndrome, hypothalamische und andere endokrine Erkrankungen sowie Medikamente als Ursache sehr selten sind. Dementsprechend reicht in aller Regel die anthropometrische Beschreibung der Adipositas (z.B. Broca-Index oder Idealgewicht). Adipositas heißt mehr als 130 % des Idealgewichtes. eine spezielle Diagnostik (z.B. Hormondiagnostik) ist nur erforderlich, wenn zusätzliche Symptome neben der Adipositas auf das Vorliegen eines genetischen Syndroms oder einer mit Adipositas einhergehenden hypothalamischen oder sonstigen endokrinen Erkrankung (Cushing-Syndrom, Hypothyreose, Hyperinsulinismus) hinweist. Die kardiovaskulären, pulmonalen und endokrinen metabolischen Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas erfordern natürlich ihre eigene Diagnostik.

Die endokrinen Funktionsstörungen bei Anorexia nervosa und Bulimie sind sekundär, d.h. unter Gewichtszunahme reversibel. Für die Diagnostik dieser Erkrankung spielen sie keine Rolle.

263. Fazit: Häufige Beschwerden und Befunde (Symptome) können allein in der endokrinologischen Differentialdiagnose (Anhang, Tabelle A 23), die selbstverständlich nur einen kleinen Teil der allgemeinärztlich-internistischen oder sonstigen Differentialdiagnose ausmacht, zu einer durchaus aufwendigen Ausschlußdiagnostik (Ziffer 258) führen. Der Arzt muß im Einzelfall den denkbaren Maximalaufwand (»ich mache immer alles«, auch bei Kontroll-/Wiederholungsuntersuchungen) im Sinne eines Ermessensspielraumes einengen (Ziffer 255). Arzt und Patient haben hierbei ein individuelles Restrisiko (Ziffer 257) zu akzeptieren. Diagnostische Empfehlungen, die im Sinne des Konsensus zu erarbeiten sind (Ziffer 256), können hierbei hilfreich in dem Sinne sein, daß der statistische Hintergrund der allgemeinen Erfahrung die Höhe des Restrisikos einzuschätzen erlaubt. Qualitätssicherung würde dann zu bewirken haben, daß niemand zu ängstlich oder zu leichtfertig wird. Wer aber regelmäßig extrem unwahrscheinliche diagnostische Wege eingeht, begibt sich in die Gefahr, daß die Solidargemeinschaft seine Ängste nicht oder nicht in vollem Umfang finanzieren kann. Die Imple-

mentation der Qualitätssicherung ist eine entscheidende, wichtige Zukunftsaufgabe (JG 1989 Ziffer 59ff.).

5.2.3. Handlungsperspektiven

264. Es kann nicht Aufgabe des Rates sein, die sowohl vom Ärztetag als auch von der AWMF betriebene Konsensus-Formulierung und Konsensus-Dokumentation im einzelnen darzustellen oder gar zu steuern. Der Rat ist aber der Auffassung, daß hier eine außerordentlich wichtige Aufgabe vorliegt, deren Förderung durch geeignete Maßnahmen wünschenswert erscheint. Wenn zuverlässige epidemiologische Daten über Krankheitshäufigkeiten mit den auf dem Konsensuswege entstandenen Leitlinien für Diagnostik und Therapie zusammengebracht werden, ist so etwas wie ein Soll des Aufwandes für die Medizin zu ermitteln. Niemand kann heute sagen, ob dieses Soll deutlich unter oder deutlich über dem gegenwärtigen Ist des Aufwandes liegt. Was dagegen sicher erscheint ist, daß das hier deklarierte Soll des medizinisch Erforderlichen eine erhebliche Steigerung der Qualität der Versorgung (Rationalität) bedeuten und die rationelle Vermeidung von Unnötigem sowie Unwirksamem im Sinne der Qualitätssicherung erleichtern würde. Mit diesem Vorgehen würde auch die Definition des Leistungskatalogs der Krankenversicherungen erleichtert. Leistungsausschlüsse könnten nicht nur pauschal für einzelne Methoden, sondern mit besserer Begründung auch indikationsbezogen erfolgen.

5.3. Diagnosedokumentation und Leistungstransparenz

5.3.1. Die Diagnoseklassifikation

265. Voraussetzung für eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen ist eine bessere Spezifikation und Differenzierung der Krankheitsbilder, die die Leistungen verursachen.

eine genauere, objektivierbare Definition dieser Entitäten ist für folgende Zwecke erforderlich:

- die genaue Identifikation der Leistungs- bzw. Ausgabenschwerpunkte im Gesundheitswesen,
- die innerbetriebliche Leistungstransparenz und Leistungssteuerung (*controlling*),
- zwischenbetriebliche Leistungsvergleiche,
- eine verbesserte Transparenz der Indikationsstellung,
- eine Standardisierung der Diagnose- und Therapieverfahren sowie die Qualitätssicherung,
- die indikationsbezogene Abgrenzung von Leistungskatalogen,
- eine leistungsgerechte, indikationsbezogene Vergütung.

- die Bildung von homogenen Fallgruppen und Leistungskomplexen (z.B. Sondrentgelte) zum Zwecke der Vergütung.

Alle diese Ziele, die u.a. einige wesentliche Zielsetzungen des GSG widerspiegeln, erfordern eine hinreichend genaue Beschreibung der Krankheitsbilder. Nur auf dieser Basis läßt sich ein medizinisch begründetes, krankheitsbezogenes (Diagnose) und zugleich betriebswirtschaftlich vernünftiges Controlling entwickeln.

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, ob die bisherigen Methoden zur Analyse des Leistungsgeschehens ausreichen, um die o.g. Ziele zu erreichen, bzw. inwieweit sie verbessert werden können und müssen. Dazu werden folgende Teilaspekte untersucht:

- Welche Verbesserungen sind bei der Klassifikation von Diagnosen erforderlich und inwieweit müssen Verfahren berücksichtigt werden?
- Welche zusätzlichen Aspekte des Krankheitsgeschehens sind zur Analyse und Bewertung der diagnosebezogenen Leistungs- und Kostenstruktur von wesentlicher Bedeutung und werden derzeit auf betrieblicher und/oder überbetrieblicher Ebene (Gesundheitsberichterstattung) nicht oder nur unzureichend berücksichtigt bzw. zu wenig beachtet? Welche konkreten, in der Praxis realisierbaren Statistiken oder Kennzahlen sind geeignet, zu diesen Punkten zusätzliche Informationen zu liefern?
- Was ist inhaltlich und methodisch bei der Interpretation solcher Statistiken zu beachten?

266. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (*International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* – ICD – der WHO) ist die am weitesten standardisierte, weltweit verfügbare Krankheitsklassifikation. Wie jede andere medizinische Klassifikation stellt auch die ICD eine zweckgebundene Einteilung von Krankheiten dar (jede Krankheitsgruppe kann grundsätzlich nach einer Vielzahl unterschiedlicher Gesichtspunkte differenziert und damit auch klassifiziert werden, d.h. praktisch nimmt jede medizinische Fachrichtung eine für ihre jeweiligen Anwendungszwecke adäquate Unterteilung vor, z.B. nach ätiologischen, morphologischen, histologischen, biochemischen, epidemiologischen, klinischen oder anderen Kriterien). Die ICD entstand ursprünglich als Instrument zur Erfassung der Mortalität (Statistiken der Todesursachen) und orientierte sich aufgrund dieses Anwendungszweckes an Erfordernissen aus dem Bereich der Epidemiologie und der Pathologie (JG 1991 Ziffer 96). Die Intention, die ICD als Instrument betriebswirtschaftlicher Kostenanalysen einzusetzen, entwickelte sich aus dem Bemühen um eine wirksamere Kontrolle der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen in den späten 70er und frühen 80er Jahren (insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung eines Fallpauschalsystems auf der Basis diagnosebezogener Fallgruppen – *diagnoses related groups* [DRG] – 1983 in den USA). Die ICD wurde auf-

grund ihrer breiten Verfügbarkeit für diesen Anwendungszweck herangezogen und bildet in ihren verschiedenen Versionen die Grundlage für die Definition der ‚medizinischen Produkte‘, obwohl sie hierfür nicht entwickelt wurde und somit für eine Differenzierung der Krankheitsbilder nach Kosten-/Leistungsgesichtspunkten wenig geeignet ist.

267. Auch aus medizinischen Gründen gibt es von seiten der klinisch und in der Praxis tätigen Ärzte eine erhebliche Unzufriedenheit mit der ICD. Der Kliniker benötigt für seine Arbeit eine Einteilung der Erkrankungen, die es erlaubt, aus einer nach objektivierbaren Kriterien vorgenommenen Differenzierung des Krankheitsbildes die anzuwendenden Behandlungsverfahren und die Prognose abzuleiten. So werden beispielsweise Einteilungen in der Onkologie gezielt dahingehend entwickelt bzw. daran gemessen, daß sie sich zur Bildung von Behandlungsgruppen bzw. zur Beurteilung der Prognose (Verlauf und weitere Entwicklung des Krankheitsbildes) eignen. Auch in den operativen Fachgebieten sind z.B. klinische Stadieneinteilungen, die Rückschlüsse auf anzuwendende Therapieverfahren und Prognose erlauben, üblich. Viele dieser Einteilungen finden sich in der ICD-9 nicht wieder. Dieser Schlüssel ist daher als Basis für die klinische Routedokumentation und/oder die klinische Forschung vielfach ungeeignet. Es fehlt aus diesem Grunde auch ein ausreichender Sekundärnutzen für die Wissenschaft, die Qualitätssicherung und andere Dokumentationszwecke (beispielsweise Leistungsnachweis im Rahmen der Weiterbildung). Darunter leidet die Akzeptanz beim ärztlichen Personal erheblich.

268. Letztlich muß für die betriebswirtschaftlichen ebenso wie für die klinischen Anwendungszwecke neben der ICD entweder eine alternative Klassifikation oder zumindest eine die ICD ergänzende Modifikation erarbeitet werden, die dem hier angestrebten Einsatzzweck angepaßt und diesbezüglich validiert ist. Die ärztlichen Interessen stehen dabei in der Regel nicht im Widerspruch zum betriebswirtschaftlichen Anwendungszweck, sondern unterstützen diesen. Die gezielt zur Differenzierung der Behandlungsverfahren und zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs entwickelten, in der ICD-9 nicht ausreichend berücksichtigten Klassifikationskriterien sind in der Regel auch für die Kostenentstehung von entscheidender Bedeutung bzw. können für die Qualitätssicherung und Standardisierung der Behandlungsverfahren herangezogen werden.

269. In den USA wurde letztlich aus den genannten Gründen eine klinische Modifikation der ICD-9 (ICD-9-CM, *clinical modification*) erarbeitet, in der die genannten Interessen der Kliniker besser berücksichtigt sind (JG 1992 Ziffer 293). Die ICD-9-CM beinhaltet darüberhinaus als separaten Band eine eigene Klassifikation der Prozeduren, die in der ICD-9 nicht enthalten ist. Offenbar in Erkenntnis der Vorzüge dieser klinischen

Modifikation wurde die ICD-9-CM Grundlage des abrechnungsbezogenen DRG-Systems in den USA.

eine deutsche Übersetzung der ICD-9-CM existiert nicht. Es gibt hier verschiedene eigene, teils umfassende, teils gebietspezifische Ansätze, die ICD zu modifizieren oder eigene Klassifikationen zu entwickeln. Diese finden allerdings außerhalb der klinischen Arbeitsgruppen zu wenig Beachtung, obwohl es Anhaltspunkte dafür gibt, daß sie zu einer auch im ökonomischen Sinne besseren Differenzierung der Krankheitsbilder wesentlich beitragen könnten.

270. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, eine Klassifikation zu entwickeln, die sowohl die Belange der Medizin als auch ihre zweckorientierte Validierung seitens der Gesundheitsökonomie beinhaltet. Diese sollte sich möglichst als Ergänzung der ICD verstehen. Der Aufwand für ein solches Verfahren ist erheblich. Es bietet sich daher die Zusammenarbeit mit Arbeitsgruppen in den USA an, die sich nach Fertigstellung der ICD-10 zur Zeit zum Zwecke der Entwicklung einer klinischen Modifikation der ICD-10 (ICD-10-CM) konstituieren. Die Entwicklungszeit für diese ICD-10-CM wird auf mehrere Jahre geschätzt.

271. Abgesehen von den o.g. strukturellen Problemen ist die ICD-9 für bestimmte Einsatzzwecke aufgrund des völligen Fehlens von dort benötigten zusätzlichen Informationen ungeeignet. Der niedergelassene Arzt, insbesondere der Allgemeinmediziner, benötigt neben einer Klassifikation der Krankheiten ein Instrumentarium, um Patientenkontakte zu erfassen, denen keine Krankheit zugrunde liegt. Zu denken ist hier z.B. an Vorsorgeuntersuchungen, Erstellung von Attesten für administrative oder ähnliche Zwecke, Kontrolluntersuchungen wegen vorangegangener schwerer Erkrankungen (z.B. nach Tumortherapie), Impfungen, Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft usw. Derartige ‚Diagnosen‘ sind in der ICD-9 nicht vorgesehen. Zur Erfassung derartiger Behandlungsanlässe stehen neben der ICD-9 separate Klassifikationen zur Verfügung (z.B. die V-Klassifikation, eine Zusatzklassifikation zur ICD-9 ‚für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen‘ oder die ausführlichere *‘International Classification of Primary Care – ICP-C‘*, die von der World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians [WONCA] herausgegeben wird). Die ICD-10 bietet in diesem Bereich erhebliche Vorteile, da sie die bisherige V-Klassifikation als integrierten Bestandteil einschließt.

Auch andere Bereiche werden von der ICD unzureichend erfaßt (z.B. Rehabilitationsbehandlung bei Behinderungen). Es wird allerdings nicht möglich sein, alle diese Spezialbereiche mit eigenen Klassifikationen in der gesetzlichen Diagnosestatistik zu berücksichtigen. In einigen Fällen können Unzulänglichkeiten der ICD-9

auf vergleichsweise einfache Weise dadurch ausgeglichen werden, daß neben der Diagnose auch der Behandlungskontext (Ziffer 275) erfaßt wird.

272. Die Fertigstellung der deutschen Übersetzung der ICD-10 (systematischer Teil) ist nach Auskunft des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für die nächsten Jahre geplant. Das GSG sieht für die Krankenhäuser, insbesondere aber für die Vertragsärzte, die Einführung der vierstelligen ICD-9 ab 01.01.94 für eine Übergangsphase vor (Bekanntmachung des BMG über die Einführung eines Diagnoseschlüssels zur Angabe auf den Abrechnungsunterlagen für die Krankenkassen vom 17.06.93 auf der Basis der §§ 295 und 301 SGB V). Die damit verbundenen Kosten stehen möglicherweise in keinem angemessenen Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen (die Einführungskosten entstehen zwar auch bei Einsatz der ICD-10, die kurzfristigen Umstellungskosten von ICD-9 auf ICD-10 würden aber entfallen). Darüberhinaus eignet sich die ICD-10 aufgrund der Integration der in der ICD-9 noch nicht enthaltenen V-Klassifikation besser für den Einsatz im vertragsärztlichen Bereich.

5.3.2. Die Einbeziehung von Behandlungsverfahren und Behandlungskontext

273. Aufgrund der unzureichenden Differenzierung bzw. der inadäquaten Differenzierungskriterien (d.h. die Krankheitsbilder werden zwar differenziert, aber nicht nach den für die Behandlung relevanten Kriterien) ergibt sich vielfach die Notwendigkeit, die Behandlungsverfahren selbst zur Bildung ökonomisch sinnvoller Klassen heranzuziehen. Diese Strategie liegt der geplanten Einführung der ICPM-GE (Deutsche Fassung der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin) ab 1994 zugrunde (§ 301 SGB V). Inwieweit dieser Schlüssel die an ihn gestellten Erwartungen erfüllen kann, ist umstritten. Im Kontext der Entwicklung der ICD-10-CM mit dem zu erwartenden, sich daraus herleitenden Fallgruppensystem, liegt es nahe, darüber nachzudenken, ob Deutschland hier einen (teuren) Sonderweg einschlagen sollte.

274. Mit einer Einbeziehung der Behandlungsverfahren in die Fallgruppenbildung werden unerwünschte Anreize im Gesundheitswesen gesetzt, d.h. bei einem Patienten, der in eine diagnostisch inadäquat differenzierte Kategorie fällt, können Anreize zum Einsatz eines möglichst profitablen Behandlungsverfahrens entstehen.

Diese Auswirkungen sind vermeidbar, wenn die Differenzierung der Diagnosen von vornherein möglichst objektivierbar und behandlungsbezogen ist. Damit stellt sich dieses Problem wenigstens zum Teil als eine mittelbare Folge der oben erörterten Unzulänglichkeiten der Diagnoseklassifikation dar. Es versteht sich, daß eine adäquatere diagnostische Kategorisierung in der Regel

auch mit angemesseneren, besser überprüfbareren Behandlungsverfahren einhergeht und somit sowohl die Bemühungen um die Definition therapeutischer Standards als auch die Qualitätssicherung unterstützt.

Da eine ausreichende Differenzierung der Diagnosen nicht in allen Fällen möglich sein wird, dürfte eine separate Berücksichtigung von Behandlungsverfahren – insbesondere im operativen Bereich – nicht völlig überflüssig werden, sollte aber zumindest nur in möglichst geringem Umfang erforderlich sein.

275. Bei vielen Aktivitäten in der Medizin spielt nicht nur die Diagnose eine entscheidende Rolle, sondern auch der Behandlungskontext. Es sind hier insbesondere die Diagnosesicherheit (Nachweis einer Erkrankung, Ausschlußdiagnostik, fortbestehender Verdacht auf eine bestimmte Erkrankung) sowie Nachsorgemaßnahmen wegen einer vorangegangenen Erkrankung zu berücksichtigen. Außerdem muß bei chronischen Erkrankungen zwischen (Erst-) Diagnostik (mit Therapie) und Folgebehandlungen unterschieden werden. Besonders gilt dies für nicht-operative Fachgebiete, bei denen nicht die einmalige Intervention im Vordergrund steht, sondern die Diagnostik sowie die Behandlung chronischer Leiden eine größere Rolle spielen.

Das Problem sei der Verständlichkeit halber an einem Beispiel erläutert: Ein Patient wird wegen eines unklaren Lungenrundherdes unter dem begründeten Anfangsverdacht eines Bronchialkarzinoms in die stationäre Behandlung eingewiesen. Die Schwere des Verdachts macht eine weitreichende Diagnostik erforderlich. Das Ergebnis kann lauten:

- a) Ein Bronchialkarzinom kann bestätigt werden (Diagnose gesichert – Diagnose laut ICD-9: 162.x *Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge*).
- b) Der Befund stellt sich als harmlos heraus, eine unter vielen Möglichkeiten wäre beispielsweise, daß es sich um ältere Veränderungen bei früher durchgemachter TBC handelt (Ausschluß eines Bronchialkarzinoms kann so nicht kodiert werden – eine Diagnosemöglichkeit laut ICD-9 wäre z.B.: 137.0 Spätfolgen der Tuberkulose der Atmungsorgane).
- c) Weder ein Nachweis noch ein Ausschluß des Bronchialkarzinoms ist möglich. Der Patient könnte dann z.B. mit der Diagnose ‚(fortbestehender) Verdacht auf ein Bronchialkarzinom‘ entlassen (oder verlegt) werden, was in der Regel eine kurzfristige Wiederholung der aufwendigen Diagnostik oder andere diagnostische Maßnahmen zur Folge haben wird – Diagnose laut ICD-9: 793.1 Rundherd auf der Röntgen-Lungenaufnahme.

Bei der jetzigen Gesetzeslage, die die oben genannten Zusätze zur Diagnose (gesichert, Ausschluß, Verdacht auf) nicht vorsieht, müssen völlig verschiedene Entlassungsdiagnosen kodiert werden, obwohl berechtigter-

weise bei Ausschluß die gleichen diagnostischen Kosten und bei fortbestehendem Verdacht infolge notwendiger weiterer Maßnahmen sogar höhere Kosten als bei Nachweis eines Tumors entstehen können. Warum in den nicht mit Bronchialkarzinomen in Zusammenhang stehenden Diagnosegruppen, die in anderem Kontext wenig kostenintensive Diagnosen umfassen, einzelne Fälle mit sehr hohen Kosten auftauchen, muß den an einer Kontrolle interessierten Instanzen (innerhalb und außerhalb der Klinik) aufgrund des Fehlens der Information über den Behandlungskontext verschlossen bleiben. Das Problem, das im ambulanten Bereich eine noch größere Bedeutung hat als im stationären (mehr Behandlungen wegen Ausschluß bzw. Verdacht), wurde durch die o.g. Diagnosezusätze seitens der medizinischen Dokumentation bereits gelöst, findet aber in der Gesetzgebung bisher keine Beachtung.

Bei Nachweis eines Bronchialkarzinoms, beispielsweise vom häufigen kleinzelligen Typ, kann sich entweder unmittelbar oder in einem zweiten stationären Aufenthalt eine (lebensverlängernde) Chemotherapie anschließen. Die Fortsetzung der Chemotherapiezyklen wird dann in der Regel weitere stationäre Folgebehandlungen erforderlich machen. Diese zeichnen sich gegenüber der Erstuntersuchung durch wesentlich geringere diagnostische Kosten (bei Fehlen weiterer Besonderheiten erfolgt eine weitgehend standardisierte Überwachung des Krankheitsverlaufs), in der Regel konstante Therapiekosten und tendenziell ansteigende Pflegekosten (bei krankheitsbedingter Verschlechterung des Gesamtzustandes) aus. Die genannten Folgebehandlungen werden im gegenwärtig gesetzlich vorgeschriebenen System nicht von der Erstuntersuchung unterschieden (in beiden Fällen muß als Entlassungsdiagnose 162.x kodiert werden). Sie können aufgrund der rein fallorientierten Statistiken, die eine Verlaufskontrolle und damit ein Erkennen von Folgebehandlungen praktisch nicht ermöglichen, auch nicht mittelbar erkannt werden.

Anhand des Beispiels zeigen sich auch die Schwächen der ICD-9 hinsichtlich einer zweckentsprechenden, zur Erklärung der Kostenunterschiede geeigneten Differenzierung der Krankheiten. Die vierstellige ICD-9 unterscheidet im Falle des Bronchialkarzinoms lediglich Lokalisationen (162.0 Luftröhre, 162.2 Hauptbronchien, 162.3 Oberlappen, 162.4 Mittellappen usw.), nicht aber die verschiedenen, für die Behandlungsverfahren entscheidenden histologischen Typen. Unterschiedliche Typen des Bronchialkarzinoms (kleinzellig, Plattenepithelkarzinom, Adenokarzinom usw.) mit sehr verschiedenartigen Behandlungsverfahren (einerseits bevorzugt zyklische Chemotherapie, andererseits bevorzugt Operation) und dementsprechend unterschiedlichen Kosten fallen somit in die gleiche Gruppe.

Der in Kürze aufgrund § 301 SGB V zu vollziehende Übergang von der drei- zur vierstelligen ICD-9 bringt also in diesem und anderen vergleichbaren Fällen zwar zu-

Tabelle 28: Wiederaufnahmestatistik einer internistischen Universitätsklinik, 2-Jahres-Zeitraum

Aufenthalte	Tage	Personen	VD/P	Fälle	VD/F
a) Einzelfall	115.033	8.981	12,8	8.981	12,8
b) Wiederaufnahme	63.943	2.076	30,8	5.631	11,4
Gesamt	178.976	11.057	16,2	14.612	12,3

In der Regel stehen in Krankenhausstatistiken derzeit nur die drei fettgedruckten Werte zur Verfügung. Die Anzahl der Personen wurde EDV-gestützt über die statistische Zusammenführung von Fällen mit gleichen Personenmerkmalen ermittelt.

- Tage = Behandlungstage,
- VD/P = mittlere Gesamtverweildauer pro Person in Behandlungstagen,
- VD/F = mittlere Verweildauer pro Fall in Behandlungstagen,

sätzliche, aber nicht zweckentsprechende Informationen (im Falle dieses Beispiels gilt dies auch für die ICD-10, die an dieser Stelle – im Gegensatz zu anderen Bereichen – keine Verbesserung bringt). Die anzugebende Diagnosegruppe 162.x beinhaltet daher keine ausreichenden und relevanten Informationen für die vom Gesetzgeber beabsichtigten Analysen / Kontrollen des Leistungsgeschehens.

276. Bei einer Analyse des Leistungsgeschehens oder Bildung eines Fallklassifikationssystems müßten im genannten Beispiel wenigstens folgende Gruppen unterschieden werden:

- die aufwendige Erstdiagnostik eines Bronchialkarzinoms (in der Regel identisch mit der Ausschlussdiagnostik eines Bronchialkarzinoms),
- die Folgebehandlung bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
- die Folgebehandlung bei verschiedenen anderen, hier nicht erwähnten Karzinomtypen (z.B. Plattenepithelkarzinom),
- ggf. eine palliative (pflegeintensive) Behandlung in der Spätphase aller Karzinomtypen.

Es ist offensichtlich, daß die o.g., nach der gegenwärtigen Gesetzeslage vorgesehene Differenzierung des Leistungsgeschehens diesen Anforderungen nicht gerecht wird. Insgesamt muß die Akzeptanz einer zunehmend differenzierten (und damit aufwendigeren) Leistungsdocumentation, die notgedrungen von den Leistungserbringern als zunehmende Bürokratisierung empfunden wird, darunter leiden, daß die angestrebten Ziele in vielen Fällen nicht erreicht werden können.

5.3.3. Die Problematik chronischer und nicht heilbarer Erkrankungen

277. Für die Beurteilung von chronischen Erkrankungen bzw. von Leiden, die zu wiederholten Klinikaufenthalten führen, wäre – wie das o.g. Beispiel zeigt – die Erfassung von Verläufen wünschenswert, da die Krankheitskosten sich auf mehrere Krankenhausfälle mit dazwischen liegenden ambulanten Episoden verteilen. Die Aufteilung der Krankenhausfälle ist dabei einerseits von medizinischen Faktoren abhängig (im genannten Beispiel die zyklische Chemotherapie beim Bronchialkarzinom), andererseits spielen eine Reihe nichtmedizinischer Faktoren eine Rolle. Beispielsweise kann eine Unterbrechung der Behandlung aus psychosozialen Gründen (Belastung des Patienten u.ä.) sinnvoll sein. Auch führt die veränderte Einstellung zur Krankenhausbehandlung (nicht mehr Ort der Genesung, sondern Ort einer mehr oder minder komplexen Akutintervention) zu häufigeren Beurlaubungen (Wochenende bei der Familie), die – sofern nicht gesonderte Regelungen vereinbart sind – zu einer Fallvermehrung führen.

278. Die praktische Bedeutung der Wiederaufnahmen läßt sich anhand einiger Daten verdeutlichen. In einer internistischen Universitätsklinik wurden die behandelten Personen in 2 Gruppen eingeteilt: (a) Patienten, die während eines 2-Jahreszeitraumes nur einmal zur stationären Behandlung kamen, (b) Patienten, die in diesem Zeitraum mehrfach stationär behandelt wurden. Es ergeben sich die in Tabelle 28 dargestellten Kennzahlen.

Die tatsächliche Wiederaufnahmequote wird in diesem Fall unterschätzt, da Behandlungsfälle außerhalb des Untersuchungszeitraumes ebenso wie Behandlungen in anderen Kliniken unberücksichtigt bleiben. Es zeigt sich aber, daß die mehrfachbehandelten Patienten eine identifizierbare Gruppe mit hoher Behandlungsintensität dar-

Tabelle 29: Wiederaufnahmeraten für verschiedene Krankheitsbilder

Krankheitsbild	Wiederaufnahmerate
Non-Hodgkin-Lymphome von hoher Malignität	84 %
kleinzelliges Bronchialkarzinom	78 %
Komplikationen bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz und Nierentransplantation	74 %
Bronchialkarzinome (alle Typen zusammengefaßt)	65 %
bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (ohne Berücksichtigung gynäkologischer Vorbehandlung)	60 %
Lungenfibrosen (Sarkoidose u.a.)	53 %
degenerative Erkrankungen der Arterien	51 %
akute Linksherzinsuffizienz	47 %
chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	43 %
Kardiomyopathien	40 %
chronisch ischämische Herkrankheiten (je nach Typ)	33-36 %

stellen. Es entfallen nur 18,8 % der behandelten Personen auf diese Gruppe, aber 35,7 % der Behandlungstage. Es muß wegen der Schwere der Krankheitsbilder (siehe unten) damit gerechnet werden, daß der tatsächliche Kostenanteil dieser Gruppe, der nicht bestimmt werden konnte, eher noch höher liegt. Die Wiederaufnahmequote, d.h. der Anteil der Fälle, die als 2. bis n. Behandlungsfall einzustufen sind, liegt in diesem Beispiel bei 24,3 % (3.555 von 14.612 Fällen).

Die hier genannten Zahlen dürften auf einige andere nichtoperative Fachgebiete (z.B. Neurologie) übertragbar sein. Allerdings ist es in den meisten Kliniken derzeit nicht möglich, die Zahl der behandelten Patienten (Personen, nicht Fälle!) und die Wiederaufnahmerate zuverlässig festzustellen (Ziffer 279), so daß weitergehende Untersuchungen erschwert sind.

279. Aufgrund der methodischen Probleme und der sich daraus ergebenden unzureichenden Untersuchungsmöglichkeiten wird die inhaltliche Bedeutung der Wiederaufnahmeraten und ihr möglicher Beitrag zur Veränderung der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen (auch JG 1987 Ziffern 107, 299, JG 1988 Ziffer 57) unzureichend verstanden. Unter Vernachlässigung der verschiedenen möglichen, oben genannten Begründungen werden Wiederaufnahmen vielfach als ein seitens der

Krankenhäuser gezielt eingesetztes Mittel zur Verkürzung der Verweildauer interpretiert. Diese einseitige Interpretation verstellt den Blick darauf, daß dieser Parameter auch grundsätzliche Veränderungen in der Medizin widerspiegelt, die u.a. auch wirtschaftlich bedeutsam sind. Um dies zu verdeutlichen, wurde im Rahmen der o.g. Untersuchung ermittelt, welche Krankheitsbilder zu den hohen Wiederaufnahmeraten beitragen. Dabei wurden auch solche Fälle miteinbezogen, die der behandelnde Arzt als Wiederaufnahme klassifizierte, d.h. auch Vorbehandlungen außerhalb des 2-Jahreszeitraumes wurden berücksichtigt. Außerdem wurden nur Behandlungsfälle mit hinreichend gesicherter Diagnose untersucht (damit ergeben sich im Mittel deutlich höhere Wiederaufnahmeraten als oben – im Durchschnitt 34 %).

Die Tabelle 29 zeigt Wiederaufnahmeraten für verschiedene Krankheitsbilder.

Im Falle des kleinzelligen Bronchialkarzinoms lag beispielsweise die in erster Näherung bestimmte Wiederaufnahmerate einer internistischen Universitätsklinik innerhalb eines Zweijahres-Beobachtungszeitraumes bei 78 %; d.h. bei 78 von 100 Fällen mit dieser Diagnose war bereits vorher eine Behandlung in dieser Klinik erfolgt (in der Regel wegen des Bronchialkarzinoms, d.h.

auf 22 Patienten kamen 100 Krankenhausaufenthalte in dieser Klinik).

280. Die diagnosebezogene Aufgliederung läßt erkennen, daß die Wiederaufnahmen in der untersuchten Klinik sich gut aus der Natur der Krankheitsbilder sowie aus den Therapieformen (zyklische Chemotherapie bei den bösartigen Neubildungen) erklären lassen und nicht systematisch (zwecks Verkürzung der Verweildauer) herbeigeführt werden. Die Behandlung der chronischen bzw. nicht heilbaren Krankheitsbilder ist ein sehr kostenintensiver Prozeß. Viele dieser Krankheitsbilder mit hoher Wiederaufnahmerate waren früher in ihrem Verlauf kaum beeinflussbar, während jetzt Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, die teilweise zur Ausheilung führen oder zumindest lebensverlängernd wirken (z.B. bei bestimmten Tumoren bzw. bei Kollagenosen). Es muß damit gerechnet werden, daß auch künftig Fortschritte in der Medizin dazu führen, daß chronische Krankheitszustände um den Preis langfristiger, zum Teil kostenintensiver Behandlung über längere Zeit als bisher möglich stabilisiert oder unterdrückt werden können. Die mit dieser Form des medizinischen Fortschritts verbundene höhere Kostenintensität sollte Anlaß sein, gerade bei diesen Krankheitsbildern über verbesserte, kostengünstigere Formen der Leistungserbringung nachzudenken.

281. Die Wiederaufnahmequote einer Klinik ist abhängig vom Beobachtungszeitraum und vom lokalen Versorgungsangebot (Einweisungen in andere Kliniken können auf innerbetrieblicher Ebene nicht erfaßt werden). Dies bringt methodische Probleme mit sich. Ferner spielt der Krankheitsverlauf eine Rolle: protrahiert verlaufende chronische Erkrankungen kommen im Beobachtungszeitraum seltener zur Wiederaufnahme als vergleichsweise akut verlaufende Krankheiten. Bei vielen der Krankheitsbilder mit hoher Wiederaufnahmerate besteht wegen der komplexen Behandlungsabläufe eine im Sinne der erwünschten Behandlungskontinuität sinnvolle hohe Affinität zur erstversorgenden Klinik, so daß die angegebenen Wiederaufnahmeraten in etwa den tatsächlichen Sachverhalt wiedergeben. Trotzdem können zuverlässige Bestimmungen der Wiederaufnahmeraten in der Regel nicht durch das einzelne Krankenhaus, sondern nur bei den Kostenträgern erfolgen, wo die Daten der Patienten zusammenlaufen. Für statistische Zwecke ist dabei letztlich nicht die Kontrolle der Einzelverläufe, sondern die Berechnung z.B. der o.g. Parameter von Interesse (wodurch die Datenschutzbelange einzelner nicht tangiert werden).

282. Die Definition von Fallgruppen dürfte sich angesichts der medizinisch begründeten Wiederaufnahmen als sehr schwierig erweisen. Es müssen zumindest Krankheitsverläufe und Gesamtkosten berücksichtigt oder/und klare Kriterien zur Fallabgrenzung erarbeitet werden. Andernfalls würde die Einführung von Fallpau-

schalen zu einer artifiziellen Vermehrung der Behandlungsfälle führen.

283. Die Kenntnis der Wiederaufnahmerate ist innerbetrieblich auch zur Interpretation und Bewertung weiterer Parameter erforderlich. Die Rate der Todesfälle betrug beispielsweise beim kleinzelligen Bronchialkarzinom 12 % bezogen auf die Zahl der Fälle. Erst die Kenntnis der Wiederaufnahmerate von 78 % läßt den Schluß zu, daß etwas mehr als die Hälfte der behandelten Patienten während des Beobachtungszeitraumes im Rahmen eines Klinikaufenthaltes verstarben. Überbetrieblich wäre die Kenntnis von Patientenzahlen (nicht Fallzahlen!) bzw. Wiederaufnahmeraten für den Aufbau einer Morbiditätsstatistik erforderlich (vergleiche auch Diskussion um die Krebsregister).

5.3.4. Probleme der Anwendung: Adäquate statistische Methodik und Stand der Datenverarbeitung in den Kliniken

284. Der Übergang auf eine betriebswirtschaftliche Kostenträgerrechnung macht insbesondere in größeren Kliniken eine differenziertere Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Gegenstand des Leistungsgeschehens, dem zu behandelnden Patienten bzw. dem zu behandelnden Krankheitsbild, unausweichlich. Die adäquate Erfassung der Diagnose selbst bzw. eine daraus abgeleitete Diagnosestatistik in der gegenwärtigen bzw. für die Zukunft geplanten Form (Bundespfllegesatzverordnung '95, Diskussionsstand vom 01.06.93) gibt nur einen Teil der verfügbaren und erforderlichen krankheitsbezogenen Informationen wieder. Erst eine sinnvolle Verknüpfung der Diagnosen mit anderen Daten ermöglicht eine ausreichende Leistungstransparenz und schafft die Voraussetzungen für eine sachgerechte Steuerung des innerbetrieblichen Leistungsgeschehens (sowie ggf. für die Kalkulation von Fallkosten/Fallpauschalen).

In den folgenden Punkten werden daher diejenigen diagnosebezogenen Merkmale aufgeführt, die in den bisherigen und derzeit geplanten gesetzlichen Statistiken nicht adäquat wiedergegeben werden. Zu jedem Punkt werden Vorschläge für mögliche Kennzahlen und deren Aussagekraft diskutiert. Die Interpretation dieser Daten setzt hinreichende medizinische Sachkenntnisse bzw. eine verstärkte Beteiligung von Ärzten bei der Beurteilung des Leistungsgeschehens voraus.

Viele der hier genannten Daten sind sowohl innerbetrieblich, als auch überbetrieblich von Interesse. Sie sollten daher in standardisierter (und damit aggregierbarer) Form vorliegen und damit gegebenenfalls auch überbetrieblich ausgewertet werden können.

Innerbetrieblich ist eine detaillierte Aufbereitung der Diagnosestatistik in dem hier beschriebenen Sinne nur für Diagnosegruppen mit hinreichender Häufigkeit sinnvoll, wobei eine Darstellung mit unterschiedlichen Glie-

derungstiefen möglich sein muß (ICD-Viersteller, ICD-Dreisteller, fachgebietsspezifische Zusammenfassungen von ICD-Gruppen usw. – die Statistiken sollten dabei in der Regel nach absteigender Häufigkeit sortierbar sein, um den Gegenstand näherer Analysen rasch eingrenzen zu können).

eine Reihe der hier erörterten Statistiken sind auch im ambulanten Bereich vor allem auf überbetrieblicher Ebene (Kassenärztliche Vereinigungen) von großem Interesse. Voraussetzung ist allerdings, daß auch dort eine umfassende Diagnosestatistik eingeführt wird.

Viele der Kennzahlen sind darüberhinaus auch im Rahmen medizinischer Auswertungen von Interesse. Die entsprechende Aufbereitung der Daten ist daher auch geeignet, den medizinischen Nutzen (z.B. Forschung) der Statistiken zu verbessern und die Motivation der beteiligten Ärzte zu erhöhen.

Die Tabelle A 24 im Anhang enthält zur Illustration der hier genannten Statistiken eine exemplarische Darstellung der verfügbaren Kennzahlen für eine Diagnose (Herzinfarkt). Die Zahlen für die 610 ausgewerteten Infarktfälle wurden einer Untersuchung von insgesamt 13.108 Fällen einer Universitätsklinik entnommen. Auf dieses Beispiel wird zur Verdeutlichung Bezug genommen.

285. Der Behandlungskontext erfordert es, wenigstens den Anteil der wichtigsten Diagnosezusätze zu erfassen (Diagnose »gesichert«, »bei Entlassung fortbestehender Verdacht auf ...«, »Zustand nach ...«, »Ausschluß von ...«, »Kontrolluntersuchung/Nachsorge wegen ...«). In alle folgenden Routineauswertungen sollten nur die gesicherten Fälle sowie diejenigen mit fortbestehendem Verdacht eingehen (im Beispiel wären dies 610 Fälle).

eine separate Auswertung der anderen Diagnoseformen dürfte nur im Einzelfall sinnvoll sein. In der Regel ist die Anzahl zu klein, um hierfür sinnvolle Aussagen herzu- leiten (die Fälle würden aber trotz der geringen Zahl wegen der erheblichen Abweichungen bestimmter Kennwerte zu einer Verfälschung der Daten beitragen, wenn sie nicht von den gesicherten Fällen getrennt werden!).

Die in der ärztlichen Praxis immer noch übliche Angabe »Zustand nach ...« in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose sollte in der Regel vermieden werden. Wenn wegen des Zustandes nach einer Erkrankung behandelt wird, geschieht dies in der Regel wegen konkreter Beschwerden (nach Infarkt z.B. wegen Herzinsuffizienz), die explizit in der Hauptdiagnose anzugeben sind. Die Angabe »Zustand nach ...« ist dann nur in einer der Nebendiagnosen sinnvoll.

286. Die Multimorbidität der Patienten erfordert die Erfassung der relevanten Nebendiagnosen. Die zur Hauptdiagnose gehörenden Nebendiagnosen werden in der derzeitigen L1-Diagnosenstatistik (beruhend auf der

dreistelligen ICD-9 gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 28.08.1985 in der Fassung vom 28.12.1992) sowie der künftigen L5-Statistik (beruhend auf der vierstelligen ICD-9 gemäß Diskussionsentwurf der BpflV 1995 vom 01.06.93) nicht dargestellt. Im Einzelfall sollten die jeweils medizinisch relevanten Nebendiagnosen aufgeführt werden. In der innerbetrieblichen Jahresstatistik sollten angesichts der in der Praxis zu erwartenden Fallzahlen je nach Größe des Hauses in der innerbetrieblichen Diagnosestatistik wenigstens die fünf bis zehn häufigsten Nebendiagnosen für jede hinreichend häufige Hauptdiagnose aufgeführt werden. Damit kann die Beurteilung der Fallstruktur erheblich verbessert werden, d.h. es können z.B. über behandlungsrelevante Nebendiagnosen potentiell kostenintensivere Untergruppen abgegrenzt werden (im genannten Beispiel kämen hier insbesondere Kombinationen des Infarktes mit Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen oder Vorinfarkten in Betracht). Bei der Häufigkeitsauszählung der Nebendiagnosen ist eine Zusammenfassung auf der Ebene der dreistelligen Schlüssel erforderlich (andernfalls würde durch die Aufsplitterung der Diagnosen die Häufigkeitsstruktur verfälscht).

Für die überbetriebliche Zusammenfassung ist die Übermittlung genauer Daten mit allen Kombinationen auf Datenträger möglich, so daß auf dieser Ebene das durchschnittliche Vorkommen bestimmter Diagnosekombinationen ermittelbar ist und – falls erforderlich – bei der Leistungsbeurteilung bzw. einer Fallgruppenbildung berücksichtigt werden kann (Erweiterung der bestehenden SA90-Statistik der Krankenhausstatistikverordnung, KHStatV).

Da die über die Diagnosestatistik ermittelte Häufigkeit der Nebendiagnosen stark von artifiziellen Einflüssen abhängig ist, entstehen methodische Probleme. Begleiterkrankungen, insbesondere wenn sie als weniger schwerwiegend eingeschätzt werden, werden oft nicht kodiert. Gegenwärtig dürften daher die Häufigkeitsangaben für Begleiterkrankungen eher die Untergrenze für das tatsächliche Vorkommen markieren. Dies kann sich (auch in unerwünschter Weise) ändern, wenn durch entsprechende Auswertungen Anreize für eine vollständigere Kodierung der Begleiterkrankungen gegeben sind. Dadurch wird jedoch der grundsätzliche Wert dieser Angaben nicht in Frage gestellt.

287. Die auf die Hauptdiagnosegruppe bezogene Häufigkeit und Art der Operationen ist eine relevante Größe. Gegenwärtig wird in der L1-Statistik lediglich die reine Anzahl der durchgeführten Operationen pro Diagnose aufgeführt (die Art der Operation wird nicht erfaßt). Mit der neuen Bundespflegesatzverordnung soll neben der L5-Diagnosestatistik die L6-Statistik der Operationen auf der Basis der ICPM eingeführt werden, so daß die Operationsverfahren transparent werden. Damit wird aber kein Bezug zwischen Diagnosen und auf die Diagnose bezogenen Operationsverfahren hergestellt. Er-

forderlich ist es auch hier wiederum, in den Statistiken die verschiedenen Operationen pro Diagnose (innerbetrieblich jeweils nach absteigender Häufigkeit) sowie umgekehrt der Diagnosen pro Operationsverfahren darzustellen. Erst mit einer solchen Verknüpfung würde die Grundlage dafür gelegt, die Indikationsstellungen für die durchgeführten Operationen transparent und - in gewissem Maße - nachprüfbar zu machen.

288. Die häufigsten Leistungen pro Diagnosegruppe bzw. pro Operation und die kostenintensivsten Leistungen pro Diagnosegruppe bzw. pro Operation sind für ein medizinisch sinnvolles innerbetriebliches Controlling sowie für überbetriebliche Analysen im ambulanten und stationären Bereich von essentieller Bedeutung, eine detaillierte Leistungsstatistik steht in den Krankenhäusern derzeit meist nur auf Kostenstellenbasis zur Verfügung. Sie wird in dieser Form zwar für Personalbedarfsrechnungen und andere Zwecke eingesetzt, ist aber für eine Fallkostenkalkulation nicht verwendbar. Ferner sind die Indikationen für die Erbringung bestimmter Leistungen nicht überprüfbar. Neben der absoluten Anzahl einer bestimmten Leistung und der jeweils mittleren Anzahl pro Fall wäre auch ein Streuungsmaß von Interesse (Standardabweichung, Quartile), da eine vergleichsweise große Inhomogenität entweder als Hinweis auf eine medizinisch ungenügende Differenzierung der Diagnosegruppen oder auf eine möglicherweise unzureichende Standardisierung des Behandlungsprozesses gewertet werden kann. Für eine medizinische Beurteilung wäre auch die Verfügbarkeit der ‚inversen‘ Sicht auf die Statistik wünschenswert (häufigste Diagnosegruppen bzw. Operationen pro Leistung).

289. Die Kosten pro Diagnosegruppe sind eine relevante Größe. Auf die bekannten Probleme der Kostenzuordnung soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Es versteht sich, daß die vorgenannten Statistiken wesentlich zu einer Verbesserung der Kostenzuordnung beitragen. In diesem Zusammenhang sollte auch die Pflegepersonalregelung erwähnt werden, die eine bessere Zuordnung der Pflegepersonalkosten ermöglicht.

290. Die Erlöse pro Diagnosegruppe nach Entgeltform sind im Gegensatz zur Kostenzuordnung prinzipiell schon jetzt realisierbar. Die benötigten Daten sind vorhanden und müssen lediglich zusammengeführt werden. Insofern wäre es möglich, in der Bundespflegesatzverordnung entsprechende Statistiken vorzusehen.

291. Die Ergänzung der derzeit üblichen Fallzahlstatistiken um die Anzahl der tatsächlich behandelten Patienten und die mittlere Gesamtverweildauer pro Patient wurde am Beispiel bereits fallübergreifend analysiert. Gegenüber den bisherigen Statistiken ergibt die mittlere Gesamtverweildauer pro Patient einen wesentlich brauchbareren Wert für die Verweildauerentwicklung, der von einer möglichen Aufteilung der Behandlung in getrennte Episoden (z.B. infolge Beurlaubung oder Verlegung in andere Fachabteilungen oder Kliniken) bzw.

von der Wiederaufnahmeghäufigkeit völlig unabhängig ist. Die methodischen Probleme wurden an anderer Stelle (Ziffer 281) erörtert.

292. Auf die Bedeutung der (diagnosespezifischen) Wiederaufnahmeraten wurde oben bereits eingegangen. Gerade bei chronischen Erkrankungen, wie sie insbesondere in den nichtoperativen Fachgebieten vorkommen, werden die Ermittlung von Fallpauschalen, Krankenhausvergleiche und Qualitätskontrollen ohne Berücksichtigung der Wiederaufnahmeraten nicht möglich sein (Ziffer 281).

Dabei handelt es sich hier um eine methodisch problematische Größe. Die generelle Wiederaufnahmerate (d.h. jede Wiedereinweisung des Patienten wird als Wiederaufnahme gewertet, auch wenn sie mit der vorangegangenen Behandlung nicht in Zusammenhang steht) wäre im Prinzip relativ leicht und objektiv bestimmbar. Ihrer Bestimmung stehen allerdings Unzulänglichkeiten der meisten EDV-Systeme im Wege: Diese sind in der Regel primär fallorientiert konzipiert. Soweit eine Patientenwiedererkennung vorgesehen ist, ist sie aufgrund der unzureichenden Konzeption meist nicht besonders zuverlässig, so daß Fehler durch mangelnde Patientenerkennung (d.h. bei entsprechender Auswertung falsch niedrige Wiederaufnahmeraten) nicht die Ausnahme, sondern die Regel sind. Abgesehen von diesen methodischen Problemen ist die (klinikbezogene) Wiederaufnahmerate von weiteren Faktoren abhängig. Sie ist niedriger in Versorgungsgebieten mit höherer Krankenhausdichte und sie ist vom Auswertungszeitraum abhängig.

Die diagnosebezogene Wiederaufnahmerate (d.h. nur eine Aufnahme bei »gleicher« Erkrankung wird als Wiederaufnahme gewertet) ist nur schwer bestimmbar. Hier stellt sich das Problem, exakt zu definieren, was als »gleiche« oder Folgeerkrankung zu verstehen ist. Bei Anlegung zu enger Maßstäbe (Beispiel: nur gleiche ICD-Kodierungen werden als gleiche Erkrankung gewertet) wird die Wiederaufnahmerate unterschätzt. Einerseits unterliegt die Kodierung von Diagnosen auch bei größter Sorgfalt Schwankungen (u.a. durch Doppeldeutigkeiten in der ICD selbst), andererseits sind Erkrankungen, die medizinisch als Folge der Vor- oder Grunderkrankung zu werten sind, in sehr vielen Fällen nicht mit dieser identisch und werden daher anders kodiert (z.B. Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen nach Herzinfarkt; Retinopathie bei Diabetes, unterschiedliche Erscheinungsformen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises usw.), eine exakte Definition ist wegen fließender Übergänge schwierig, so daß auch bewertete Angaben durch den behandelnden Arzt unzuverlässig bleiben. Das Ausmaß der durch diese Probleme bedingten Abweichungen mag eine Untersuchung aus einem anderen Bereich verdeutlichen, in der Einweisungs- (des niedergelassenen Arztes) mit Entlassungsdiagnosen (des Krankenhauses) verglichen wurden (die methodische Problemstellung ist hier analog).

eine exakte Übereinstimmung (gleiche Kodierung) fand sich lediglich bei 43 % der Fälle. Der Anteil stieg aber bei Nachbewertung durch einen erfahrenen Arzt – je nach zugrundegelegter Definition des medizinischen Zusammenhanges zwischen den Diagnosen – auf bis zu 72 %.

Angesichts dieser methodischen Probleme ist es wesentlich sinnvoller, lediglich die vergleichsweise objektiv zu ermittelnde generelle Wiederaufnahmerate zu benutzen. Dies bedeutet, daß jede Aufnahme wegen einer Erkrankung x als Wiederaufnahme gewertet wird, wenn der Patient vorher wegen irgendeiner (gleichen oder anderen) Erkrankung bereits in der gleichen Klinik behandelt wurde. Bei chronischen Erkrankungen ergeben sich damit zwar etwas zu hohe, aber in der Tendenz meist zutreffende Zahlen, die unter Berücksichtigung aller Schwierigkeiten einer Interpretation zugänglich sind. In Zweifelsfällen kann hier zur weiteren Überprüfung die Diagnosestruktur der Vorerkrankungen herangezogen werden, um nicht zugehörige Krankheitsbilder im Nachhinein auszuschließen (dies ist methodisch wesentlich einfacher als die nachträgliche Erkennung von zunächst nicht entsprechend gewerteten Wiederaufnahmen).

293. Beim (diagnosespezifischen) Anteil der Todesfälle handelt es sich um einen Parameter, der leicht fehlinterpretiert wird. Vielfach wird – insbesondere außerhalb des medizinischen Bereichs – angenommen, daß es sich hierbei um einen Qualitätsparameter handeln müsse. Dies ist, wie insbesondere die Erfahrungen aus den USA zeigen, – erwartungsgemäß – nicht der Fall. Unter anderem hängt dies mit dem irreführenden Begriff 'Diagnose' zusammen, der fälschlich ein homogenes Krankheitsbild suggeriert. Tatsächlich handelt es sich bei der Diagnose im Sinne einer ICD-Gruppe um eine Klasse, die zum Teil sehr inhomogene Krankheitsbilder mit sehr unterschiedlichen Schweregraden umfaßt. Der Anteil der Todesfälle ist daher mehr ein Indiz für die Verteilung der Krankheitsschweregrade innerhalb einer ICD-Gruppe.

Darüberhinaus hängt er aber von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab:

bei Akutkrankheiten:

- von der Schnelligkeit der Krankenhausaufnahme, d.h. der Qualität des Rettungsdienstes (Beispiel: wegen des hohen Anteils der Sterbefälle in der Frühphase des Herzinfarktes steigt die Mortalität im Krankenhaus bei durchschnittlich früherer Einlieferung);
- von der Verweildauer (eine kurze Verweildauer, beispielsweise infolge Verlegung in andere Einrichtungen, senkt bei fortbestehendem erhöhtem Mortalitätsrisiko die Sterblichkeit in der verlegenden Klinik durch Verlagerung);

bei chronischen Erkrankungen:

- von der Verfügbarkeit von Nachsorgeeinrichtungen: eine Verlegung in ein Hospiz, Pflegeheim oder eine

andere Nachsorgeeinrichtung kann die Sterblichkeit im Akutkrankenhaus vermindern;

- vom Verhalten und den Einstellungen der Angehörigen und des Hausarztes (die mitbestimmen, inwieweit das Sterben in häuslicher Umgebung möglich ist);

bei elektiv behandelbaren Erkrankungen (z.B. Operationen):

- von der Qualität und Spezialisierung der Versorgungseinrichtung: gerade bei guter Versorgung kann die diagnosebezogene Sterblichkeit höher sein, wenn wegen der besonderen personellen und/oder apparativen Ausstattung risikoreichere Fälle zur Behandlung eingewiesen werden.

Insgesamt ist daher die Sterblichkeit nur bei Kenntnis der lokalen Besonderheiten und adäquater Bewertung der spezifischen Zusammensetzung der Diagnose (-gruppe) (Multimorbidität, Alter usw.) für Beurteilungszwecke verwendbar.

294. Der (diagnosespezifische) Anteil intensivmedizinisch betreuter Fälle sowie der Anteil der intensivmedizinischen Behandlungstage kann aus den Statistiken gewonnen werden, die auf der Basis der Pflegepersonalregelung erstellt werden. Auch die Interpretation dieses Parameters ist – ähnlich wie bei den Todesfällen – schwierig. Ein überdurchschnittlicher Anteil an Intensivbetreuung kann nicht einseitig als Indiz für eine zu hohe (im Sinne von ungerechtfertigter) Nutzung der Intensivstation interpretiert werden. Ein höherer Anteil an Intensivbehandlung kann (wie bei Todesfällen) ebenso gut auf eine ungünstigere Fallstruktur im betroffenen Krankenhaus hinweisen (und damit eine Rechtfertigung für eine insgesamt ungünstigere Kostenstruktur darstellen). Die Differenzierung zwischen beiden Möglichkeiten erfordert die Einbeziehung zusätzlicher Informationen zum Schweregrad der Krankheit, zur Multimorbidität, zur diagnosespezifischen Altersstruktur und zum Anteil der Todesfälle.

295. Erfahrungen in den USA mit diagnosespezifischen Informationen über Krankheitsschweregrade zeigen, daß systematische, krankenhausspezifische Abweichungen der Krankheitsschweregrade innerhalb der diagnosebezogenen Fallgruppen, die sich aus verschiedenen Gründen ergeben können (z.B. Spezialisierung), eine wesentliche Ursache für Homogenitätsprobleme darstellen. Neben den o.g. indirekten Parametern wäre daher eine direkte Erfassung des Krankheitsschweregrades wünschenswert. Bisher steht allerdings noch kein allgemein einsetzbares, allseits akzeptiertes und konsensfähiges System zur Erfassung der Schweregrade zur Verfügung. Es existieren unterschiedliche Ansätze, die in einzelnen Häusern, in bestimmten Fachabteilungen (insbesondere in der Intensivmedizin) und teilweise auch regional standardisiert (z.B. aufgrund entsprechender Vorschriften in Bundesstaaten der USA) zum Einsatz kommen. Abschließende Empfehlungen sind hier nicht

möglich – es muß zunächst die weitere Entwicklung verfolgt werden.

296. Die (diagnosespezifische) Aufgliederung der Einzugsgebiete steht derzeit in der Regel nur auf Fachabteilungsebene zur Verfügung, eine Angabe für einzelne Diagnosen ist sinnvoll, da damit insbesondere bei elektiv behandelbaren Erkrankungen besondere Behandlungsschwerpunkte innerhalb einer Abteilung mit vorwiegend regionaler bzw. deutlich überregionaler Beteiligung differenziert werden können. Damit lassen sich wichtige (und oft wünschenswerte) Beiträge eines Krankenhauses zur überregionalen Versorgung, wie sie sich aus der Unterhaltung spezieller Einrichtungen oder aufgrund der personellen Situation ergeben, erkennen und adäquat berücksichtigen. Solche Informationen sind im Rahmen der Diskussion des Versorgungsauftrages von wesentlicher Bedeutung.

Für eine Beurteilung reicht in der Regel die Aufteilung in 4 Gruppen:

- Fälle aus dem eigenen Kreis (bzw. der kreisfreien Stadt),
- Fälle aus den unmittelbar angrenzenden Kreisen,
- restliche Fälle aus dem eigenen Bundesland,
- übrige Fälle.

Im vorliegenden Beispiel (Anhang, Tabelle A 24, Herzinfarkt) handelt es sich um eine Akuterkrankung, die eine Notfallaufnahme im nächstgelegenen Krankenhaus erforderlich macht. Dadurch ist der hohe Anteil an Fällen aus dem eigenen und den angrenzenden Kreisen und der niedrige Anteil aus anderen Kreisen erklärbar. Der sechsprozentige Anteil aus anderen Ländern ist in diesem Fall u.a. durch die Lage der untersuchten Klinik in einem Urlaubsgebiet (Feriengäste) zu erklären.

297. eine adäquate Definition von Kennzahlen kann sich nicht nur auf den inhaltlichen Bereich beziehen, sondern muß auch methodische Aspekte berücksichtigen. Einige Kenngrößen sind methodisch außerordentlich unbefriedigend. Dies sei am Beispiel der Verweildauer erörtert. Hier dient als Kennzahl der arithmetische Mittelwert, der den Gipfel der tatsächlichen Verweildauerverteilung nicht wiedergeben kann, da diese nicht symmetrisch ist. Der Wert kann insbesondere bei kleinerer Fallzahl durch einzelne Langlieger erheblich verfälscht werden. Angemessener wäre schon der rückgerechnete Mittelwert der logarithmierten Verweildauer, d.h. der geometrische Mittelwert möglichst mit (rückgerechneter) Standardabweichung, der unter der Annahme einer in erster Näherung logarithmischen Normalverteilung eine wesentlich bessere Maßzahl darstellen würde und durch einzelne Langlieger weniger stark verfälscht wird. Noch geeigneter und gleichzeitig vergleichsweise anschaulich und gut interpretierbar wären die Quartile der Verweildauerverteilung (JG 1987 Ziffer 299). Die Information ‚ein Viertel der Patienten mit Herzinfarkt liegt bis zu 8 Tage, die Hälfte weniger bzw. mehr als 20

Tage und ein Viertel mehr als 26 Tage im Krankenhaus‘ ist zwar ungewohnt, aber gut verständlich und liefert methodisch entschieden bessere und gleichzeitig anschaulichere Informationen als ‚die Verweildauer beträgt im Mittel 18.0 (\pm 12) Tage‘. Der einzige Nachteil besteht in der Inkompatibilität zur bisherigen Praxis und darin, daß aufgrund EDV-technischer Voraussetzungen diese Werte etwas schwerer zu ermitteln sind als das arithmetische Mittel.

eine methodisch verbesserte Darstellung der Kennzahlen eines Krankenhauses wird mit zunehmendem Interesse der Kostenträger an einer vergleichenden Beurteilung der Krankenhäuser unausweichlich. Angesichts der im Untersuchungszeitraum (in der Regel ein Jahr) in vielen Diagnosegruppen vergleichsweise kleinen Fallzahlen müssen bei Krankenhausvergleichen statistische Streuungen berücksichtigt werden, d.h. es müssen inferenzstatistische Verfahren eingesetzt werden. Anders ist eine adäquate Beurteilung von Unterschieden nicht möglich!

298. Die Entwicklung von Kennwerten und Verfahren zur diagnosebezogenen Aufbereitung der Fallstrukturen im klinischen und ambulanten Bereich befindet sich in einer Umbruchphase. Erwartungsgemäß werden neue Vorstellungen und Hypothesen entwickelt, die angesichts der Komplexität des Behandlungsgeschehens nicht immer alle erforderlichen Aspekte berücksichtigen. Fehlschlüsse sind damit zu erwarten und machen eine fundierte wissenschaftliche Begleitforschung erforderlich, um Fehlinterpretationen der Daten rechtzeitig korrigieren zu können oder – besser – gar nicht erst entstehen zu lassen. Hiermit ist nicht die immer wieder aufkeimende Diskussion um die Brauchbarkeit der erfaßten Daten (z.B. Diagnosestatistik) gemeint. Die Sicherstellung einer ausreichenden Qualität der erhobenen Daten obliegt den Institutionen, die damit ihr Leistungsspektrum belegen.

Auch bei qualitativ ausreichender Erfassung verbleiben aber eine Vielzahl interpretatorischer und methodischer Probleme, die einer weiteren Klärung bedürfen. Insbesondere ist zu beachten, daß die sogenannten ‚Diagnosen‘ im Sinne von ICD-9- oder ICD-10-Klassen keine homogenen Entitäten sind und die damit verbundenen Kenngrößen somit nicht ohne weiteres vergleichbar. Innerhalb der Diagnosegruppen kann es vielmehr einen unterschiedlichen ‚case mix‘ geben, der Abweichungen erklärt. Dies mag die Notwendigkeit einer differenzierteren Betrachtung – wie sie mit den o.g. Auswertungsverfahren angestrebt wird – unterstreichen.

299. Mit den derzeit im Einsatz befindlichen EDV-Systemen ist eine patienten- bzw. diagnosebezogene Zuordnung aller Leistungen insbesondere in größeren Kliniken in der Regel nicht oder nur mit sehr großem Aufwand möglich. Außerdem wäre eine solche Zuordnung nur zum Zwecke der Kostenermittlung wegen des großen Aufwandes sicher nicht wirtschaftlich.

Nur wenn es gelingt, die EDV-gestützte Leistungserfassung mit Rationalisierungsvorteilen im Krankenhaus zu verbinden, erscheint eine umfassende Leistungszuordnung machbar. Im Bereich der Leistungsanforderung, -abwicklung und Befundrückmeldung besteht im Prinzip der Bedarf, bisherige papiergebundene Verfahren durch EDV-basierte Lösungen zu ersetzen. Einige Untersuchungen zeigen zwar, daß solche Lösungen zu vermehrter Belastung des Personals führen können (die Eingabe von Leistungsanforderungen in die Rechner erwies sich als aufwendiger als das bisherige Verordnungsverfahren). Dieser negative Effekt konnte aber im konkreten Fall durch Einsparungen an anderer Stelle, d.h. durch ein rationelleres Ordnungsverhalten und eine effizientere, beschleunigte Abwicklung (= kürzerer Aufenthalt) überkompensiert werden, so daß per Saldo Einsparungen erzielt werden konnten.

Die komplexen, wenig standardisierten Arbeitsabläufe und Organisationsformen im Krankenhaus sowie verschiedene andere Faktoren machen es allerdings unwahrscheinlich, daß derartige Systeme in allernächster Zukunft auf breiter Basis eingeführt werden können.

300. Einige der hier geforderten Statistiken stehen – obwohl technologisch machbar – vonseiten der gegenwärtig existierenden EDV-Systeme im Krankenhaus nicht oder nur in unzureichender Form zur Verfügung. Sie setzen zum Teil eine (gegenwärtig nicht immer gegebene) Integration von Daten über Patientenbewegungen, erbrachte Leistungen, Kosten und Erlöse sowie Diagnosen und Dokumentation der OP-Verfahren in einem System voraus, das eine beliebige Verknüpfung dieser Daten ermöglicht. Andere hier genannte Statistiken könnten auf der Basis der bereits jetzt erhobenen Daten ohne größeren Zusatzaufwand erstellt werden, wenn entsprechende Anreize vorlägen.

Die gegenwärtig seitens des Gesetzgebers geforderten Statistiken können in unerwünschter Weise den Trend zu Partikularlösungen fördern. D.h. die Krankenhäuser tendieren z.B. dazu, ein System für die Erfüllung der Anforderungen der Pflegepersonalregelungen, eines für die Diagnosestatistik (L1 bzw. L5), ein weiteres für die OP-Statistiken (L6) usw. zu installieren, ohne daß beispielsweise die sinnvolle und mit geringem Aufwand zu leistende, aber gesetzlich nicht geforderte Verknüpfung von Operationsverfahren und Diagnosen realisiert wird. Für die Anbieter im EDV-Sektor ergeben sich somit starke Anreize, schnell und einfach realisierbare und damit auch profitable Partikularlösungen zu entwickeln, anstatt die teure, risikobehaftete Entwicklung integrierter Lösungen voranzutreiben. Damit wird der eigentliche Nutzen der Statistiken und das langfristige politische Ziel, das eine Verknüpfung der Daten aus den verschiedenen Bereichen erfordert, nicht oder nur auf Umwegen erreicht.

Eine frühzeitige Formulierung der Ziele, die sich in Anforderungen mit entsprechender Anreizwirkung nieder-

schlägt, kann im Interesse aller Beteiligten zu einer gezielteren Entwicklung der für eine erfolgreiche Umsetzung der Reformen im stationären Bereich benötigten Krankenhaussoftware beitragen. Erforderlich sind möglichst langfristig angelegte Vorgaben des Gesetzgebers, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung der bestehenden Systeme fördern und aufgrund ihrer Signalwirkung den Übergang auf eine sachgerechtere, zusammenhängende Auswertung aller Diagnosedaten in einer Form beschleunigt, die die Verknüpfung aller Daten erlaubt. Durch die bisherige Praxis, die Erstellung der Statistiken im Einzelfall von einer Anforderung durch den Leistungsträger abhängig zu machen, können unbillige Härten bei Häusern, die technisch nicht in der Lage sind, die Daten zu liefern, vermieden werden.

5.3.5. Schlußfolgerungen

301. eine Verbesserung der Analyse des Leistungsgeschehens im Krankenhaus setzt mittelfristig eine Überarbeitung der eingesetzten Diagnoseklassifikation voraus. Die Trennschärfe der darin angewandten Differenzierung der Krankheitsgruppen muß nach klinischen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten verbessert werden, wobei die Erfassung von Informationen, die für den angestrebten Verwendungszweck ungeeignet sind, nach Möglichkeit zu vermeiden ist. Das Ziel muß also darin bestehen, nicht immer mehr, sondern immer zweckentsprechendere Informationen zu sammeln. Erforderlich ist eine möglichst genaue Differenzierung der Diagnosen nicht zuletzt für eine Standardisierung der Diagnose- und Therapieverfahren sowie für eine Bildung von Fallgruppen. Diese sollten sich vorzugsweise aus der Diagnose selbst ergeben, um unerwünschte Anreize, die durch die zusätzliche oder ausschließliche Berücksichtigung von Behandlungsverfahren entstehen, zu vermeiden.

Als Basis für die Diagnoseklassifikation wird in Zukunft von der ICD-10 auszugehen sein. Aufgrund inhärenter Unzulänglichkeiten der ICD sowohl aus klinischer als auch betriebswirtschaftlicher Sicht sollte diese Klassifikation zumindest in den Krankenhäusern in einer zweckentsprechend modifizierten Form zum Einsatz kommen. Zum jetzigen Zeitpunkt ergibt sich nach Fertigstellung der ICD-10 die Möglichkeit, an der Entwicklung einer klinischen Modifikation der ICD-10 (ICD-10-CM), mit der in Kürze in den USA begonnen werden dürfte, mitzuarbeiten. Damit könnten die in den USA bisher, auf der Basis der ICD-9-CM gesammelten Erfahrungen beim Einsatz einer erweiterten und verbesserten Diagnosedokumentation zu Zwecken der fallgruppenbezogenen Abrechnung genutzt werden. Durch den Einsatz der ICD-10-CM könnten sowohl die ICD-9 als auch die ICPM abgelöst werden.

Eine Verbesserung der Diagnosedokumentation ist nicht zuletzt geeignet, die Motivation der beteiligten Ärzte zu

verbessern, da sich ein Sekundärnutzen auch für den medizinischen Bereich ergibt.

302. Die eigentliche Diagnosedokumentation muß ergänzt werden um eine diagnosebezogene Aufbereitung weiterer Kenngrößen, die für eine differenziertere Beurteilung des Leistungsgeschehens benötigt werden. Diese müssen, wenn sie vergleichbar sein sollen, in standardisierter Form dargestellt werden. Hierzu gehören:

- Informationen über den Behandlungskontext,
- Informationen über die Anzahl tatsächlich behandelter Patienten (nicht Fälle) bzw. über Wiederaufnahmeraten, die zur Beurteilung der Leistungserbringung bei chronischen bzw. nicht heilbaren Erkrankungen unbedingt erforderlich sind,
- Informationen zur Multimorbidität (Nebendiagnosen),
- die Verknüpfung der Diagnosestatistik mit Daten über Operationen, Leistungen, Erlöse und Kosten als Voraussetzung für die Überprüfung von Indikationen (Qualitätssicherung) und die Fallkostenberechnungen,
- direkte und indirekte Informationen über Krankheitsschweregrade,
- Informationen über besondere Arbeitsschwerpunkte innerhalb von Fachabteilungen (Spezialisierung mit überregionaler Bedeutung).

Der Einsatz der Informationen zu überbetrieblichen Vergleichen macht angesichts der Komplexität des Leistungsgeschehens bei allen Beteiligten einen methodenkritischen Umgang mit den Daten im Hinblick auf deren inhaltliche und formale Interpretation erforderlich.

Dem Gesetzgeber obliegt es, mittels einer vorausschauenden Ausformulierung der gesetzlich geforderten Statistiken rechtzeitig Signale zu setzen und einen kontinuierlichen Übergang auf eine sachgerechtere Auswertung der diagnosebezogenen Daten zu fördern.

5.4. Ausbildung der Mediziner, Arztzahleentwicklung und Niederlassungsfreiheit

5.4.1. Ausbildung der Mediziner

303. Seit 1988 zeichnet sich ein leichter Rückgang der Zahl der Studienanfänger des Studiengangs »Humanmedizin« in den alten Bundesländern ab (Wintersemester 1991/92: 5.046, im gesamten Jahr 1991: 7.327). Die Zahl der Studenten ging seit 1988 (86.683) leicht zurück auf 82.585 im Jahr 1992. Hingegen blieb die Zahl der Absolventen seit Mitte der 80er Jahre relativ konstant (1991: 9.385).

Die Ausbildung der Mediziner wird bisher durch zwei wesentliche Rahmenbedingungen bestimmt: durch das universitäre Ausbildungsangebot und durch die Anforderungen staatlicher Prüfungen (Staatsexamina). Cha-

rakteristisch ist bisher die strenge Trennung in vorklinische und klinische Fächer.

Ein Reformbedarf der Mediziner Ausbildung wird von verschiedener Seite konstatiert. Neben dem Rat (JG 1989 Ziffer 361 ff.) beschäftigte sich auch der Wissenschaftsrat und der medizinische Fakultätentag sowie die Sachverständigenkommission zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums des Bundesministeriums für Gesundheit mit diesem Thema.

304. Der Rat bemängelte vor allem (JG 1989 Ziffer 367)

- die scharfe Trennung von Vorklinik und Klinik,
- die Multiple-Choice-Prüfungen,
- die Vermischung von Inhalten der Aus- und Weiterbildung,
- die fehlende problemorientierte Behandlung von Lehrgegenständen,
- die aufgrund eines selektiven Patientengutes in Einrichtungen der Maximalversorgung erworbenen Kenntnisse (mit den Besonderheiten der Universitätskliniken in der medizinischen Ausbildung beschäftigt sich ausführlicher das JG 1991 Ziffer 568 ff.),
- die zu starke Betonung kognitiver Inhalte gegenüber einer zu geringen Berücksichtigung von Fähigkeiten und Haltungen,
- die Schwerpunktsetzung in der kurativen, apparativen Hochleistungsmedizin,
- eine zu geringe Beachtung funktioneller und psychosomatischer Gesundheitsstörungen,
- die zu wenig auf die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich hin orientierte Ausbildung, insbesondere die primärärztlichen Aufgaben finden keine ausreichende Berücksichtigung,
- eine unzureichende Beachtung von wirtschaftlichem Verhalten während der Ausbildung (JG 1991 Ziffer 690).

Der Rat schlug eine stärkere Hinwendung zur primärärztlichen Versorgung unter der Berücksichtigung der Bedürfnisgerechtigkeit vor (JG 1989 Ziffer 380 ff.).

– Insbesondere war eine stärkere Einbindung der Allgemeinmedizin in den Unterricht beabsichtigt. Ziel war die Orientierung an der späteren Tätigkeit, die bestimmt ist durch die Struktur, die Patientenbedürfnisse, das Versorgungsangebot und die Finanzierungsmodalitäten (JG 1989 Ziffer 382).

– Der Rat schlug darum vor, die Grundausbildung wesentlich zu verkürzen und eine Spezialausbildung als Postgraduiertenstudium anzuschließen (JG 1989 Ziffer 385). Eine solche Reform könnte sinnvollerweise mit einer Um- und Neustrukturierung der Ausbildungsstätten einhergehen, wobei die Prüfungshoheit (unter festgelegten Mindestanforderungen) an die Universitäten übergehen sollte (JG 1989 Ziffer 384).

- Die pharmakologische Ausbildung müßte eine Orientierung an der Allgemeinmedizin ebenso wie eine stärkere Integration der Pharmakotherapie beinhalten. Hinzu kommen sollte eine stärker substanzbezogene Wissensvermittlung gegenüber an Produktnamen orientiertem Wissen (JG 1987 Ziffer 243ff.).

305. Die Vorschläge zur Gestaltung des Medizinstudiums der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums des Bundesministeriums für Gesundheit gehen ebenfalls von Mängeln in der derzeitigen Mediziner Ausbildung aus. Es sollte eine stärkere Ausrichtung an den Erfordernissen der Praxis erfolgen, d.h. an den durchschnittlich zu erwartenden Handlungssituationen, insbesondere in der primärärztlichen Versorgung. Dabei sollte ein stärkerer Praxisbezug sowie ein fächerübergreifender, gegenstandsbezogener Unterricht neben dem fächerbezogenen Unterricht stärkere Beachtung finden.

Der Aufbau des Studiums sollte folgendermaßen geändert werden:

- Aufhebung der Trennung von vorklinischen und klinischen Fächern;
- Teilung des Studiums in zwei Phasen von jeweils fünf Semestern:
Phase 1 mit den Stoffgebieten »Ärztliche Propädeutik«, »Der Körper«, »Struktur und Funktion«, »Information und Abwehr«, »Geistes- und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Medizin« und einem Wahlpflichtfach;
Phase 2 mit den Stoffgebieten »Allgemeinmedizin« und »ökologisches Stoffgebiet«, »Stoffgebiet mit nicht-operativem Schwerpunkt«, »Stoffgebiet mit operativem Schwerpunkt« und ein »nervenheilkundliches Stoffgebiet«. Daneben sollen exemplarisch fächerübergreifend Querschnittsbereiche behandelt werden mit einem praktischen Anteil von mindestens 50 %. Zwei von drei Bereichen können gewählt werden. Desweiteren sollen Blockpraktika zu verschiedenen Bereichen der Differentialdiagnostik und Differentialtherapie durchgeführt werden.
- Ein »Praktisches Jahr« im letzten Jahr des Medizinstudiums als zusammenhängender größerer praktischer Teil der Ausbildung soll sich anschließen.

306. Der Wissenschaftsrat (Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992) erarbeitete ein Reformkonzept, das von folgenden Mängeln der Ausbildung ausgeht:

- Die Ausbildung ist mit siebeneinhalb Jahren zu lang.
- Die Summe der Studieninhalte ist zu groß.
- Wichtige Studieninhalte sind unterentwickelt.
- Die Trennung in Vorklinik und Klinik ist nicht sinnvoll.
- Die vier Staatsprüfungen beherrschen das Lernverhalten und blockieren die vorlesungsfreien Zeiten.

Die Ursachen für diese Mängel liegen zum einen in zu hohen Studentenzahlen. Zum zweiten weisen die Studieninhalte folgende Mängel auf: Der additive Lehrkatalog stellt bei bestehender Fächervielfalt zu wenig Zusammenhänge her; naturwissenschaftliche Grundlagen werden ohne Bezug zur Medizin vermittelt; der Lehrstoff wird durch Weiterbildungsinhalte überfrachtet. Zum dritten hat die Lehre neben Krankenversorgung und Forschung nur einen geringen Stellenwert in der Ausbildung, auch da die Fakultäten aus der selbständigen Verantwortung für Ausbildung und Prüfung zum großen Teil ausgeschaltet sind.

Die Anforderungen an eine Reform müssen sich nach den Anforderungen an die künftigen Ärzte richten. Das Berufsbild des Arztes entwickelt sich weg von einem einheitlichen Anforderungsprofil. Ausbildungsziel ist der zur Weiterbildung bereite Arzt mit primärärztlichem Wissen. Ziel einer Reform der Mediziner Ausbildung ist:

- eine Rückverlagerung der Verantwortung für die Mediziner Ausbildung an die Fakultäten,
- eine Konzentration der Lehrinhalte auf die primärärztliche Tätigkeit,
- ein stärkerer Praxisbezug in Hinblick auf eine größere Nähe zur Krankheit, zum lehrenden Arzt und zum Patienten,
- der Abschluß des Studiums in jüngerem Alter.

Umgesetzt in eine Neuordnung des Studiums der Medizin lauten die Vorschläge des Wissenschaftsrates:

- Das bisher fünfjährige Studium mit anschließendem praktischen Jahr und eineinhalbjähriger Arzt-im-Praktikum Zeit soll durch Aufteilung des praktischen Jahres und Verlegung in die vorlesungsfreie Zeit verkürzt werden. Im Anschluß an das Studium sollte eine einjährige Praxisphase stehen, die auf die Weiterbildung angerechnet werden sollte.
- eine mögliche Auswirkung betrifft das Prüfungsverfahren. Die bisher vier Staatsprüfungen mit unterschiedlichen schriftlichen und mündlichen Anteilen und »multiple-choice-Verfahren« sollen durch eine schriftliche und mündliche Hauptprüfung nach fünf Jahren und eine ausschließlich mündliche Prüfung nach Abschluß der Praxisphase abgelöst werden. Die Universitäten müßten dann allerdings stärker durch studienbegleitende Leistungsprüfungen eingebunden werden.

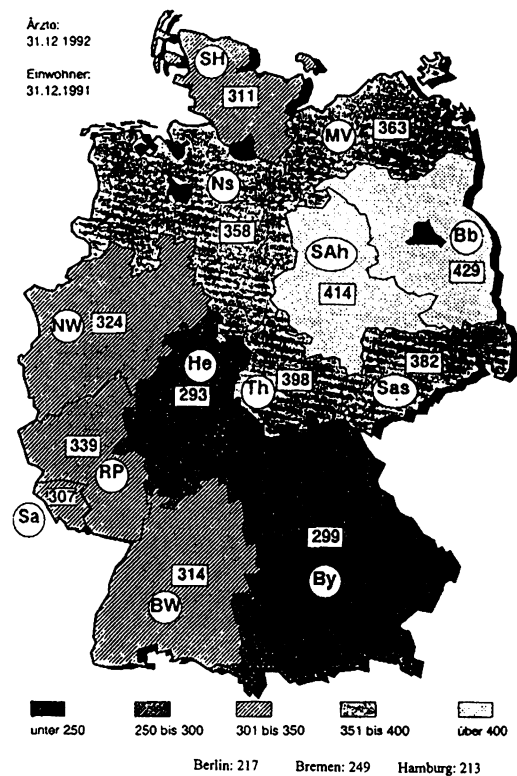
307. Die hier diskutierten Vorschläge stellen übereinstimmend einen Reformbedarf der Mediziner Ausbildung fest. Die inhaltliche Ausgestaltung der Reformvorschläge kann von den Expertengruppen kompetent übernommen werden. Der Rat sieht die von allen Vorschlägen als notwendig erachtete Überarbeitung der Approbationsordnung als wichtige Maßnahme an, die zügig unter Einbeziehung der Experten in Angriff genommen werden sollte.

eine Studienreform, die – folgt man den Vorschlägen der Experten – eine stärkere Verlagerung der Prüfungskompetenzen hin zu den Hochschulen und Universitätsklinikavorsieht, würde als Folge einen Mehraufwand für die Fakultäten bedeuten. Die angestrebte Intensivierung der Lehre wird eine gewisse Reduktion der Ausbildungskapazitäten zur Folge haben und punktuell auch zu einem größeren Personalbedarf führen können. Gleichzeitig würden für eine Übergangszeit zwei (in den neuen Ländern sogar drei) Studienordnungen gelten. Dies scheint aber vor dem Hintergrund der zukünftigen, wachsenden Anforderungen an die Mediziner und damit auch an ihre Ausbildung für eine Übergangszeit hinnehmbar.

5.4.2. Entwicklung der Arztzahlen

308. Im Jahre 1992 (Stichtag 31.12.) gab es in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 307.994 Ärzte, davon waren 251.877 berufstätig. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs an berufstätigen Ärzten von 7.600 oder 3,1 %.

Abbildung 49: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.1992, Einwohner je berufstätigen Arzt



Quelle: Statistik der Bundesärztekammer

In den alten Bundesländern stieg die Anzahl der Ärzte um 3,6 % gegenüber dem Vorjahr. Die meisten Ärzte (103.158) waren im Krankenhaus beschäftigt. In Praxen und Einrichtungen waren 80.520 Ärzte beschäftigt, darunter 78.400 in Kassenpraxen. Bei Behörden oder Körperschaften waren 8.429 Ärzte tätig, in anderen Bereichen 17.148. Nicht in ihrem Beruf tätig waren 51.238 Ärzte. Gegenüber dem Vorjahr ergibt sich eine Steigerungsrate der berufstätigen Ärzte von 3,6 %.

In den neuen Bundesländern betrug 1992 die Zahl der Ärzte 47.501, sie stieg um 2,5 % gegenüber dem Vorjahr. Auch hier waren die meisten Ärzte im Krankenhaus beschäftigt (20.953). In Praxen und Einrichtungen waren 17.547 Ärzte tätig, darunter in Kassenpraxen 16.500 Ärzte. Bei Behörden und sonstigen Einrichtungen waren weitere 2.365 Ärzte tätig, ohne ärztliche Tätigkeit waren 4.879 Ärzte, so daß 42.622 Ärzte in ihrem Beruf tätig waren (Steigerungsrate gegenüber dem Vorjahr: 1 %).

Die Arztdichte schwankt regional stark. Sie lag am 31.12.1992 in den Flächenstaaten zwischen 429 Einwohner pro Arzt in Brandenburg und 293 Einwohner/Arzt in Hessen und in den Stadtstaaten unter 250 Einwohner/Arzt in Berlin, Bremen und Hamburg (Abbildung 49).

309. Das Verhältnis Allgemeinarzt/Praktischer Arzt zu spezialisiertem Gebietsarzt unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten hat sich in der Vergangenheit von einem ungefähren Gleichgewicht im Jahr 1974 (Allg./Prakt. Ärzte: 51 %, spezialisierte Gebietsärzte: 49 %) verschoben zugunsten der spezialisierten Gebietsärzte.

Im Jahr 1992 lag der Anteil der Allg./Prakt. Ärzte (in den alten Bundesländern) nur noch bei 40,5 %, der Anteil der spezialisierten Gebietsärzte dagegen bei 59,5 %. In den neuen Ländern lag das Verhältnis bei 42,7 % Allg./Prakt. Ärzte gegenüber 57,3 % spezialisierte Gebietsärzte.

Setzt sich die Entwicklung der steigenden Zahl der spezialisierten Gebietsärzte fort, so ist nicht zu erwarten, daß sich die vom Rat in früheren Gutachten vorgeschlagene Stärkung der hausärztlichen Tätigkeit von selbst einstellen wird. Es ist daher zu überlegen, den dafür geeigneten Gebietsärzten die Übernahme der hausärztlichen Tätigkeit dadurch attraktiv zu machen, daß man ihnen auf individueller Basis in diesem Rahmen die Ausübung ihrer durch nachgewiesene Weiterbildung erworbenen Fertigkeiten und Fachkunde zugesteht und honoriert.

310. Die Arztlentwicklung in den einzelnen Facharztgruppen war nicht einheitlich. Sie führt zu der in Tabelle 30 dargestellten Verteilung nach Fachgebieten. Die Ärzte ohne Gebietsbezeichnung befinden sich noch in der Ausbildung als AiP oder in der Weiterbildung.

Tabelle 30: Berufstätige Ärzte nach Gebietsbezeichnungen, Stand 31.12.1992

Ausgewählte Gebiete	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	Anzahl absolut	Veränderungen zum Vorjahr in %	Abzahl absolut	Veränderungen zum Vorjahr in %
ohne Gebietsbezeichnung	76.218	0,4	7.006	-17,2
Allgemeinmedizin	15.737	0,9	7.876	0,0
Innere Medizin	23.941	3,7	5.040	1,6
Chirurgie	10.261	4,8	2.995	-2,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9.916	3,1	2.346	1,8
Anästhesiologie und Intensivtherapie	8.568	7,2	1.367	8,0
Kinderheilkunde	6.922	3,9	3.051	-3,4
Nervenheilkunde	5.189	1,9	1.275	-0,1
Orthopädie	4.885	4,4	841	4,9
Praktischer Arzt	4.764	55,4	668	70,4
Augenheilkunde	4.385	3,1	1.042	1,3
Radiologie und verwandte Gebiete	3.931	5,3	832	0,5

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von BÄK, Tätigkeitsbericht '93.

311. Betrachtet man gesondert die Gruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte, so waren im letzten Jahr besondere Zuwachsraten bei den Nervenärzten und Psychiatern (+8,4 % Steigerung gegenüber dem Vorjahr, 1991 auf 3.916), Chirurgen (1991: +6,6 %, auf 1.907) und den Laborärzten (1991: +7,7 % auf 392) sowie den sonstigen Ärzten¹⁰ (1991: +12,9 % auf 1.604) zu verzeichnen (Abbildung 50).

Betrachtet man die Umsätze dieser Fachgebiete, so zeigt sich bei Nervenärzten und Chirurgen im Jahr 1990 ein unterdurchschnittlicher Umsatzanteil bezogen auf die Anzahl der Ärzte dieser Fachgruppe (Abbildung 51).

Der Versorgungsgrad in Abhängigkeit von der Bedarfsplanungs-Meßziffer lag in den alten Bundesländern in allen aufgeführten Gebietsarztgruppen über der Bedarfsplanungs-Meßziffer, in den neuen Bundesländern für einige Gebietsbezeichnungen noch darunter (z.B. Urologen und Orthopäden, Stand 31.12.1991).

312. Am 31.12.1992 waren 27,2 % aller 251.877 berufstätigen Ärzte unter 35 Jahren (darunter ein Anteil von 24,8 % als AiP), 16,6 % sind zwischen 35 und 39

Jahren, 28,8 % sind zwischen 40 und 49 Jahren, 20,4 % sind zwischen 50 und 59 Jahren, 3,5 % zwischen 60 und 65 Jahren und 3,6 % sind über 65 Jahre alt (Abbildung 52).

Die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte läßt erwarten, daß in den nächsten Jahren zu wenig Praxen dadurch frei werden können, daß ältere Ärzte in den Ruhestand gehen, und damit niederlassungswilligen Ärzten Platz machen. Der höchste Anteil der Ärzte ist zwischen 40 und 50 Jahren alt und damit noch etwa 15 bis 20 Jahre berufstätig.

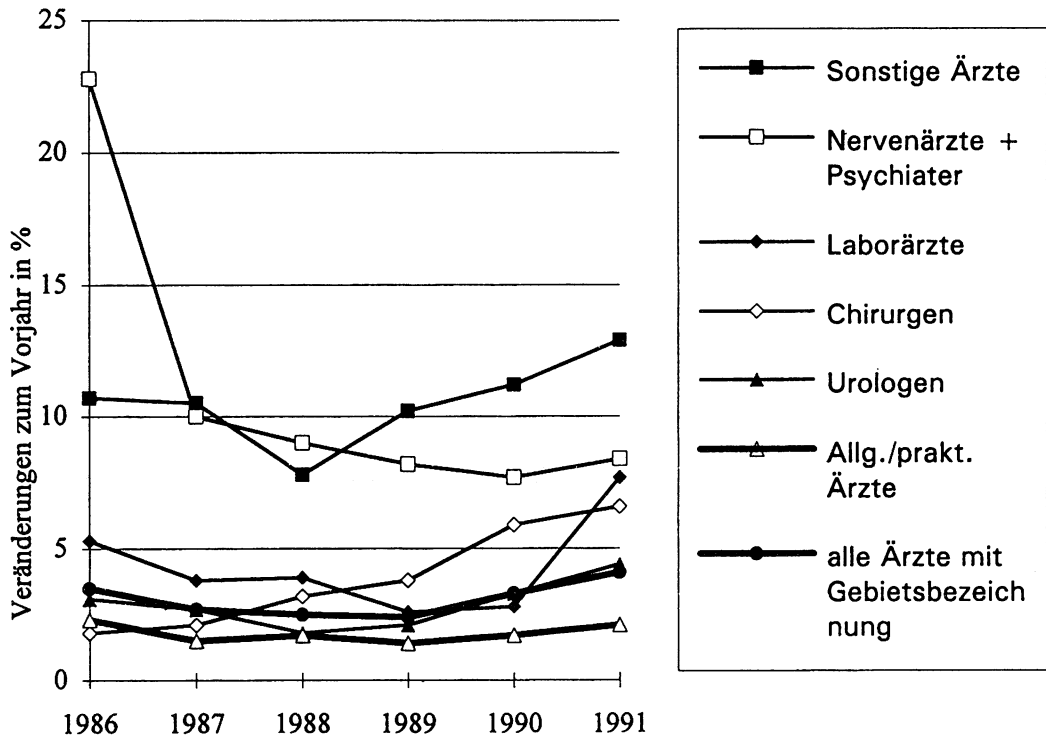
Die Krankenhausärzte in den alten Bundesländern sind jünger als die Vertragsärzte (Stand 31.12.1992). Ein Anteil von 45,7 % ist unter 35 Jahren, 20,1 % sind zwischen 35 und 39 Jahren, 20,9 % sind zwischen 40 und 49 Jahren, 11,0 % sind zwischen 50 und 59 Jahren, 2,0 % zwischen 60 und 69 Jahren und 0,4 % sind über 65 Jahre alt (Abbildung 52).

313. Nach Abschluß der in der Regel im Krankenhaus stattfindenden Facharztweiterbildung streben viele jüngere Mediziner in die Niederlassung (im Jahr 1992 im Durchschnitt 6,8 Jahre nach der Approbation bei Praktischen Ärzten, bei den Gebietsärzten durch die Facharzt-ausbildung entsprechend später).

Die Niederlassung erfolgt zukünftig im Rahmen der Bedarfsplanung nach den §§ 99 - 105 SGB V. Übergangsweise wurde noch bei denjenigen Ärzten, die bis zum

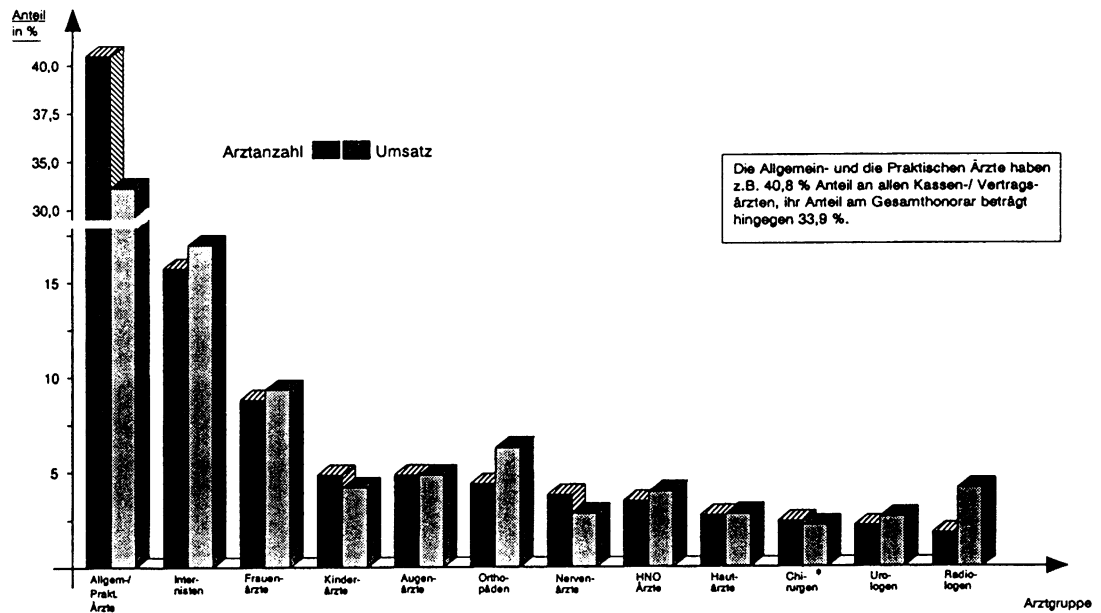
¹⁰ Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Lungenärzte, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen, Pathologen, Nuklearmediziner, Neurochirurgen, Pharmakologen, Arbeitsmediziner, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Rechtsmediziner.

Abbildung 50: Entwicklung ausgewählter Arztgruppen in den Jahren 1986 bis 1991, Veränderungen zum Vorjahr in %



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von KBV.

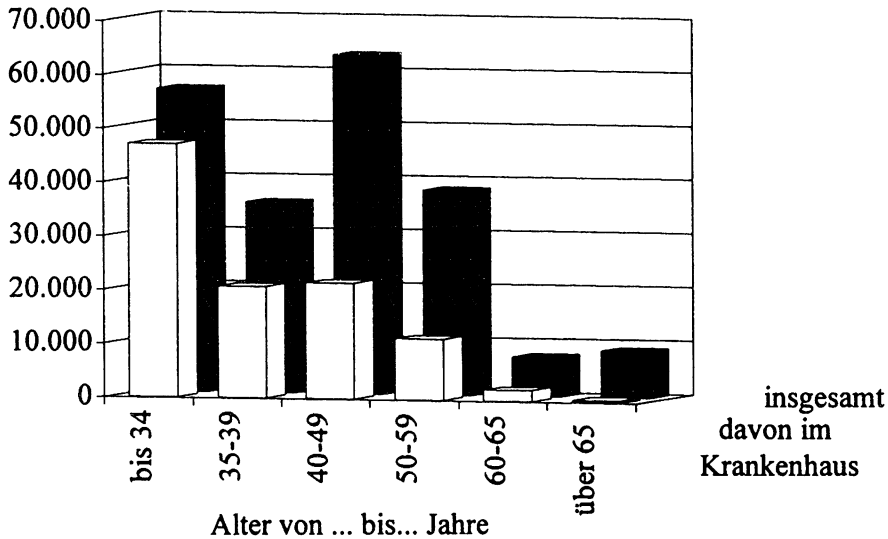
Abbildung 51: Rangfolge der Anzahl der Kassen-/Vertragsärzte und des Umsatzes aus kassenärztlicher Tätigkeit 1990 bei ausgewählten Arztgruppen



*ca. 30 % des Gesamtumsatzes werden durch die gesetzliche Unfallversicherung getragen

Quelle: KBV.

Abbildung 52: Berufstätige Ärzte nach Altersgruppen, alte Bundesländer, Stichtag 31.12.1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von BÄK, Tätigkeitsbericht ,93.

31.01.1993 ihren Niederlassungswillen erklärten und sich bis Oktober 1993 niedergelassen haben, das alte Recht angewandt. Bis zum 31.01.1993 lagen 11.860 Anträge auf Niederlassung in den alten Bundesländern und 1.610 Anträge in den neuen Bundesländern vor. Die KBV geht von etwa 10.000 Niederlassungen im Jahr 1993 aus. In der Zeit danach wird die Niederlassungsmöglichkeit stark eingeschränkt. Die Folge ist, daß ein nicht unerheblicher Teil der Ärzte nach Abschluß der Facharztweiterbildung im Krankenhaus verbleibt, Alternativtätigkeiten sucht oder arbeitslos wird. Das bedeutet, daß erheblich weniger freie Stellen im Krankenhaus für nachrückende Ärzte, die erst eine Facharztweiterbildung anstreben, zu besetzen sein werden. Zu erwarten ist für die Zukunft ein Anstieg des Durchschnittsalters der im Krankenhaus tätigen Ärzte.

314. Die Arztzahlentwicklung bis zum Jahr 2000 wurde von verschiedenen Instituten für die berufstätigen Ärzte ohne Einbeziehung der neuen Bundesländer geschätzt. Die Zahlen liegen zwischen der Maximalschätzung des WIdO von 270.000 Ärzten und reichen herunter bis auf 190.000 Ärzte (McKinsey, Schätzungen von Ende der 70er Jahre).

Für die Kassen-/Vertragsärzte schätzt das ZI, ebenfalls ohne Einbeziehung der neuen Bundesländer, für das Jahr 2000 eine Zahl von 100.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Eine Studie aus dem Jahr 1993 (M. Pfaff, F. Nagel, C. Rindsfüßer, Einige Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 auf die Ärzte und die gesetzliche Krankenversicherung, Augsburg 1993) schätzt unter Berücksichtigung der Auswirkungen des GSG für das Jahr 2001 eine Zahl von 82.000 in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten.

315. Angesichts der hier dargestellten Entwicklung der Arztzahlen stellt sich die Frage nach der optimalen Arztzahl für Deutschland. Der Rat ist der Auffassung, daß es nicht möglich ist, eine solche optimale Arztzahl anzugeben, insbesondere wenn diese auch noch nach dem anteiligen Bedarf an verschiedenen Fachärzten und den allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten sowie nach Krankenhausärzten und frei praktizierenden Ärzten sowie Ärzten in administrativer Tätigkeit, Pharma-Unternehmen, Forschung usw. aufgeschlüsselt werden soll. Gibt es zu wenige Ärzte, so werden entstehende Versorgungslücken durch Zuwanderung von Ärzten oder Übernahme von Tätigkeiten durch Nicht-Ärzte korrigiert. Letzteres kann dazu führen, daß eigentlich ärztliche Aufgaben suboptimal wahrgenommen werden.

Gibt es zu viele Ärzte, so droht im gegebenen System Unwirtschaftlichkeit. Zum einen werden mehr Ärzte als erforderlich kostenintensiv ausgebildet, mit dem negativen Effekt, daß die Überfüllung der Hochschulen automatisch ein suboptimales Erreichen des Ausbildungszieles bedeutet. Eine zu hohe Arztzahl bedeutet zum anderen das Risiko von zu vielen, z.T. auch objektiv unnötigen Untersuchungen und Behandlungen, da der Ermessensspielraum für Indikationen im gegebenen System bei noch nicht genügender Entwicklung und Umsetzung medizinischer Standards dafür sehr groß ist. Hinzu treten die finanziellen Rahmenbedingungen als freiberufliches Existenzrisiko (vertragliche Preisbildung, kollektive Budgetierung). Dadurch entstehen für die ärztliche Arbeit wirtschaftliche Abhängigkeiten zu Lasten von Zuwendung und Qualität.

Zusammengefaßt kann sich sowohl ein deutliches Unterschreiten wie ein deutliches Überschreiten der nicht

präzise bestimmbaren optimalen Arztzahl auf die Krankenversorgung in Deutschland nachteilig auswirken.

316. Steuerungsmöglichkeiten für die Arztzahlen existieren in vielfacher Hinsicht. Bei zu wenig Ärzten kann man die Zuwanderung attraktiv machen und (mittelfristig wirksam) die Ausbildungsstätten vermehren.

Bei der gegenwärtig in der öffentlichen Diskussion überwiegenden Meinung, wir hätten zu viele Ärzte in der Bundesrepublik (»Ärztenschwemme«), bieten sich folgende Steuerungsmechanismen an:

- Man kann die Zahl der zum Medizin-Studium zugelassenen Studenten verringern, indem man entweder die dringend gebotene Verbesserung der Ausbildungsqualität vollzieht oder, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen geschehen, indem man durch Stellenkürzungen in Engpaßfächern (Vorklinik) die Zulassungszahlen senkt.
- Die zweite Stufe der Steuerung ist bei den Prüfungen möglich. Hier haben sowohl die Universitäten als auch die für das Staatsexamen verantwortlichen staatlichen Stellen die Möglichkeit, durch Verschärfung der Anforderungen die Zahl der Absolventen zu einem relativ frühen Zeitpunkt zu verringern.
- Die nächste Stufe, auf der Steuerung wirksam werden kann, ist der inzwischen für alle praktizierenden Ärzte obligatorische Abschluß einer Weiterbildung (auch für Allgemeinärzte). Auch hier könnte durch Beschränkung der Weiterbildungskapazitäten und Erhöhung der Prüfungsanforderungen, wenn auch sehr spät, korrigierend eingegriffen werden.
- Eine gegenwärtig durch das GSG praktizierte Steuerung ist bei der Zulassung als Vertragsarzt möglich. Hier werden zukünftig Ärzte nach Abschluß ihrer Weiterbildung praktisch von der freien Niederlassung am Ort ihrer Wahl ausgeschlossen. Diese Maßnahme schließt Ärzte mit besonders aktuellem Wissensstand aus, deren Aus- und Weiterbildung teuer war und lange Zeit in Anspruch nahm. Auch im Hinblick auf die Chancengleichheit der Generationen ergeben sich Probleme.
- Eine rein marktwirtschaftliche Steuerung, die bei immer weiter sinkendem Einkommen der Ärzte zu immer weniger Studienanfängern führt, ist unsicher und nur mit langer Vorlaufzeit wirksam. Ein Risiko ist darin zu sehen, daß eine zunehmend pauperisierte Ärzteschaft sich auch zunehmend von der methodisch aufwendigen modernen Medizin abwenden und sich einer zwar Geld sparenden, aber immer weniger qualifizierten Medizin zuwenden könnte, die im Extremfall aus unwirksamen, aber billigen Heilmethoden besteht.

Der Rat hat seine Meinung zu Steuerungsmöglichkeiten für die Arztzahlentwicklung schon früher zusammengefaßt (JG 1988 Ziffer 378 ff. und JG 1990 Ziffer 461 ff.).

Die Frage nach dem Bedarf an Ärzten kann nicht allgemeingültig beantwortet werden. Wegen ihrer frühzeitig einsetzenden Wirkung und der zugleich gewünschten Minderung der Belastung der Patienten im Rahmen der Ausbildung in der Klinik sind Begrenzungen bei der Zulassung zum Studium oder während des Studiums die am wenigsten in den Lebensplan der Betroffenen eingreifenden Methoden, die Zahl der Ärzte zu mindern.

5.4.3. Niederlassungsfreiheit und Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte

317. In der sozioökonomischen Diskussion werden die steigenden Zahlen der zugelassenen Vertragsärzte (Kassenärzte) als entscheidende Ursache dafür angesehen, daß die gesetzlichen Krankenkassen einen immer größeren Leistungsumfang finanzieren müssen (JG 1992 Ziffer 316); deshalb müßten sie ihre Beitragssätze erhöhen, deren Arbeitgeberanteile mittelbar die Bedingungen für den Wirtschaftsstandort Deutschland negativ beeinflussen würden.

Auf diese Aussage soll im folgenden nur im Zusammenhang mit dem Anstieg der Zahl der Vertragsärzte Bezug genommen werden. Denn auf diesen Bezug stützen sich die gesetzlichen Vorschriften in den §§ 102 – 104 SGB V, in denen eine Bedarfszulassung und Zulassungsbeschränkungen für die vertragsärztliche Versorgung vorgeschrieben werden. Diese Vorschriften schränken die Niederlassungsfreiheit ein, die seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.1960, in dem die Anwendung von Verhältniszahlen (damals 1 Arzt auf 500 Versicherte) bei der Zulassung als Kassenarzt für nichtig erklärt wurde, auch für Kassenärzte bestand.

318. Inzwischen hätten sich, so die Begründung des Gesetzgebers, die Verhältnisse so entscheidend geändert und einige Prognosen hätten sich als falsch herausgestellt, daß eine Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht selbst notwendig und dringlich sei.

Einige der Empfehlungen der Gutachter (Wannagat/Gitter und Blumenwitz u. a.) aus dem Jahre 1985 sind inzwischen rechtlich umgesetzt worden, anderen ist der Gesetzgeber durch ordnungs- und finanzpolitische Eingriffe in die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch die GKV zuvorgekommen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität, Budgetierungen, Festbeträge, anteilige Zuzahlungen).

319. Mit einer Beschränkung der Zulassung von Vertragsärzten soll Leistungssteigerungen und damit steigendem Finanzierungsbedarf entgegengewirkt werden, der sich im weitesten Sinne aus dem Wettbewerb von immer mehr Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben würde (Ziffer 76). Dieser Wettbewerb gefährde das politisch-ökonomische Ziel einer Beitragssatzstabilität und außerdem die ethischen Grundlagen für das ärztliche Handeln durch Vielgeschäftigkeit, Konkur-

renzdenken und innerbetriebliche ökonomische Zwänge bei den Vertragsärzten.

Beides zu verhindern oder wenigstens zu entschärfen, sei von so hohem Allgemeininteresse, daß das Grundrecht nach Art. 12 Abs. 1 – die Freiheit der Ärzte, ihren Beruf frei auszuüben – dahinter zurücktreten müsse. Die Ärzte müßten sich planerische Einschränkungen bei der Zulassung zur Behandlung von GKV-Versicherten gefallen lassen.

320. Dabei wird zugrunde gelegt, daß die Leistungen, die von den Vertragsärzten verordnet werden, gleichfalls durch steigende Vertragsarztzahlen – sozusagen im Wettbewerb – über das Notwendige hinaus vermehrt werden.

Der gesamte Anstieg des Finanzierungsbedarfs, die GKV-Gesamtausgaben, seien deshalb maßgeblich von der uneingeschränkten Zulassungsmöglichkeit für immer mehr Vertragsärzte beeinflusst.

321. In seinem Sondergutachten 1992 hat der Rat bei der Beantwortung der Frage nach der Weiterentwicklung der Finanzen der GKV unter den damaligen rechtlichen Rahmenbedingungen (Ziffer 46ff.), die Zunahme der Zahl der Leistungserbringer insgesamt und die der Kassenärzte problematisiert. Dabei hat er den Anstieg des Leistungsumfanges, die Veränderungen der Leistungsstruktur, die Folgen einer vermehrten primären Inanspruchnahme der Fachärzte und eine Stimulierung des Wettbewerbs beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere das Vergütungssystem nach Einzelleistungen in Frage gestellt.

322. Die Wachstumstendenzen der anderen Leistungsbereiche wurden ebenfalls dargestellt und hinsichtlich ihrer Zukunftsprognosen untersucht. Ohne eine Begrenzung der Angebotskapazitäten würde eine Ausgabenbegrenzung nicht möglich sein. Dabei (1992) war der Rat davon ausgegangen, daß unter den gegebenen Bedingungen (SG 1991, Ziffer 78) die Niederlassung neuer Ärzte nicht unterbunden werden kann (Ziffer 58) und deshalb eine Kapazitätssteuerung nur durch die Abnahme der wirtschaftlichen Attraktivität, bzw. der Existenzmöglichkeiten, im Arztberuf erfolgen könne. Auf mögliche Folgen für die Versorgungsstruktur und die Versorgungsqualität wurde hingewiesen.

323. Mit dem GSG vom 01.01.1993 hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit erheblich verändert. Ab 1993 wurden die Vorschriften für die Bedarfszulassung verschärft; ab 01.01.1999 erfolgt die Zulassung nur noch auf Grund gesetzlich vorgeschriebener Verhältniszahlen. Damit entstehen nach Auffassung des Rates neue und andere Probleme für die fachlich-medizinische und die strukturelle Weiterentwicklung im ambulanten, aber auch im stationären Bereich der Krankenversorgung, sowie bei der Weiterbildung von Ärzten in Praxis und Klinik. Der Abwägung des mit der Zulassungsbeschrän-

kung verbundenen Eingriffs in die Berufsfreiheit gegenüber dem Allgemeinutzen ist bisher zu wenig Bedeutung beigemessen worden.

324. Darüber hinaus wurden mit dem GSG zahlreiche Änderungen der Krankenkassenstruktur, des Vertragsrechtes und der Wahlmöglichkeiten für die GKV-Versicherten, Änderungen im Vergütungssystem der Vertragsärzte und der fachlichen Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt. Diese Vorschriften sollen insgesamt zu mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Qualität in diesem Bereich führen. Sie sind geeignet, den Handlungsbedarf bei der Begrenzung der Kapazitäten zu relativieren oder sogar zu ersetzen. Einige Vorschriften sind kurzfristig angelegt; andere, zu denen die neuen Zulassungsregelungen gehören, ohne zeitliche Begrenzung. Sie wirken also in den Zeitraum hinein, den der Rat in seine Überlegungen einbeziehen soll. Die zukünftige medizinische Leistungsfähigkeit in der ambulanten und der stationären Krankenversorgung, deren Anpassung an den anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und deren Möglichkeiten, zusammenzuarbeiten und sich zu ergänzen, machen das Zulassungsrecht zum Gegenstand der Diskussion für die GKV-Weiterentwicklung.

325. Selbst wenn man bei der Rechtsgüterabwägung – Grundrecht nach Art. 12 Abs. 1 gegen Beitragssatzstabilität – dem folgen würde, müßte vorher die Plausibilität der Ursachenkette untersucht werden.

Die Beitragssatzstabilität wird, wie viele wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, auch durch andere Entwicklungen entscheidend gefährdet:

- durch den Anstieg des medizinischen Leistungsbedarfs von immer mehr älteren Menschen,
- durch die ständige Vermehrung von medizinischen, medizinisch-technischen und rehabilitativen Behandlungsmöglichkeiten als Ergebnis des wissenschaftlichen Fortschritts,
- durch das zunehmende Interesse der Menschen an ihrer persönlichen Gesundheit im Sinne von Lebensqualität,
- durch den über lange Jahre staatlich geförderten Ausbau von personellen Kapazitäten in den nicht-ärztlichen Heilberufen (Physiotherapie, Psychotherapie),
- durch die ständige Steigerung des Ausgabenanteils der stationären Medizin – dort insbesondere durch die Steigerung der Personalkosten.

326. Angesichts dieser Gegebenheiten erscheint die Betonung der ursächlichen Beziehung zwischen der steigenden Zahl der zugelassenen Vertragsärzte und der Ausgabensteigerung in anderen Leistungsbereichen keineswegs zwingend.

327. Es ist auch nicht eindeutig belegt, daß eine Beschränkung der Zahl der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Minderung der Inanspruchnahme

verordneter Leistungen führen würde. Im Gegenteil, der Auf- und Ausbau weiterer und in Zusammenarbeit von Spezialärzten organisierter ambulanter Kapazitäten könnte die stationären Einrichtungen (Universitätsklinik, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) so entlasten, daß die Finanzierung bei einer geänderten Krankenhausvergütung insgesamt günstiger wird, als es zur Zeit möglich erscheint.

328. Die Aufmerksamkeit und die Kenntnis von Gesundheitsstörungen sowie das Interesse an ihrer raschen Behebung haben in den letzten Jahrzehnten wesentlich zugenommen. Dazu haben aufklärende Fernsehsendungen und Gesundheitszeitschriften, aber auch die stärkere Gesprächsbereitschaft der Ärzte und Apotheker entscheidend beigetragen. Die These von der Alleinzuständigkeit der niedergelassenen Ärzte für die Gestaltung von Untersuchungen und Behandlungen hat abnehmende Gültigkeit. Sie wird dadurch relativiert, daß die kritische Aufmerksamkeit der Patienten und die Rechtsprechung die Bestimmung des Leistungsumfangs darüber hinaus beeinflussen.

329. Alle diese Tatsachen relativieren den Gewinn an Allgemeinnutzen, der von einer Zulassungsbeschränkung oder durch eine rigide Bedarfsplanung für die GKV erwartet werden kann. Gleichzeitig können sie die Kraft der Argumente mindern, aus diesen Gründen Einschränkungen eines persönlichen Grundrechts zu verlangen. Nach der sog. »Stufentheorie«, die das Bundesverfassungsgericht für seine Entscheidungen entwickelt hat, sind die Hürden dafür besonders hoch.

330. Bisher hatte das Bundesverfassungsgericht keine Veranlassung, auf die möglichen Folgen einer Zulassungsbeschränkung ab 01.01.1999, wie sie im § 102 SGB V verankert worden ist, einzugehen. Bei der Abwägung des Nutzens für die Allgemeinheit sind dann weitere Fragen zu beantworten:

- Wie kann vermieden werden, daß die bisher selbstverständliche an Neuzulassungen gebundene Diffusion des medizinischen Fortschritts aus der Klinik in die ambulante Praxis stockt?
- Wie sollen sich leistungsfähige Ärztesozietäten bilden, wenn Zulassungssperren das verhindern?
- Wie kann den negativen Folgen einer Überalterung der Krankenhausärzte für die Integration neuer Verfahren und neuer Strukturen in der stationären Krankenversorgung vorgebeugt werden?
- Wo und wie sollen sich angehende Ärzte weiterbilden, wenn kein Arzt an den Krankenhäusern seine Stellung mehr aufgeben kann?
- Wie ist das Problem, das sich aus der vorgeschriebenen Altersgrenze für Ärzte in der ambulanten Krankenversorgung der GKV-Versicherten im Zusammenhang mit dem Schutz des Eigentums ergibt (Art. 14 GG), verfassungsrechtlich zu beurteilen?
- Ist unter Abwägung dieser und anderer grundsätzlicher Bedenken aus gesellschaftlicher Sicht eine Be-

grenzung der vertragsärztlichen Zulassung von dafür qualifizierten Ärzten zur Behandlung von 90 % der Bevölkerung noch vertretbar gegen den Allgemeinnutzen einer Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen?

- Wie steht es mit dem volkswirtschaftlichen Nutzen des politischen Zieles »Beitragssatzstabilität«?
- Wo ist die Zustimmung der Versicherten angesichts der Präferenz des Gutes »Gesundheit« zu dringender Sparpolitik im Rahmen der GKV?
- Ist nicht der Eingriff einer Beschränkung der Zulassung zum Medizinstudium, für den es sehr viel bessere und zweifelsfreie Gründe gibt, auch verhältnismäßig geringer?
- Warum sollen die Bürger zu viele Medizinstudenten finanzieren, wenn diese später nicht einmal als Ärzte praktizieren können?

331. Der Bedarf an Vertragsärzten ist angesichts der raschen Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft, der kumulierenden Morbidität im höheren Lebensalter sowie der Ansprüche an die primäre und sekundäre Prävention als Leistung der GKV nicht abzusehen.

332. Die Organisationsreform der GKV, die Einführung von Wahlmöglichkeiten für die Versicherten sowie die später diskutierten Optionsmodelle für Gesundheitsleistungen könnten die Gefahr einer Überlastung der Solidarfinanzierung im System der GKV relativieren.

333. Gegen ein medizinisch nicht begründbares und nicht am Bedarf orientiertes Wachstum der Leistungsmengen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind Bewertungs- und Honorarverteilungsänderungen bereits beschlossen, teilweise sogar vertraglich vereinbart worden und noch verbesserungsfähig. Auch der Ausbau der Qualitätssicherung wird sich zugunsten einer Konzentration der Leistungen auf das medizinisch Notwendige auswirken.

334. Für die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit des vorgesehenen Eingriffs in ein Grundrecht wären aus der Sicht des Rates folgende Fragen zu prüfen:

- Ist die Maßnahme erforderlich, obwohl Selbstregulierungsmöglichkeiten im System mit einer Neuordnung der Finanzierung nach Neubestimmung von Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität verhältnismäßig geringere Eingriffe darstellen? Sie konnten ihre Wirksamkeit noch nicht unter Beweis stellen, sind aber bereits im geltenden Recht angelegt. Neue Maßnahmen gegen unwirtschaftliche Leistungsentwicklungen haben die Selbstverwaltungen bereits beschlossen.
- Wäre nicht auch eine Beschränkung der Studentenzahlen ein verhältnismäßig geringerer Eingriff? Denn je länger und spezialisierter eine Ausbildung eines Arztes war, desto schärfer trifft ihn eine Zulassungsbeschränkung beim Eintritt in die freie Praxis.

- Wird nicht in die Arztwahlmöglichkeit der GKV-Versicherten (90 % der Bevölkerung) eingegriffen, wenn ihr die Fähigkeiten und Kenntnisse zahlreicher qualifizierter Ärzte vorenthalten werden, zu deren Ausbildung sie mit ihren Steuern beigetragen haben?
- Inwieweit sind positive Impulse der Gesundheitswirtschaft für den Arbeitsmarkt im Allgemeininteresse zu berücksichtigen?

5.4.4. Ansätze für die Erhaltung der Niederlassungsfreiheit

335. Nicht nur die Probleme, die sich aus solchen Eingriffen in die Niederlassungsfreiheit der Ärzte ergeben, legen nahe, weniger einschneidende Maßnahmen vorzuziehen.

Diese müßten geeignet sein, einer nicht notwendigen Leistungsvermehrung in der vertragsärztlichen Versorgung und in den Bereichen verordneter Leistungen entgegenzuwirken.

- Neuzulassungen in und für die Bildung von Gemeinschaftspraxen schließen Wettbewerbsanreize der Ärzte im Innenverhältnis weitgehend aus. Solche Formen ärztlicher Zusammenarbeit könnten gleichzeitig den stationären Sektor entlasten.
- Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die an den Universitäten entwickelt und in den Krankenhäusern erlernt werden, müssen die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit haben, einzelne Ärzte auch zusätzlich für die vertragsärztliche Versorgung zuzulassen.
- Auch für die Weiterentwicklung neuer ambulanter Strukturen wie Praxiskliniken, geriatrische Behandlungseinrichtungen und fachübergreifende ambulante Operationseinheiten müssen die Zulassungsausschüsse Spielraum haben und zusätzliche Neuzulassungen aussprechen können.
- Um die Einarbeitung von Ärzten vor ihrer Zulassung in einer bestehenden Praxis zu fördern, sollten zeitlich befristete Übergangspartnerschaften oder entsprechende Zulassungen von Praxisassistenten unabhängig von den Zahlen der Bedarfsplanung und den Verhältniszahlen ermöglicht werden.

Unter der Bedingung einer auf wirksames wirtschaftliches Handeln ausgerichteten Qualitätssicherungs- und Honorarpolitik in der vertragsärztlichen Versorgung könnten so die Nachteile von Zulassungssperren vermieden und gleichzeitig die Struktur und die Qualität der ambulanten Krankenversorgung verbessert werden.

336. Angesichts der Entwicklung der GKV zu einer Versicherung für über 90 % der Bevölkerung ist auch zu fragen, ob die Zulassung als Vertragsarzt noch die aus-

schließliche Voraussetzung zur Behandlung GKV-Versicherter bleiben kann.

Bei der Diskussion von Wahlmöglichkeiten für die Versicherten könnte auch die einer generellen freien Arztwahl unter allen zulassungsfähigen Ärzten in freier Praxis erwogen werden. eine Anregung für eine solche Diskussion gibt auch Ziffer 595 ff.

5.5. Ambulante Versorgung in Praxis und Klinik

5.5.1. Die ambulante Versorgung in der ärztlichen Praxis

337. Es besteht in der nationalen Diskussion im wesentlichen Einigkeit darüber, daß das medizinische Niveau, die flächendeckende Leistungsstruktur und die soziale Ausrichtung der verschiedenen Ebenen der Patientenversorgung einen im internationalen Vergleich hohen Standard haben. Dieser Standard soll durch einen Reformprozeß nicht zurückgenommen werden. Im Gegenteil: Der Reformprozeß soll dazu dienen, auch die künftigen Entwicklungen in der praktizierten Medizin, die ökonomischen Konsequenzen aus dem demographischen Wandel und die wechselnden Phasen des Wirtschaftsgeschehens mit Blick auf die medizinischen Ziele (Priorität, Posteriorität) möglichst krisenfest und ohne Qualitätsverluste zu bewältigen.

338. Die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der GKV-Versicherten ist z.B. im § 11 Abs. 1 SGB V, § 27 SGB V sowie § 179 RVO geregelt. Für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung wird im § 73 Abs. 1 – 8 SGB V das Nähere geregelt. Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, den Gesetzestext zu zitieren oder zu interpretieren. Für die folgende Betrachtung soll vielmehr im Vordergrund stehen, was sich beispielhaft auf verschiedenen Ebenen der vertragsärztlichen Versorgung abspielt, um daraus Erkenntnisse für den Standard der ambulanten Krankenversorgung in medizinischer, humaner und sozialer Hinsicht (§ 70 Abs. 1, 2, SGB V) zu gewinnen.

339. Die Determinanten der vertragsärztlichen Versorgung haben eine phasenhaft abgelaufene Entwicklungsgeschichte hinter sich, deren Fortsetzung in den Reformprozeß für die Zukunft hinein gedacht werden muß. Die hausärztliche Ebene, die in den ersten fünf Jahrzehnten die ambulante Krankenversorgung der GKV-Versicherten maßgeblich bestimmte und in der spezialisierte Medizin fast ausschließlich von Ärzten vertreten wurde, die ambulant und stationär gleichzeitig tätig waren, ist heute eine mit über 40 Spezialgebieten differenzierte vertragsärztliche Krankenversorgung geworden. Im folgenden soll versucht werden, typische Merkmale und Funktionsabläufe der hausärztlichen und danach der fachärztlichen Tätigkeit in der freien Praxis zu skizzieren. Dabei ist zu berücksichtigen, daß im Auf-

gabenfeld und deshalb auch im Leistungsgeschehen der hausärztlichen Ebene erhebliche Unterschiede bestehen, die sich aus der Struktur der vertragsärztlichen Versorgung einer Region ergeben.

340. Während in ländlichen Regionen innerhalb der hausärztlichen Versorgung ein medizinisch breitgefächertes Leistungsspektrum von den Versicherten in Anspruch genommen wird, steigt die Trennung zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Tätigkeiten in den mittelgroßen Städten. Hier bestehen von vornherein die Möglichkeiten für die Versicherten, sich mit ihren Erkrankungen an einen Facharzt zu wenden, von dem sie erwarten, daß er für die Behandlung ihrer Krankheit spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt. Diese Art der ärztlichen Arbeitsteilung verändert das hausärztliche Leistungsspektrum gegenüber dem in der landärztlichen Struktur.

Noch stärker wirkt sich die hohe Facharztdichte in den Großstädten aus, deren Entstehen und weiteres Wachstum in erster Linie der Tatsache zuzuschreiben ist, daß dort große Krankenhäuser mit vielen Spezialabteilungen sind und die entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten haben. Nach Abschluß ihrer spezialisierten Weiterbildung bevorzugen deren Ärzte dann eine Niederlassung am selben Ort. Vielfach spielen dabei auch die Arbeitsverhältnisse der Ehepartner und die Schulverhältnisse der Kinder eine ausschlaggebende Rolle. Die ggf. höhere Einkommenserwartung dürfte in dieser Phase kaum von Bedeutung sein, denn die Spezialisierung ist bereits erfolgt, gefördert und teilweise sogar erzwungen, durch den Assistentenbedarf der Krankenhäuser in ihren Spezialabteilungen und mehr und mehr durch die Bindung des Arztes an sein Spezialgebiet.

Die Folge ist eine Kombination von Verdrängungsprozessen und Rückzug der hausärztlichen Ebene, die sich beispielhaft im Zahlenverhältnis von 60 % Fachärzten zu 40 % Hausärzten in den alten Bundesländern niederschlägt. Dadurch werden die hausärztlichen Aufgaben noch stärker eingeeengt und deshalb für nicht wenige Ärzte weniger interessant.

Die Aufgaben des Hausarztes am Beispiel der Landarztpraxis

341. Um eine deutliche Übersicht über die hausärztliche Tätigkeit zu erhalten, soll im folgenden dargestellt werden, welche Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung dem Landarzt zufallen, dessen Tätigkeit der Funktion eines Primärarztes in der derzeitigen Niederlassungsstruktur am ehesten entspricht:

- In der Regel besteht ein über Jahre gefestigtes Vertrauensverhältnis, das für beide Partner, Patient und Arzt, Bindungswirkung hat.
- Aus dieser Bindung und durch die Erfahrung in Familie und Bekanntenkreis ist der Landarzt für alle

Krankheitsarten die erste Kontaktstelle, wenn auch mehr und mehr die Frauen-, Augen-, HNO- und Hautärzte mit den zu ihrem Fachgebiet gehörenden Erkrankungen primär aufgesucht werden. Aber in den meisten Fällen erfolgt die Rückkoppelung mit dem Hausarzt bei nächster Gelegenheit, es sei denn, Patient oder Patientin haben ein besonderes Geheimnis, das auch ihr Hausarzt eben wegen seiner sonstigen Vertrauensstellung in der Familie und Bekanntenkreis nicht erfahren soll.

So setzt sich das Krankheitsspektrum aus der Primärdiagnostik in allen Fächern und ersten, aber auch finalen Behandlungsmaßnahmen bei Patienten jeden Lebensalters und beider Geschlechter zusammen: Mit der Behandlung von Unfällen, von Infektionen aller Art, mit der Fortsetzung spezialärztlich verordneter Therapien, der Behandlung chronisch Kranker, der Differenzierung von Krankheitsbildern somatischer, psychischer oder psychosomatischer Ausprägung, der Erkennung der eigenen Grenzen mit der Folge der Konsultation eines Facharztes oder Einweisung in ein dafür geeignetes Krankenhaus, nicht selten auch, weil dort ein Arzt tätig ist, von dessen Kompetenz der Hausarzt überzeugt ist. Bei aller Wahlmöglichkeit des Versicherten und dem Bemühen des Gesetzgebers um eine ökonomische Steuerung bei der Auswahl des Krankenhauses, ist und bleibt auch diese Patientenberatung eine unverzichtbare ärztliche Aufgabe.

- Hausärztliche Aufgabe ist es schließlich, die Patienten, die sich ohne medizinische Heilungsaussichten in ihre private häusliche Welt zurückziehen und dort ihre restliche Lebenszeit verbringen, ärztlich zu begleiten. Das ist nicht Ersatz für Seelsorge, sondern in erster Linie des langjährigen »Doktors« Zuwendung, die nach Monaten, oft Jahren gemeinsamen Suchens und Hoffens in allen Ebenen der Krankenversorgung zur Pflicht geworden ist. Es ist nur noch wenig »medizinisch« und sehr viel psychosozial. Dies kostet Zeit und Einfühlungsvermögen.

Alle Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse in der alltäglichen hausärztlichen Arbeit prägen die Persönlichkeit eines Arztes in seinem Part, den er zusammen mit der jeweils einmaligen Persönlichkeit des Patienten und dessen in individueller Form auftretenden Krankheit sowie der von ihm gewählten Therapie spielt. Wenn es dafür Regeln gibt, dann bestimmen sie die Suche nach dem optimalen Zusammenspiel bei der Wiederherstellung, Besserung oder Balance der Gesundheit, je nachdem, was zu erreichen ist.

- Ziel jeder hausärztlichen Behandlung ist, dem Kranken oder der Kranken so schnell und so gekonnt wie möglich zu helfen. Das kann sogleich in der hausärztlichen Praxis erfolgen, was in einem hohen Prozentsatz der Krankheitsfälle möglich ist. Das kann

aber auch zu sofortigen Weiterüberweisung eines Patienten an einen Facharzt führen, der das erforderliche besser und sicherer leisten kann. Dafür bilden sich im Laufe der Zeit auch Vertrauensbeziehungen von Arzt zu Arzt heraus, die sich für die Patientenversorgung als segensreich erweisen.

- Im Tagesablauf mischen sich meist frühzeitig beginnende Sprechstunden mit nachfolgender Hausbesuchstätigkeit überwiegend bei chronisch Kranken, alten und gebrechlichen Patienten. Nicht überall stehen öffentliche Verkehrsmittel zur Verfügung und die allgemeine auf Selbstverwirklichung ausgerichtete Gesellschaft erübrigt nur selten familiäre oder nachbarschaftliche Fahrtmöglichkeiten zu regelmäßigen ärztlichen Kontrollen in der Praxis, die zudem mit Wartezeiten und neuen Risiken von Wegeunfällen oder Ansteckungen verbunden sind. Abgesehen von den Taxikosten ist die ärztliche Visite zuhause dafür das Angemessene.

342. Es gibt auch Leistungen, für die im Interesse der Patienten und der Praxisorganisation Termine vergeben werden können: Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren, Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern, Jugendarbeitsschutzuntersuchungen und Untersuchungen für Privatversicherungen und für Behörden. Solche Untersuchungen dürfen nicht die Patientenversorgung stören. Terminvereinbarungen zu Sprechstunden und hausbesuchsfreien Zeiten, also mittwochnachmittags, sonnabends, sonntags, oder falls das möglich ist, die Abende der Wochentage, werden dafür vorgesehen. Allerdings muß dann auf die Hilfe der Praxismitarbeiter verzichtet werden.

Dieselben Zeiten sind auch der Erledigung der Verwaltungsarbeit, schriftlichen Begutachtungen und der Aufarbeitung besonderer Dokumentationen vorbehalten.

343. Aus gutem Grund wird zur Erhaltung der Kontinuität und der Verantwortlichkeit in der hausärztlichen Versorgung die Erreichbarkeit für die eigenen »Patienten« auch nachts beibehalten. In der Regel beschränkt sich die gegenseitige Vertretung in den ländlichen »Notdienststringen« auf die Zeiten von Mittwoch 14 Uhr bis Donnerstag 8 Uhr und auf Sonnabend 8 Uhr bis Montag 8 Uhr, falls der Hausarzt selbst nicht erreichbar ist. Auch das unterscheidet die Landärzte von ihren hausärztlichen Kollegen in den Städten. Dort sind organisierte Notfallbereitschaftsdienste für alle sprechstundenfreien Zeiten und für alle Nächte, die eher die Regel als die Ausnahme sind. Es sind andere Primärärzte mit einem anderen Gefühl für ihre »Zuständigkeit«; aber gerade dort, wo die Inanspruchnahme durch die Patienten durch die höhere Facharztdichte ihre Hausarztrolle ohnehin einschränkt, würde eine Erreichbarkeit für die Patienten, die der Hausarzt selbst betreut, seine besondere Beziehung unterstreichen und festigen.

344. Das Bemühen um Qualitätssicherung, um forensische Absicherung und möglichst wenig Zumutungen für die Patienten begleitet die medizinisch orientierte Auswahl der Leistungen. Gelegentlich wird auch aus Gründen der Compliance Patientenwünschen Rechnung getragen. Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Ablauf der Patientenversorgung spielt auf dieser Ebene für den Landarzt bei der Auswahl der Diagnostik und der Therapie keine wesentliche Rolle.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen der hausärztlichen Versorgung den einzelnen Fächern der Medizin zuzuordnen. Das individuelle Behandlungsspektrum ist auch zu verschieden: Es richtet sich nach den Kenntnissen und Fähigkeiten, die jeder Arzt für sich in seiner Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung erworben und in der Praxis gefestigt hat.

Danach richtet sich dann seine ebenfalls individuelle Kooperationsschwelle mit den Fachärzten und ggf. die Schwelle, an der ihm die Krankenhauseinweisung notwendig erscheint. Hier entscheidet letzten Endes das ärztliche Gewissen, auf das sich auch der Patient – unbeschadet der notwendigen Aufsicht und Qualitätssicherung – verlassen können muß.

Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt

345. Aufgrund der historischen Entwicklung der verschiedenen Fachgebiete überschneiden sich ihre Versorgungsbereiche. Darüber hinaus bietet Deutschland im internationalen Vergleich eine ungewöhnlich hohe und subspezialisierte Versorgungsdichte mit ausschließlich ambulant tätigen Fachärzten. Sie ist aus dem Ärztebedarf der stationären Krankenversorgung mit ihren zahlreichen Subspezialisierungen entstanden und eine Folge der dort abgestuften Hierarchien mit nur wenig wirklich selbständigen Stellungen für Ärzte.

Auf der Ebene der fachärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten finden sich Ärzte nahezu aller für die Krankenbehandlung geeigneter Fachgebiete, Facheilgebiete und sonstiger Spezialisierungen. Die von der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft her gebotene Arbeitsteilung und Zusammenarbeit wird so durch Wettbewerbseinflüsse beeinflusst.

346. Dennoch haben sich innerhalb der fachärztlichen Versorgung bestimmte Strukturen entwickelt, die sich aus Schwerpunktinteressen der Fachärzte oder Spezialisierung auf ein Teilgebiet ihres Faches herleiten lassen. Üblicherweise konzentrieren sich die Niederlassungen der Fachärzte auf die Regionen mit höherer Siedlungsdichte, also auf Klein-, Mittel- und Großstädte mit besonderer Präferenz der Universitätsstädte mit medizinischen Fakultäten. Dort bilden sich besonders viele Ärzte in allen Spezialrichtungen weiter, die sich wo möglich

im Umkreis ihres bisherigen Wirkens niederlassen. Daraus resultiert eine sehr hoch spezialisierte Ebene für die freie ärztliche Praxis, die zur Kooperation mit den Hausärzten durchaus akzeptiert wird.

Es entstehen typische »Überweisungspraxen« auch für Ärzte aller anderen Fachgebiete, während die Fachärzte ohne besondere Subspezialisierung mehr »eigene« Patienten versorgen und dabei den hausärztlichen Anteil meistens mitversehen, insbesondere Internisten und Kinderärzte.

347. Aus dem unmittelbaren ambulanten Behandlungszugang, der von Patienten zu allen Vertragsärzten besteht und aus dem Informationsstand der Bevölkerung über die Arbeit der mittlerweile an fast allen Regionalkrankenhäusern errichteten Abteilungen für Orthopädie und Urologie sind auch die Ärzte dieser Fachgebiete in großer Zahl für die Patienten direkt wählbar. Das Tätigkeitsfeld der in der Praxis niedergelassenen Chirurgen und natürlich das der Allgemeinmediziner hat sich entsprechend verändert.

Solche Veränderungen sind meistens auch von einem Rückzug aus den betreffenden Behandlungsarten begleitet, wie bei den Allgemeinmediziner für die Tätigkeiten in der Augenheilkunde, der HNO-Heilkunde, der Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie der Frauenheilkunde. Hier macht Fachkenntnis, Übung und spezielle Investition den Facharzt zur ersten Adresse, natürlich soweit dieser erreichbar ist.

348. Der Rückzug aus den besonders spezialisierten letztgenannten Fachgebieten wird bei der hausärztlichen Tätigkeit immer dann sichtbar, wenn Notfallpräsenzen gefordert werden. Spezialisierte Hintergrunddienste sind in Landgebieten nur in großer Entfernung zu erreichen und werden von vielen Patienten angesichts der sonst hohen Versorgungsdichte mit Fachärzten als widersprüchlich befunden und kritisiert.

Die fachärztliche Versorgung wird auch bei direkter Inanspruchnahme ihre volle Kompetenz entfalten, um den Ansprüchen der Patienten und den Erwartungen, die er an diese Inanspruchnahme knüpft, gerecht zu werden. Das kann, wenn die ärztliche Intervention auf dieser Ebene ins Schwarze trifft, das Beste und Preiswerteste sein. Ergibt sich jedoch eine nur wenig komplizierte Erkrankung oder werden weitere Fachärzte zur Abklärung der Behandlung eingeschaltet, war das Auslassen der hausärztlichen Ebene eine verpaßte Chance, weniger aufwendig zu handeln oder auch gleich gezielt zu kooperieren.

Insoweit ist das vom Rat im JG 1992 (Ziffer 316ff.) vorgeschlagene modifizierte Primärarztssystem für den Regelfall medizinisch sinnvoll und ökonomisch ausgewogen. Die freie Arztwahl auf der Ebene der fachärztlichen Versorgung bliebe ohnehin erhalten. Die freie Arztwahl insgesamt, über das Primärarztssystem hinaus, könnte als Patientenrecht erhalten werden, wenn bei Verzicht auf

eine hausärztliche Steuerung des Zugangs zum Facharzt diese als Wahlleistung gesondert versichert werden. Die Qualität der Arbeitsteilung der Vertragsärzte würde dadurch nur gewinnen.

349. In der Praxis haben sich Kooperationsbeziehungen unter Vertragsärzten entwickelt, die eine sinnvolle Arbeitsteilung unter den Vertragsärzten widerspiegeln. Die Verwerfungen sind nicht so extrem, daß der Gesetzgeber sie über Eingriffe in die Arbeitsteilung dirigistisch beeinflussen müßte.

Aber die Vertragsärzte selbst müssen angesichts der Notwendigkeit, alles Überflüssige zu unterlassen, mit ihrer kompetenten Arbeitsteilung und einer darauf aufbauenden gezielten Zusammenarbeit das ihre tun, um den ökonomischen Zufälligkeiten, die sich gegebenenfalls aus fehlenden Informationen der Patienten ergeben, vorab zu begegnen.

350. Sowohl bei den Haus- als auch bei Fachärzten spielen sich Konzentrationsbewegungen ab, wie z.B. Zunahme und Verstärkung von Sozietäten, um die zunehmende Zahl an Ärzten zu integrieren, die sich niederlassen wollen.

Sie können bei entsprechender Honorierung zahlreiche Aufgaben übernehmen, die zur Zeit noch der stationären Krankenversorgung vorbehalten sind:

- Fachübergreifende Operationsmöglichkeiten auch mit Tagesbetten,
- Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften mit allen Möglichkeiten moderner bildgebender Verfahren,
- Gemeinschaftspraxen für komplizierte Labordiagnostik oder
- invasive Diagnostik sowie
- onkologische Schwerpunktpraxen.

Gemeinschaftspraxen auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung zeigen die Innovationsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit der Vertragsärzte.

351. Für den weiteren Reformprozeß der GKV in Deutschland ergibt sich unter Darstellung der Ebenen der vertragsärztlichen Versorgung und ihrer Entstehungsgeschichte nach über 100 Jahren die Feststellung, daß die Elemente

- freie Arztwahl für die Versicherten,
- Freiberuflichkeit der Ärzte mit uneingeschränkter persönlicher Verantwortung,
- die Diffusion des medizinischen Fortschritts in alle Tätigkeitsbereiche und
- die arbeitsteilige Zusammenarbeit der Vertragsärzte aller Ebenen

zu einer flächendeckenden, qualifizierten und persönlichen ambulanten Patientenversorgung geführt haben.

Auf die hausärztliche Tätigkeit kommen verstärkt neue Aufgaben zu, z.B. aus dem Bereich der Prävention, der häuslichen Pflege und der Geriatrie. Die Ärzte müssen für diese zukünftige Herausforderung qualifiziert werden. Dies setzt eine Intensivierung allgemeinmedizinischer Forschung und eine darauf fußende Berücksichtigung in der Aus- und Weiterbildung voraus.

Am Ende dieser Qualifikation muß ein Arzt stehen, der bereit und in der Lage ist, dieser menschlich und medizinisch anspruchsvollen und fächerverbindenden Aufgabe gerecht zu werden.

5.5.2. Derzeitige und zukünftige Integration ambulanter und stationärer Versorgung

352. Der Rat ist grundsätzlich der Auffassung, daß Kappungen von Teilen des gesetzlich verankerten Leistungsangebots der GKV nur unter Beachtung der Maxime »Rationalisierung vor Rationierung« vertretbar sind. Überall, wo Verbesserungen der Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung innerhalb des gegebenen Mittelrahmens möglich erscheinen, haben entsprechende Maßnahmen Priorität vor Überlegungen zur Kürzung des Leistungskatalogs.

353. Die Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung ist ein Konstruktionselement des deutschen Gesundheitswesens, das zu vermeidbaren Effektivitäts- und Effizienzverlusten führt. Schon im Jahresgutachten 1988 (Ziffer 425ff.) hat der Rat sich ausführlich mit diesem Problem befaßt und festgestellt, daß die scharfe organisatorische Trennung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von der stationären Krankenhausversorgung unter medizinischen und unter *ökonomischen Gesichtspunkten gleichermaßen nachteilig* ist:

- medizinisch, weil die Trennung der Versorgungsbereiche zur Diskontinuität von Behandlung, Betreuung und Verantwortlichkeit für den Patienten, zur Belastung des Patienten mit unnötiger und teilweise riskanter Diagnostik, zu Unterbrechungen der Therapie mit der damit einhergehenden Gefahr des Wirkungsverlustes, zu Informationsdefiziten, zu nicht optimal aufeinander abgestimmten Behandlungen und zu unzureichender oder fehlender Nachsorge führen kann, und
- ökonomisch, weil es zu vermeidbarem Kommunikationsaufwand und zu unnötiger paralleler Vorhaltung medizintechnischer Kapazitäten im ambulanten und im stationären Sektor kommt, vor allem aber, weil keine selbststeuernden Anreize bestehen, die Versorgung dort vorzunehmen, wo sie am kostengünstigsten erfolgt.

354. Eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung ist mit punktuellen Maßnahmen

nicht erreichbar, sondern bedarf eines breit gefächerten Bündels von Maßnahmen, die einen Ausbau der personellen Verzahnung ebenso beinhalten wie die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern auf Basis entsprechender vertraglicher Absprachen sowie unterstützende Maßnahmen in Form geeigneter institutioneller und finanzieller Regelungen. Umgekehrt ist auch die dringend notwendige Neugestaltung der primärärztlichen Versorgung, für die der Rat im JG 1989 einen Vorschlag unterbreitet hat (Ziffer 296ff.), mit einem eigenen, im JG 1992 (Ziffer 316ff.) weiterentwickelten Reformvorschlag thematisiert hat, ohne eine die Belange der ambulanten und der stationären Versorgung gleichermaßen berührende Reform der gebietsärztlichen Versorgung nicht voranzubringen.

355. Auch der Gesetzgeber strebt eine größere Durchlässigkeit und Verzahnung zwischen den beiden Versorgungsbereichen schon lange an. Bereits 1978 hat er z.B. durch die Änderung des damaligen § 372 RVO die rechtliche Grundlage für vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus geschaffen. Allerdings war diese einseitig als Funktionserweiterung der Krankenhäuser angelegt. Weder die Krankenkassen noch die Kassenärztlichen Vereinigungen erkannten darin ökonomische oder medizinische Vorteile; sie griffen deshalb diese Option nicht auf.

Einen erneuten Schritt mit dem Ziel, eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 gemacht. Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes wurden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhaussträger im Land verpflichtet, gemeinsam Verträge mit dem genannten Ziel abzuschließen (§ 115 Abs. 1 SGB V). In solchen dreiseitigen Verträgen sollten vorrangig für die folgenden Sachbereiche Regelungen gefunden werden:

- die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Praxis-kliniken,
- die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung des Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
- die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
- die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus sowie
- die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 115 Abs. 2 SGB V).

356. Es erwies sich indessen sehr schnell, daß angesichts erheblicher Differenzen in grundsätzlichen Fragen, vor allem der Möglichkeit und Erwünschtheit vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus, kaum

damit zu rechnen war, daß die betroffenen Parteien zu einmütigen vertraglichen Regelungen gelangen würden. Verhandlungen der Spitzenverbände über eine nach § 115 Abs.5 SGB V vorgesehene Rahmenempfehlung zu den dreiseitigen Verträgen scheiterten: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erklärten Anfang 1990 übereinstimmend, daß die Verabschiedung einer Rahmenempfehlung zur vor- und nachstationären Behandlung aufgrund der sehr unterschiedlichen Interessenlagen nicht möglich sei.

Auf Landesebene kam es in Einzelfällen zu weiteren Aktivitäten. Wo sie in Verträge mündeten, wie z.B. in Hessen, geschah dies freilich nicht in Form von Regelungen, die zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt worden wären, sondern in Form von Festsetzungen durch die Landesschiedsstelle. In Hessen wurden auf diese Weise die Möglichkeiten zu vorstationärer Diagnostik, begrenzt auf präoperative Leistungen innerhalb einer Zeitspanne von drei aufeinanderfolgenden Behandlungstagen, und zu nachstationärer Behandlung, begrenzt auf die zur Sicherung des Behandlungserfolgs notwendigen Maßnahmen innerhalb einer Zeitspanne von höchstens sieben aufeinanderfolgenden Kalendertagen, geschaffen; im übrigen schrieb der Vertrag für vor- und nachstationäre Behandlung das Einvernehmen zwischen einweisendem Arzt und Krankenhausarzt vor.

357. Die unterschiedlichen Präferenzen für personelle Verknüpfungen einerseits (durch Belegärzte und ermächtigte Ärzte) und für institutionelle Ausweitungen andererseits (der ambulanten Krankenhausversorgung) ließen einen Konsensus darüber, wie sich eine engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sachgemäß bewerkstelligen ließe, nicht mehr zu. Das hat den Gesetzgeber bewogen, die bisherige Regelung zur Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus im Rahmen des GSG durch einen neuen § 115 a SGB V zu konkretisieren. Durch diesen neuen Paragraphen werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus geschaffen. Danach kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
- im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung, die nachstationäre Behandlung auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt. Die Frist von 14 Tagen kann in medizi-

nisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Ansonsten besteht seitens des Krankenhauses gegenüber dem einweisenden Arzt lediglich die Verpflichtung zu einer unverzüglichen Unterrichtung über die vor- oder nachstationäre Behandlung. Was die Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus betrifft, liegt inzwischen eine Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vor: Danach soll ein Krankenhaus für vorstationäre Leistungen eine fallbezogene Pauschale in Höhe des 1,8-fachen des zuletzt genehmigten Pflegesatzes in Rechnung stellen können. Die vom Krankenhaus im Anschluß an die stationäre Behandlung erbrachten Leistungen sollen pro Behandlungstag mit einer Pauschale in Höhe des 0,6-fachen Pflegesatzes abgegolten werden. Die gleichzeitige Notfallbehandlung oder Hausbesuche bleiben Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Gesetzgeber hat sich damit gegen die personelle Verzahnung und damit gegen das medizinische Argument der Behandlungskontinuität entschieden. Bei der institutionellen Verzahnung bleibt der Arztwechsel systemimmanent.

358. Der Rat hat sich schon in früheren Gutachten zu den Vor- und Nachteilen vor- und nachstationärer Behandlung durch das Krankenhaus geäußert und dabei die Öffnung der Krankenhäuser für eine zeitlich limitierte nachstationäre Behandlung empfohlen. Die nachstationäre, durch den Krankenhausarzt und nach Möglichkeit durch den niedergelassenen Arzt gemeinsam durchgeführte Behandlung wird nicht nur in vielen Fällen eine frühere Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus ermöglichen, sondern gleichzeitig auch die Voraussetzungen für eine qualitativ hochstehende Nachsorge verbessern; dabei käme der Vorteil der Aktivierung der Behandlungskompetenz des Krankenhausarztes vor allem dann zum Tragen, wenn es sich um eine im niedergelassenen Bereich seltene Krankheit handelt.

Demgegenüber hat der Rat in der Vergangenheit auch ökonomische und versorgungsstrukturelle Risiken einer vorstationären Behandlung durch Krankenhäuser gesehen. Der Rat hat zunächst darauf hingewiesen, daß sich aus der vorstationären Diagnostik Vorteile in Form einer Reduzierung der Fallzahlen nur ergeben, wenn die Krankenhäuser nach Abklärung des Falles die Aufnahme zu einer vollstationären Krankenhauspflege ablehnen können und wollen. Diesbezüglich hat das GSG zumindest bezüglich des Könnens eine neue Lage geschaffen, indem es mit bemerkenswerter Klarheit festhält, daß das Krankenhaus verpflichtet ist zu prüfen, ob vollstationäre Behandlung erforderlich ist (§ 39 SGB V). Konnte sich also das Krankenhaus bisher auf die Einweisung eines niedergelassenen Arztes als Begründung für seine Leistungen berufen, so reicht dies künftig nicht mehr aus, denn es ist ausdrückliche Aufgabe des Krankenhauses,

die Möglichkeit anderer Versorgungsformen vor der vollstationären Behandlung zu prüfen.

359. Weiterhin besteht aus der Sicht des Rates die Gefahr, daß unter den bestehenden Anreizen und aufgrund des Wettbewerbs zwischen den Ärzten viele Patienten unter dem Vorwand einer Abklärung der Notwendigkeit einer Krankenhauspflege zur vorstationären Diagnostik eingewiesen werden und der Patient ohne Belastung des Budgets für den niedergelassenen Arzt konsequent »durchuntersucht« wird. Dies könnte zur Folge haben, daß nennenswerte Patientenvolumina am ambulanten gebietsärztlichen Sektor vorbeigeführt werden und daß auf längere Frist konkurrierende Ambulatorien in den Krankenhäusern entstehen. Diese Prognosen können an Bedeutung verlieren, wenn ihnen durch eine geeignete Ausgestaltung der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung Rechnung getragen wird. Als Risiko einer unerwünschten strukturellen Entwicklung bleibt dann allerdings immer noch die sektorale Budgetierung der vertragsärztlichen Versorgung, aus der heraus sich eine Tendenz zu einer strukturpolitisch nicht gewollten Inanspruchnahme »vorstationärer« Diagnostik im Krankenhaus entwickeln könnte.

360. Unabhängig von diesen Überlegungen bedarf die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegte Empfehlungsvereinbarung zur Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung nicht nur in Hinblick auf ihre Höhe, sondern vor allem auch in Hinblick auf ihre Bemessungsgrundlage einer sorgfältigen Prüfung. Der in der Vereinbarung empfohlenen Lösung, die von Haus zu Haus unterschiedliche, die jeweilige Gesamtsituation reflektierende Pauschalen vorsieht, wären generell vorzuziehen fall(gruppen)bezogene, für alle Krankenhäuser gleichermaßen geltende Pauschalen. Insbesondere im Bereich der vorstationären präoperativen Diagnostik sollten einer Bestimmung von Pauschalen auf Basis standardisierter Leistungsbündel (orientiert an den Vergütungen der vertragsärztlichen Versorgung) keine unüberwindlichen Schwierigkeiten im Weg stehen.

361. Generell eröffnet das GSG den Krankenhäusern nunmehr auch die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen. Nach § 115 b SGB V vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

- einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen,
- einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit des ambulanten Operierens.

Dabei sind die Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen zugelassen. Während die vor- und nachstationäre Behandlung noch unmittelbar an die Einweisung ins Krankenhaus zur stationären Behandlung durch einen Vertragsarzt gebunden ist, kann der Patient beim ambulanten Operieren das Krankenhaus auch ohne Einweisung oder Überweisung in Anspruch nehmen. Zudem wird für diesen Leistungsbereich die Wahlmöglichkeit des Patienten auch auf die ambulant operierenden Krankenhäuser ausgeweitet (§ 76 Abs. 1 SGB V).

Während Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit des ambulanten Operierens bis Ende des Jahres 1993 vereinbart werden sollen, ist ein erster Vertrag über den Katalog und die Vergütung der ambulant durchführbaren Operationen zwischen den Spitzenverbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits geschlossen worden. Die Vertragspartner einigten sich darauf, zunächst die im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) derzeit 322 mit Zuschlägen versehenen Operationen und Anästhesien als Katalog zu vereinbaren, diesen aber bis zum 30. Juni 1993 zu überarbeiten. In dieser inzwischen abgeschlossenen Überarbeitung wurden einerseits Leistungen, die seit jeher ambulant erbracht werden, sowie Operationen, deren Risiko zu groß erschien, wie etwa die Gallenblasenentfernung und Eingriffe in die Schilddrüse, aus dem Katalog gestrichen, und andererseits Leistungen, die aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, vor allem der Entwicklung endoskopischer und minimal-invasiver Techniken inzwischen ambulant durchführbar sind, in den Katalog aufgenommen.

Was die Vergütung betrifft, hat man sich darauf verständigt, die Leistungen zunächst auf der Grundlage des EBM abzurechnen, jedoch spätestens bis Ende 1994 in geeigneten Fällen Komplexgebühren für die Vergütung von operativen Leistungen und Nebenleistungen festzulegen. Für die Vertragsärzte bemißt sich damit die Vergütung für ambulante Operationen an den Punktzahlen des EBM und dem aus der Mengenentwicklung und dem für die ambulanten Operationen vorgegebenen Budgetrahmen resultierenden Punktwert. Für die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Operationen wird der Punktwert angesetzt, der sich jeweils im vorletzten Quartal in der vertragsärztlichen Versorgung errechnet hat. Im Rahmen der fixen Budgets wird die Vergütung für ambulant durchgeführte Operationen zum Abzug gebracht.

362. Zukünftig wird eine wichtige Aufgabe darin bestehen, die Entgeltsysteme für ambulantes Operieren einerseits und die Fallpauschalen sowie andererseits für die vollstationäre und die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung so aufeinander abzustimmen, daß keine unerwünschten Lenkungswirkungen entstehen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Dies gilt insbeson-

dere für die teilstationäre Behandlung, die ja – neben Leistungen im Bereich der Onkologie, Gastroenterologie und Kardiologie – vor allem chirurgische Leistungen umfaßt (wobei es in der Chirurgie im wesentlichen um Leistungen geht, die im Prinzip ambulant erbracht werden könnten, aber doch ein längeres postoperatives Monitoring erfordern, wie z.B. Leistenbruchoperationen bei Säuglingen). Den Vertragspartnern auf Landesebene, die gegenwärtig über Leistungskataloge und Vergütung für die teilstationäre Versorgung verhandeln, wird empfohlen, hierfür grundsätzlich anstelle von Pflegesätzen pauschalierte Entgelte zu vereinbaren, wie dies auch in der Vergangenheit zum Teil schon geschehen ist. Dabei wird es darauf ankommen, Entgeltsysteme zu entwickeln, die für die Krankenhäuser die «short stay surgery» attraktiver als bisher machen, ohne gleichzeitig Anreize gegen das ambulante Operieren zu setzen.

363. Der Rat hält die Vereinbarung eines Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und die Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren durch das GSG für einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer Entlastung des stationären Sektors. Es wird nicht mehr ernsthaft bestritten, daß in der Bundesrepublik die Möglichkeiten des ambulanten Operierens noch nicht ausgeschöpft sind. So kommt eine Studie des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) zum Ergebnis, daß ca. 1,3 Mio. (9,6 %) aller Krankenhaufälle sich unter medizinischen Gesichtspunkten für die ambulante Durchführung eignen würden; bei vollständiger Substitution könnten dadurch 14,6 Mio. Krankenhaustage (6,7 % aller Krankenhaustage) pro Jahr eingespart werden. Zudem ist aufgrund der auf dem Gebiet der minimal invasiven Chirurgie zu erwartenden Weiterentwicklungen anzunehmen, daß sich auch die Möglichkeiten, Operationen ambulant durchzuführen, zukünftig noch weiter vergrößern werden. Gleichzeitig könnten hierdurch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung Impulse gesetzt werden.

In welchem Ausmaß und in welchem zeitlichen Rahmen sich solche Substitutionsprozesse realisieren lassen und welche finanziellen Entlastungseffekte damit einhergehen, ist allerdings von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. So ist darauf hinzuweisen, daß

- einer schnellen Realisierung von Verlagerungsprozessen das Fehlen der erforderlichen Infrastrukturen nicht nur im Bereich der Chirurgie selbst, sondern auch im Bereich der häuslichen Pflege entgegensteht,
- die Finanzierung solcher Infrastrukturen im Krankenhaussektor neuartige Fragen der Krankenhausfinanzierung aufwirft; so müßten unter Beachtung der Unterschiede in den Finanzierungssystemen für die Krankenhausversorgung einerseits und die vertragsärztliche Versorgung andererseits zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten investive Aus-

gaben für die ambulante Aktivität der Krankenhäuser prinzipiell aus der Leistungsvergütung finanziert werden,

- unklar ist, ob die derzeit geltende Vergütungsregelung und das gegenwärtige Krankenhausfinanzierungsrecht für Krankenhäuser überhaupt einen genügend großen ökonomischen Anreiz bieten, bisher stationär durchgeführte Operationen zukünftig ambulant durchzuführen; dies gilt insbesondere für die Budgetierungsphase, in der das Erlösabzugsverfahren zur Anwendung kommt,
- geklärt sein muß, in welcher Weise fehlende ökonomische Anreize durch regulatorische Eingriffe ersetzt werden könnten, etwa in Form eines verpflichtenden Indikationskatalogs, der ambulant mögliche Eingriffe von der stationären Leistungserbringung ausschließt oder diese nur unter besonderen Bedingungen zuläßt,
- derzeit im vertragsärztlichen Bereich zumindest für Teile des Katalogs eine Kostendeckung ambulanter Operationen nicht gewährleistet zu sein scheint,
- auch beim ambulanten Operieren die Gefahr des Aufweichens von Indikationen und infolgedessen die Tendenz zu medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitungen besteht (wobei jedoch ausdrücklich ergänzt werden muß, daß Verbesserungen des Nutzen-Risiko-Verhältnisses einer medizinischen Intervention in der Regel in gewissem Umfang immer auch zu medizinisch gerechtfertigten Mengenausweitungen führen werden).

364. Hinsichtlich der traditionellen Formen der personellen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – Teilnahme von ermächtigten Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung sowie belegärztliche Tätigkeit von Vertragsärzten – hat das GSG keine neuen Akzente gesetzt. Der Rat ist indes der Auffassung, daß auch hier Fortentwicklungsmöglichkeiten bestehen, die im Interesse eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung genutzt werden sollten. Dies gilt insbesondere für das Belegarztsystem, das zusätzlich zu dem Vorteil der ambulanten und stationären Betreuung »aus einer Hand« auch den vor allem aus der Sicht der Patienten nicht zu unterschätzenden Vorteil der freien Arztwahl im stationären Bereich bietet.

Dabei darf freilich nicht übersehen werden, daß Belegärzte unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit in nicht unproblematischer Weise in die Interessen »ihrer« Krankenhäuser eingebunden werden (Bettenauslastung) und daß die Sicherung der personellen Kontinuität in der ambulanten und stationären Betreuung der Patienten möglicherweise um den Preis einer Verlangsamung des Prozesses der Verlagerung ambulant durchführbarer Leistungen aus dem stationären Sektor erfolgt, wofür etwa die Erfahrungen mit der Förderung des ambulanten Operierens zu Beginn der 80er Jahre deutliche Hinweise liefern.

365. Auf's Ganze gesehen hat das GSG mit den Neuregelungen zur vor- und nachstationären Behandlung sowie zum ambulanten Operieren die rigide Trennung zwischen dem Bereich der niedergelassenen Ärzte und dem Krankenhaussektor zwar teilweise beseitigt, die in den institutionellen und organisatorischen Strukturen liegenden Interessengegensätze zwischen den beiden Versorgungsbereichen letztlich aber unverändert bestehen lassen. Daß sich diese Interessengegensätze angesichts knapper werdender finanzieller Ressourcen und gleichzeitig eher noch zunehmender Überkapazitäten (sowie einer Politik, die bei der Lösung der wachsenden Finanzprobleme weiterhin auf sektorale Budgetierung setzt!) durch die Organe der Selbstverwaltung und der Krankenhausträger zukünftig leichter als bisher überbrücken lassen, wird man kaum annehmen dürfen. Eine sachgemäße Weiterentwicklung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung wird daher auch weiterhin gesetzgeberischer Impulse bedürfen.

366. Will man die Weiterentwicklung im Sinne einer Neuordnung der ambulanten und der stationären Versorgung vorantreiben, sind damit – zusätzlich zu dem Problem der medizinisch und ökonomisch gleichermaßen nachteiligen Trennung der ambulanten und stationären Versorgung des einzelnen Patienten - u.a. folgende Probleme und Schwachstellen mit zu berücksichtigen:

- Es fehlen ökonomische Mechanismen, die die im Zuge des medizinisch-technischen Wandels mögliche Verlagerung gebietsärztlicher Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor unterstützen.
- Die scharfe Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hat zur parallelen Vorhaltung aufwendiger Geräte im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaussektor geführt, mit der Konsequenz, daß sich optimale Betriebsgrößen nur schwer realisieren lassen und amortisationsbedingter Nutzungsdruck entsteht.
- Die unterschiedliche Vergütung ärztlicher Leistungen im ambulanten und stationären Sektor hat zusammen mit den Weiterbildungsordnungen und dem Vertragsrecht bewirkt, daß die Krankenhäuser zur Durchgangsstation für die Gebietsärzte in die ambulante Versorgung geworden sind.
- Die weitgehende Lokalisierung von Forschung und Ausbildung im stationären Sektor schwächt die Innovation in der ambulanten Versorgung und erschwert eine zielgerichtete Aus- und Weiterbildung für die ambulant-ärztliche Tätigkeit.

Bisher in der Öffentlichkeit bekannt gewordenen Vorschlägen und Überlegungen zur Überwindung dieser Probleme und Schwachstellen liegen sehr unterschiedliche Ausgangspunkte zugrunde: Reformperspektiven,

die auf einen Ausbau der den Krankenhäusern zuzuordnenden Funktionen und Aufgaben setzen, stehen Vorstellungen zur Strukturinnovation gegenüber, in denen dem Krankenhaus im Sinne einer institutionell gebündelten Vorhaltung von medizinischen Leistungen, von pflegerischer Betreuung und von Hotelleistungen nur wenige Versorgungsbereiche wie z.B. die Intensivpflege verbleiben sollen.

367. Als ein Bereich, für den solche grundsätzlichen Lösungsansätze zunächst konkretisiert werden sollten (und erprobt werden könnten), bietet sich das Leistungsspektrum der technikintensiven medizinischen Funktionsdienste (OP, Großgeräte, Labor) an (§ 87 Abs.2b SGB V). Vorhaltung und Nutzung insbesondere der Großgeräte sind ja in der Vergangenheit schon wiederholt als ein weiterer Bereich sinnvoller Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung genannt worden. Zu analysieren wären hier unterschiedliche Formen gemeinsamer Nutzung aufwendiger Medizintechnik durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte, wie z.B.

- die Bereitstellung der Kapazitäten durch das Krankenhaus mit Öffnung für die niedergelassenen Ärzte auf einzel- oder kollektivvertraglicher Basis,
- das »Outsourcing« des betreffenden Leistungsspektrums durch Öffnung der Krankenhäuser für die Niederlassung von Gebietsärzten,
- die Etablierung spezieller Einrichtungen in eigener Trägerschaft, die sowohl von Krankenhäusern wie von niedergelassenen Ärzten in Anspruch genommen werden.

Teile des hier angesprochenen Spektrums medizinischer Leistungen werfen dabei gleichzeitig Fragen auf, die die zweckmäßige Bereitstellung und Vergütung von pflegerischen und von Hotelleistungen betreffen, ist doch die stationäre Aufnahme von Patienten hier nicht selten nur aufgrund logistischer, nicht aber medizinisch-pflegerischer Notwendigkeiten indiziert.

Wie ganz generell für die Honorierung ärztlicher Tätigkeiten sollte auch für die Vergütung der mit Hilfe von Großgeräten und anderen technikintensiven Einrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen der Grundsatz gelten, daß diese unabhängig vom Ort der Leistungserstellung unterschiedslos honoriert werden. Nur dann kann erwartet werden, daß pretiale Lenkungsmechanismen zur Herausbildung effizienter Versorgungsstrukturen führen. Allerdings muß dabei beachtet werden, daß die Finanzierungssysteme des Krankenhaussektors (duale Finanzierung) gegenwärtig tiefgreifende Unterschiede aufweisen. Erst eine monistische Finanzierung des Krankenhaussektors wird die Voraussetzungen dafür schaffen, daß Preis-Kosten-Relationen als wettbewerbliche Investitionsanreize zu effizienten Investitionsentscheidungen führen können.

Zweckmäßige und wirtschaftliche Lösungen einer gemeinsamen Nutzung von Großgeräten und anderen technikintensiven Einrichtungen müssen dabei immer im Zusammenhang mit der Neupositionierung der gebiets-

ärztlichen Versorgung zwischen hausärztlicher Versorgung einerseits und einem für die ambulante Versorgung geöffneten Krankenhaus andererseits gefunden werden. Der Rat wird hierzu konkrete Vorschläge entwickeln.

6. Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung

6.1. Bestandsaufnahme

6.1.1. Ausgangslage

368. Was zum derzeitigen Leistungskatalog der GKV zählt, wird in § 11 SGB V bestimmt. Dieser umfaßt Leistungen

- zur Gesundheitsförderung,
- zur Krankheitsverhütung,
- zur Krankheitsfrüherkennung,
- zur Behandlung von Krankheiten sowie
- bei Schwerpflegebedürftigkeit.

Zu den Leistungen zählen auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Bei stationärer Behandlung gehören zu den Leistungen ebenfalls die Mitnahme einer Begleitperson des Versicherten, wenn es aus medizinischen Gründen nötig ist.

Ferner umfaßt der Leistungskatalog einen Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld), wenn der Verstorbene am 01. Januar 1989 versichert war. Auf Leistungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung besteht kein Anspruch. Schließlich gewährt die GKV nach den §§ 195 ff. RVO Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

369. Deutschland nimmt, was das Leistungsspektrum und das Leistungsniveau in der GKV betrifft, gemessen an dem, was international in den Sozialsystemen vorzufinden ist, eine Spitzenstellung ein. Vieles, was von der GKV bezahlt wird, gibt es in anderen EU-Staaten nicht auf »Krankenschein«. Zahnersatz ist in vielen Ländern nur bedingt erstattungsfähig, in Dänemark und Italien gar nicht. Fast in keinem Land der EU werden freiverkäufliche Arzneimittel von der GKV erstattet. Kuren in dem Umfang, wie wir sie kennen, insbesondere Vorsorgekuren, sind eine deutsche Besonderheit. In fast allen Ländern sind die Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen der Versicherten höher als bei uns.

370. Nach § 70 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen und die Leistungserbringer »...eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.« Gleichzeitig müssen jedoch nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V die Leistungen »...ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.« Dennoch sind in der Vergangenheit immer wieder Leistungen ausgegrenzt worden mit der Begründung, sie seien medizinisch nicht erforderlich. Dies zeigt, daß ein so exakt erscheinender Begriff wie »notwendig« breit interpretierbar ist und damit einer Präzisierung bedarf, wenn er

einheitlicher angewendet werden soll (JG 1990 Ziffer 266 ff.). Bereits seit Mitte der achtziger Jahre hat es eine Reihe von Leistungsbegrenzungen auf das medizinisch Notwendige gegeben, so z.B.

- bei Zahnersatz durch die Einschränkung der Verwendung von Edelmetallen (1986) und bestimmten Luxusleistungen (große Brücken, bestimmte Verbindungselemente) im Rahmen des GSG;
- bei Arzneimitteln gegen Erkältungskrankheiten, Reisekrankheiten, geringfügige Gesundheitsstörungen und bei unwirtschaftlichen Arzneimitteln;
- bei Hilfsmitteln von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis;
- durch Festsetzung von Festbeträgen für Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel;
- durch die Absenkung des Sterbegeldes und seine Beschränkung auf die am 01. Januar 1989 Versicherten.

371. Bei all diesen Maßnahmen war eine Konzeption im Sinne einer Begrenzung auf Grundleistungen oder gar einer positiven Bestimmung von Gesundheitszielen nur punktuell zu erkennen: im Vordergrund standen in der Regel allein ausgabendämpfende Motive. Dennoch lassen sich vielfältige Versuche der Leistungsbegrenzung bestimmten Instrumenten, wie etwa der Negativliste, den Festbeträgen, der Selbstbeteiligung, den Bagatelleleistungen und Wahlleistungen zuordnen und die Versuche der Ein- und Abgrenzungen in der GKV mit denen in der PKV vergleichen.

372. Gleichzeitig mit der Ausgrenzung wurden aus verschiedenen Gründen auch Leistungsausweitungen vorgenommen und damit wohl als medizinisch notwendig angesehen. Hierzu zählen unterschiedliche Leistungen wie

- Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit durch das GRG (§§ 53 ff. SGB V),
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten durch das GRG (§§ 25f. SGB V),
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V),
- Individualprophylaxe (Verhütung von Zahnerkrankungen) in der Zahnmedizin (§ 22 SGB V),
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen (§ 20 Abs. 3a SGB V) durch GSG,
- Krankengeld bei Betreuung kranker Kinder (§ 45 SGB V),
- Leistungen zur Empfängnisverhütung bis zum 20. Lebensjahr (§ 24a SGB V).

Will man zukünftig Leistungsausgrenzungen und Leistungsausweitungen auf eine rationale Basis stellen, bedarf es grundsätzlicher und neuer Ansätze zur Bestimmung von Gesundheitsleistungen und des Leistungskatalogs (JG 1990 Ziffer 292f.).

6.1.2. Grundüberlegungen zur Neubestimmung des Leistungskatalogs

373. Die Bestimmung von Leistungskatalogen muß auf der Grundlage von Gesundheitszielen für einzelne gesellschaftliche Gruppen und rationaler Basis erfolgen. Dies bedeutet die Nutzung epidemiologischer, klinischer und organisatorischer Kenntnisse: Daten über Trends in der Morbidität und Mortalität wie auch die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten müssen genutzt werden, um realistische Zielformulierungen zu ermöglichen.

Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung ergeben sich u.a. aus Vergleichen zwischen sozialen Gruppen, Regionen und Ländern. Weitere Möglichkeiten bieten gezielte Studien sowie die Einbeziehung professioneller Kenntnisse in z.B. Konsensus-Konferenzen. In seinen Jahresgutachten 1987 und 1988 hat der Rat unter der Überschrift demographische und gesundheitliche Entwicklung hierzu beigetragen, indem er die in Altersgruppen untergliederte Bevölkerung nach Morbidität und Gesundheitsrisiken untersucht hat und daraus demographisch und gesundheitlich bedingten Handlungsbedarf ableitete. Es zeigte sich beispielsweise, daß viele Empfehlungen zur Prävention nicht nur innerhalb der GKV, sondern auch außerhalb der Krankenversicherung umgesetzt werden müßten (JG 1987 Ziffer 21 ff. und JG 1988 Ziffer 7 ff.).

374. Realistische und sinnvolle Ziele sind dabei nicht immer mit Erreichung eines besseren Gesundheitszustandes identisch. Ein realistisches Ziel kann es auch sein, einen bestehenden negativen Trend (der sich sowohl auf die Population als Ganzes als auch auf die Erwartung des einzelnen projizieren läßt) ganz oder nur teilweise zu brechen. Unrealistische oder unsinnige Ziele können sowohl mit einer übermäßigen als auch zu bescheidenen Erwartung formuliert werden, etwa wenn man eine 100 %ige Erwartung, z.B. für eine raucherfreie Gesellschaft im Jahr 2000, oder eine im Trend liegende Erwartung, z.B. eine weitere Senkung der Zirrhose-Mortalität, ausspricht. Um von einer grundsätzlichen Zielformulierung zu einer praktikablen Zielformulierung zu kommen, sind neben den medizinischen Vorgaben auch die ökonomischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

375. Zwischen der Erreichung einer besseren Gesundheit durch die Hereinnahme zusätzlicher oder durch die Förderung vorhandener Leistungen oder auch die Ausgrenzung von unnötigen Leistungen besteht kein zwingender Zusammenhang. Die Durchführung neuer und erfolgreicher Präventionsmaßnahmen und die Einführung bzw. Durchsetzung von Verfahren höherer Leistungsfähigkeit können sogar dazu führen, daß nicht nur mehr Gesundheit erreicht wird, sondern eine ganze Reihe von Folgeleistungen entfällt bzw. nicht mehr nachgefragt wird. Letzteres kann für bestimmte Berufsgruppen ähnliche ökonomische Effekte haben wie die Ausgren-

zung selbst. Das zeigt folgendes Beispiel: Einen Widerstand der Orthopäden gegen die Einführung der Kinderlähmungsimpfung hat es trotz deutlicher Folgen für ihren Tätigkeitsbereich natürlich nicht gegeben.

376. Dennoch besteht ein indirekter Zusammenhang zwischen der Erreichung von Gesundheitszielen und der Notwendigkeit von Leistungsausgrenzungen. Alle Erfolge der Medizin (nicht nur die der Prävention), soweit sie sich lebensverlängernd auswirken, bedeuten, daß im Gefolge weitere Gesundheitsleistungen – wenn auch meist zu anderen Problembereichen – nachgefragt werden. Daher sind bei limitierten Ressourcen durch die Aufwendungen für neue Verfahren möglicherweise vorübergehend Ausgrenzungen anderer Verfahren und Leistungen unvermeidbar.

377. Mit der Begrenzung der für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Mittel ergibt sich eine wesentliche Begründung für die Erstellung von Zielkatalogen. Solange in einem expandierenden Gesundheitsmarkt neue Wünsche neben alten Platz finden, wird weder eine Notwendigkeit zur Priorisierung noch zur Posteriorisierung gesehen; sie erfolgt lediglich implizit. Bei auftretenden Wachstumsgrenzen wird die Aufnahme neuer Leistungen in einen Leistungskatalog erschwert (Trennung zwischen alten Produkten und neuen Produkten). Mit der zunehmenden Schwierigkeit einer Posteriorisierung und der zunehmenden Erkenntnis, daß eine Besitzstandswahrung wünschenswerten Neuerungen entgegenwirkt, wird die Notwendigkeit einer stärker an Zielen orientierten Finanzierung von Gesundheitsleistungen deutlich.

378. Die Überlegungen zur Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV gehen auch von der Frage aus, ob es Leistungen gibt, für deren Inanspruchnahme der einzelne nicht des Schutzes der Solidargemeinschaft GKV bedarf, sondern die er selbst bezahlen und insofern die Versichertengemeinschaft entlasten kann. Dabei wird es sich um Leistungen handeln, die nicht lebensbedrohend und nicht dringlich sowie weitgehend voraussehbar sind und bei der Einkommensverwendung in Konkurrenz mit anderen, »normalen« Konsumgütern stehen; eine Übernahme derartiger Leistungen durch die GKV würde dann nur subsidiär, d.h. bei unzureichendem Einkommen erfolgen. Bei Übernahme derartiger Leistungen durch den einzelnen ist damit zu rechnen, daß diese Leistungen dann auch wirtschaftlicher als bei Finanzierung durch die Versichertengemeinschaft genutzt werden. Die GKV könnte sich dann auf die Übernahme größerer Risiken konzentrieren.

379. Der derzeitige Leistungskatalog der GKV läßt dem Versicherten keinerlei eigenen Spielraum. Einzelne Menschen haben aber sehr unterschiedliche Vorlieben (Präferenzen) für gleiche Güter. Das trifft auch für das Gut »Versicherungsschutz« und damit für die Gesundheitsleistungen zu. Längst nicht jeder will einen hundertprozentigen Schutz im Krankheitsfall. Risikobereite

Menschen übernehmen bei Beitragssenkung gerne einen Teil des Risikos selbst, während Risikoscheue bereit sind, für einen vollen Schutz höhere Beiträge zu bezahlen. Es liegt mithin ein suboptimaler Versicherungsschutz vor. Allerdings muß dafür Sorge getragen werden, daß eine Reduzierung des Versicherungsschutzes den einzelnen im Krankheitsfalle nicht überfordert.

380. Für die Anbieter von Krankenversicherungsschutz (Versicherungen) könnte die Möglichkeit der Gestaltung des Versicherungsumfanges ein wichtiges Wettbewerbsinstrument sein. Ihr Bemühen würde sich darauf richten, den Versicherten möglichst bedarfsgerechte Wahlleistungsangebote zu machen. Dies käme einerseits den unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten entgegen. Andererseits führt eine Vielzahl an Versicherungsmöglichkeiten aber auch zu weniger Transparenz und höheren Transaktionskosten. Daher werden hier höhere Anforderungen an Selbstverwaltung und Versicherungsaufsicht sowie an die Verbraucherberatung gestellt.

381. Weiterhin steht die Frage nach den Grund- und Zusatz- oder Ergänzungsleistungen auch im Kontext der Finanzlage der GKV. Die Reduzierung einer solidarischen Finanzierung im Sinne der jetzigen Finanzierung der GKV auf unverzichtbare Gesundheitsleistungen hilft, die Lohnnebenkosten zu stabilisieren und das Spektrum der Finanzierungsformen weg von den Sozialabgaben hin zu den Konsumausgaben zu verlagern. Zusatz- und/oder Ergänzungsleistungen könnten über Prämien oder Abgaben, d.h. stärker risikoorientiert und ohne versicherungsfremde Aufgaben einzubeziehen, aufgebracht werden. Auch private Konsumausgaben für Gesundheitsleistungen sind vorstellbar angesichts der derzeitigen Verbrauchsmuster der privaten Haushalte in hochentwickelten Volkswirtschaften.

6.1.3. Beispiele für Grundversorgung und Zusatzversicherung im Ausland

Niederlande

382. Eine Diskussion über die Rationierung von Gesundheitsleistungen wurde in Westeuropa bisher vor allem in den Niederlanden geführt. Dort beauftragte im Jahr 1990 die Regierung ein Komitee »*Choices in Health Care*« mit der Aufgabe, Vorschläge für die Auswahl von Leistungen der Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Im Rahmen des Auftrags sollten z.B. folgende Fragen beantwortet werden: Wie lassen sich die durch begrenzte Ressourcen hervorgerufenen Probleme der Rationierung und der Auswahl von Patienten für Versorgungsleistungen lösen? Muß jede mögliche präventive, kurative oder rehabilitative Leistung tatsächlich durchgeführt werden?

383. Das Komitee argumentiert wie folgt: Wenn Einnahmen und Ausgaben nicht durch Erhöhung der finan-

ziellen Ressourcen oder Verringerung von unnützen Ausgaben in Übereinstimmung gebracht werden können, sind Rationierungen unvermeidlich. Dann sollten weniger wichtige Leistungen aus einer solidarisch finanzierten »gesundheitlichen Grundversorgung« (*basic package*) herausgenommen und in eine nicht solidarisch finanzierte Zusatzversorgung übernommen werden. Die in die Grundversorgung zu übernehmenden Leistungen sollten notwendig, wirksam und wirtschaftlich sein und nicht der Eigenverantwortung überlassen bleiben.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit kann sich dabei auf die Unterscheidung zwischen drei Definitionen von Gesundheit beziehen:

- Nach der gemeinschaftsorientierten Definition dient Gesundheit dem Ziel, daß alle Personen als Mitglieder der Gemeinschaft »normal funktionieren« können.
- Nach der medizinischen Definition stehen die biologischen Funktionen des Organismus im Mittelpunkt.
- Nach der individuumsbezogenen Definition dient Gesundheit vor allem der Ermöglichung von individueller Selbstbestimmung und Autonomie.

Es wird vorgeschlagen, der gemeinschaftsorientierten Definition die höchste und der individuellen Definition die geringste Priorität zuzuordnen; notwendige Leistungen würden daher z.B. auf jeden Fall die Versorgung von Pflegebedürftigen und von psychisch Kranken umfassen.

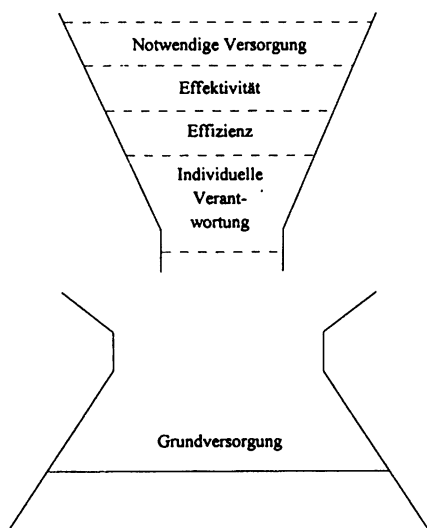
384. Der Auswahlprozeß nach den genannten Kriterien läßt sich mit Sieben in einem Filter vergleichen (Abbildung 53). Das erste Sieb hält die Leistungen zurück, die nach dem gemeinschaftsorientierten Verständnis von Gesundheit als nicht notwendig eingeordnet werden, das zweite Sieb die Leistungen, deren Effektivität nicht nachgewiesen werden kann, das dritte Sieb die nicht effizienten (d.h. vor allem die nicht kosten-effektiven) Leistungen und das vierte Sieb die Leistungen, die der individuellen Verantwortung überlassen bleiben können. Die durch alle vier Siebe hindurchgegangenen Leistungen sollen dann in die solidarisch finanzierte Grundversorgung aufgenommen werden.

385. Es wird ein dreistufiges Verfahren vorgeschlagen:

- Priorisierung von Leistungen entsprechend dem gemeinschaftsorientierten Verständnis von Gesundheit;
- Analyse der Kosten-Effektivität der Leistungen;
- Auswahl der Leistungen für die Grundversorgung entsprechend den oben dargestellten vier Filtern.

In dem Bericht wird dieses Verfahren beispielhaft für einige Leistungen durchgeführt. Nach diesen Überlegungen sollte z.B. die Versorgung von Sportverletzungen in

Abbildung 53: Zur Herausfilterung einer Grundversorgung



Quelle: Eigene Darstellung nach Government Committee on Choices in Health Care, Rijswijk 1992.

die Grundversorgung aufgenommen werden, nicht jedoch die In-vitro-Fertilisation.

Das Problem, daß mehr Leistungen durch den Filter in die Grundversorgung gelangen können als solidarisch finanziert werden sollen, wird in dem Bericht nur angedeutet. Um im Bild zu bleiben, müßte dann zumindest ein Sieb engermaschig gestaltet werden: erst dann würden als sinnvoll erachtete Maßnahmen ausgeschlossen und somit Rationierungen (entsprechend der obigen Definition) durchgeführt werden.

386. In seinem Bericht »Choices in Health Care«, der keine komplette Prioritätenliste umfaßt, stellt das Komitee dann einige, leicht zu beurteilende Beispiele von Leistungen vor, die nicht zur Grundversorgung zählen:

1. Künstliche Befruchtung gehört nicht zu den Leistungen, die im Rahmen einer Sozialversicherung mit Solidaritätszwang in der Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden sollten.
2. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel haben zum einen ihre Wirksamkeit (noch) nicht unter Beweis gestellt, zum anderen können sie finanziell ohne weiteres vom einzelnen getragen werden.
3. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Zahnersatz für Erwachsene kann der Verantwortung des einzelnen überlassen bleiben, wenn Zahnprophylaxe für Jugendliche stattgefunden hat.
4. Bei Pflegekosten sollten die Kosten für die Betreuung durch Pflegekräfte in der Grundversorgung nur

für Bedürftige bleiben. Miet- und Lebenshaltungskosten fallen in die Verantwortung des einzelnen.

5. Psychotherapeutische Behandlung sollte wie alle Langzeittherapien evaluiert werden mit dem Ziel, sie zeitlich in Grenzen zu halten.
6. Physiotherapeutische Behandlung sollte auf kurze Behandlungsfolgen (z.B. sechs Behandlungen) begrenzt werden, wobei der Patient zur Selbstbehandlung (Gymnastik u.a.) geschult werden sollte. Eine Vergütung sollte für die gesamte Behandlungsfolge in Abhängigkeit von der durchschnittlichen aufgewandten Zeit unabhängig von den angewendeten Methoden erfolgen. Auch Anreize wegen geringer Wiederholungsbehandlungen seien vorstellbar.
7. Es sollte eine Liste der wichtigsten Arzneimittel aufgestellt werden.

Der amerikanische Weg im US-Bundesstaat Oregon

387. In dem US-Bundesstaat Oregon wird seit einigen Jahren diskutiert, nach welchen Kriterien eine Rationierung der gesundheitlichen Versorgung durchgeführt werden könnte. Generelle Aufgabenstellung einer Rationierung ist die Verteilung von Ressourcen, wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt. Bezogen auf das Gesundheitssystem liegt die folgende Frage zugrunde: Wenn nicht mehr für jeden Versicherten jede sinnvolle präventive, kurative oder rehabilitative Leistung bezahlt werden kann, wie läßt sich entscheiden, wer welche Leistungen erhalten soll? Es geht somit um das zu Recht sehr kontrovers diskutierte Problem, daß einige medizinisch sinnvolle und vorhandene Leistungen für bestimmte oder für alle Versicherten nicht (mehr) öffentlich finanziert werden sollen. Wenn die Versicherten auf diese Leistung nicht verzichten möchten oder können, müßten sie sie demnach privat finanzieren.

388. Am weitesten fortgeschritten ist diese Rationierungsdiskussion in Oregon. Dort wurde 1987 beschlossen, verschiedene Transplantationen (Herz, Leber, Pankreas, Knochenmark) für Kinder aus dem Versorgungspaket für die Krankenversicherung der armen Bevölkerung (*Medicaid*) zu streichen, um mit den freiwerdenden Mitteln zusätzliche Früherkennungs-Untersuchungen für schwangere Frauen und für Kinder aus armen Familien finanzieren zu können. Die Empörung über den Tod einer 7jährigen Leukämie-Patientin, der die notwendige Knochenmarktransplantation versagt wurde, führte zu der Forderung, die Maßstäbe für die Rationierung auf eine wissenschaftlichere Basis zu stellen, d.h. »rational zu rationieren«.

Die Forderung wurde 1989 aufgegriffen. Im *Medicaid*-Programm ist nur ein Teil der Armen versichert; es wurde beschlossen, den Versicherungsschutz auf alle Armen auszudehnen und diese Ausweitung mit Hilfe der Streichung einiger Leistungen aus dem Angebot zu finanzieren.

ren. Als erster Schritt wurde mit Hilfe von Expertenurteilen und von Stellungnahmen aus der Bevölkerung versucht, eine Prioritätenliste von Gesundheitsleistungen aufzustellen. Ziel war es, Kosten und Nutzen von verschiedenen Maßnahmen nach einem bestimmten Verfahren zu bestimmen und in eine Rangfolge zu bringen. Als Nutzen wurden dabei »quality adjusted life years« definiert, d.h. die gewonnenen Lebensjahre unter Einbeziehung der gewonnenen Lebensqualität.

389. Die im Mai 1990 der Öffentlichkeit vorgestellte Prioritätenliste von ca. 1.600 ausgewählten Gesundheitsleistungen wurde von vielen Gruppen vehement kritisiert, da z.B. die »rule of rescue«, nach der die medizinische Hilfe von Personen in akuter Not auf jeden Fall gewährleistet sein muß, durch eventuelle hohe Kosten dieser Maßnahmen verletzt werden kann. Aufgrund der Kritik wurde in der Folge ein neues Vorgehen gewählt, in dem die Kosten keine direkte Rolle mehr spielen. In

Abbildung 54: Rangordnung von 17 Behandlungskategorien

1. Behandlung bei akut-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung ein unmittelbar bevorstehender Tod vermieden und der frühere Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann (z.B. Appendektomie).
2. Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen.
3. Behandlung bei akut-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung ein unmittelbar bevorstehender Tod vermieden werden kann, ohne den früheren Gesundheitszustand wiederherstellen zu können (z.B. bei akuter bakterieller Meningitis).
4. Prävention bei Kindern (z.B. Impfungen).
5. Behandlung bei lebensbedrohenden, chronischen Konditionen, wenn durch die Behandlung die Lebenszeit verlängert und die Lebensqualität verbessert werden kann (z.B. bei Asthma).
6. "Reproductive services" (Vasektomie etc., Mittel zur Empfängnisverhütung).
7. "Comfort Care" für Patienten, deren Lebenserwartung nur noch maximal ein Jahr beträgt (Palliative Pflege in Heimen).
8. Prävention von Zahnerkrankungen (Zahnsäuberung und -fluoridierung).
9. Vorrangige Prävention bei Erwachsenen (vgl. auch Nr. 16. z.B. Mammographien).
10. Behandlung bei akut, nicht-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung der frühere Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann (konservierend-chirurgische Zahnbehandlung).
11. Behandlung bei akut, nicht-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung die Lebensqualität verbessert und der frühere Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann (z.B. Hüftoperationen).
12. Behandlung bei akut, nicht-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung die Lebensqualität verbessert, der frühere Gesundheitszustand aber nicht wiederhergestellt werden kann (z.B. Knieoperationen).
13. Behandlung bei akut, nicht-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung die Lebensqualität für eine kurze Zeit verbessert werden kann (z.B. bei chronischer Nebenhöhlenentzündung).
14. Behandlung bei akut, nicht-lebensbedrohenden Konditionen, wenn durch die Behandlung die Rückkehr zum früheren Gesundheitszustand beschleunigt werden kann.
15. Behandlung gegen Unfruchtbarkeit.
16. Nachrangige Prävention bei Erwachsenen (vgl. auch Nr. 9.).
17. Behandlung, durch die nur eine minimale Lebensverlängerung oder minimale Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann.

Quelle: Eigene Darstellung nach D. Hadorn, Setting health care priorities in Oregon, JAMA 1991, vol.265, Nr.17, S.2218 ff.

einem ersten Schritt wurden 17 allgemeine Behandlungskategorien definiert und in eine Rangfolge von größter bis zu geringster Wichtigkeit eingeordnet (Abbildung 54). Höchste Priorität soll demnach die Behandlung bei akut-lebensbedrohenden Zuständen erhalten, wenn durch diese ein unmittelbar bevorstehender Tod vermieden und zudem der frühere Gesundheitszustand wieder hergestellt werden kann. Geringste Priorität wird einer Behandlung zugewiesen, durch die nur eine minimale Lebensverlängerung oder minimale Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann. In einem zweiten Schritt wurden anschließend einzelne Maßnahmen diesen Behandlungskategorien zugeordnet.

390. Alle Leistungen in den Kategorien 1 – 9 und viele in den Kategorien 10 – 13 sollen dabei als Grundversorgung gelten, während die Leistungen in den Kategorien 14 – 17 als nicht notwendig und demnach nicht dazu gehörig angesehen werden.

391. Bei einer Bewertung der Rationierungsvorschläge in Oregon lassen sich positive und negative Aspekte unterscheiden. Als positiv kann eingeordnet werden, daß eine vorhandene implizite Form der Rationierung (viele Arme sind überhaupt nicht versichert) beendet wird durch Ausdehnung der Krankenversicherung auf alle Armen. Diese »Ent-Rationierung« ist offenbar jedoch nur durch eine andere Form der Rationierung zu finanzieren, indem das Versorgungsangebot pro Person reduziert wird. Die möglichen negativen Auswirkungen im Sinne einer Streichung medizinisch sinnvoller Leistungen lassen sich noch nicht abschätzen. Nach den bisherigen Plänen sollen ca. 83 % der insgesamt ca. 700 untersuchten Leistungen durch die Krankenversicherung übernommen werden, und die relativ wenigen ausgeschlossenen Leistungen haben entweder eine sehr zweifelhafte Wirkung, oder sie betreffen keine lebensbedrohenden Krankheiten. Das System der Prioritätenliste ermöglicht es jedoch auch, bei größerer Mittelknappheit weitere Leistungen auszuschließen. Weitergehende Bewertungen sind noch nicht möglich, da die Regierung in Washington erst kürzlich die Genehmigung für die Rationierungspläne in Oregon erteilt hat.

392. Übertragen auf das deutsche Gesundheitssystem muß betont werden, daß der oben genannte positive Aspekt hier entfällt, da alle Bevölkerungsgruppen unabhängig vom Einkommen krankenversichert sind. Den negativen Aspekten einer Rationierung (Ausschluß bestimmter Leistungen) würden somit nicht die positiven einer Versicherung für vorher Nicht-Versicherte gegenüberstehen. Von großem Nutzen auch für die bundesdeutsche Diskussion können jedoch die Erfahrungen in Oregon über die Möglichkeiten und die Gefahren einer Priorisierung von Leistungen sein. Die Problematik wird besonders deutlich bei Berücksichtigung zentraler ethischer Prinzipien der medizinischen Versorgung in Deutschland wie z.B. »Der Arzt ist nur dem Wohle seines Patienten verpflichtet«, oder »Gesunde und Kranke,

Besser- und Schlechterverdienende bilden eine Solidargemeinschaft«. Die in Oregon diskutierten Rationierungen lassen sich mit diesen Prinzipien nur schwer vereinbaren. Andere Formen der Rationierung (z.B. Zuteilung von Betten auf der Intensivstation) sind jedoch unvermeidlich; darauf hat der Rat bereits in seinem Jahresgutachten 1991 im Zusammenhang mit einem Abschnitt über die ethischen Aspekte der Leistungsgewährung hingewiesen (insbesondere Ziffer 800).

393. Es zeigt sich, daß die Frage, was zu einer Grundversorgung gehört, eindeutig werturteilsbezogen ist und es auf die Gewichtung einzelner Kriterien ankommt. Dies gilt auch für den Versuch, rationale Verfahren zur Bestimmung eines Grundversorgungskatalogs zu finden.

6.2. Zur Neubestimmung von Leistungskatalogen

6.2.1. Systematik der Kriterien

394. Bevor Bestandteile eines Leistungskatalogs benannt werden können, müssen medizinische, ökonomische und sozialpolitische Kriterien herausgearbeitet werden, mit Hilfe derer man Leistungen identifizieren und genügend operationalisieren kann. Mit der Orientierung an Gesundheitszielen wird verhindert, daß sich die gesundheitspolitische Debatte auf die GKV begrenzt und in eine reine Ausgrenzungsdiskussion einmündet.

395. Medizinische Kriterien sind nach gesundheitsorientierten (Behandlungsanlaß/Indikation) und maßnahmeorientierten Kriterien zu trennen, indem sowohl die Bedrohung des Lebens durch Tod, Beschränkung und Leid beschrieben werden muß, als auch die existierenden Maßnahmen und vorgesehenen Ressourcen in ihrer jeweiligen Fähigkeit zur Zielerreichung.

Die Gesundheitsprobleme sind zu charakterisieren nach Schweregrad, Dauer und Aktualität. Der Schweregrad reicht von »Zuständen schlimmer als der Tod« über den Verlust des Lebens, verschiedene Stufen des Verlustes an Lebensqualität bis hin zur Bagatelle. Zusätzlich zur Schwere ist die zu erwartende Dauer (die verlorenen Lebensjahre, die Chronizität des Zustandes) mit zu berücksichtigen. Die Aktualität beantwortet die Frage, wie früh und mit welcher Wahrscheinlichkeit die Bedrohung eintritt. Aktualität hat zwar Bezug zur Akutheit einer Erkrankung, aber auch chronische Krankheiten haben jeweils akute Episoden.

Unter Maßnahmekriterien ist zu beurteilen, durch welche Maßnahmen die gesundheitliche Bedrohung noch abgewendet oder herausgeschoben werden kann (Prävention), ob eine weitergehende Diagnostizierbarkeit der Bedrohung besteht, ob therapeutisch (bzw. palliativ oder rehabilitativ) effektive Maßnahmen existieren und

mit welcher Erfolgswahrscheinlichkeit bezüglich Art, Schnelligkeit, Dauer des Effektes diese ausgestattet sind und benötigt werden (richtige Zeit). Schließlich muß bekannt sein, welche Risiken der Behandlung existieren und ob diese in einem akzeptablen Verhältnis zum erwarteten Maßnahmenerfolg stehen (Akzeptanz).

396. Ökonomische Merkmale sollen hier vor allem unter dem Gesichtspunkt der Steuerung, also unter allokativen Aspekten betrachtet werden. Es gilt zu prüfen, unter welchen Bedingungen und bei welchen Leistungen der einzelne Patient bzw. Versicherte als Konsument die Erstellung und Verteilung von Gesundheitsleistungen besser steuern kann als stellvertretende Kollektive. Eine Leistungsabgrenzung mit ökonomischen Merkmalen dient vornehmlich dem Ziel einer Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung.

397. Sozialpolitische Abgrenzungsmerkmale zielen darauf ab, eine Neuordnung des Leistungskatalogs unter Verteilungsgesichtspunkten vorzunehmen. Damit werden letztlich Personenkreise angesprochen. Es stehen die personenbezogenen distributiven Effekte im Vordergrund. Zunächst geht es um die Frage, wie die Gesundheitsleistungen verteilt werden, und wer zu welchen Leistungen unter welchen Bedingungen Zugang hat. Die Neuverteilung der Finanzlast ist eine Folge und damit eine sekundäre Ebene, die hier nur hilfswiese einzubeziehen ist.

Bei der sozialpolitischen Zielsetzung kann auch etwas allgemeiner gefragt werden: Welche Leistungen sollen über die Solidargemeinschaft und welche Leistungen nach der Einschätzung des einzelnen zur Verfügung gestellt werden? Wenn dem Grundsatz der Subsidiarität Vorrang eingeräumt wird, dürfen bestimmte Leistungen dem individuellen Ermessen bzw. der privaten Vorsorge nicht überlassen bleiben, da sonst der einzelne im Krankheitsfall Gefahr läuft, überfordert zu werden oder die Gemeinschaft überbeansprucht wird. Risikogüter werden häufig individuell unterschätzt und die Gefahr einer bewußten Ausbeutung gesellschaftlicher Regelungen (*moral hazard*) ist stets gegeben.

398. Neben der Gefahr der Überforderung muß auch der Gefahr des unfreiwilligen Ausschlusses von der Versorgung mit Gesundheitsleistungen begegnet werden. Diese ist immer dann gegeben, wenn Haushalte über kein oder ein unzureichendes Einkommen verfügen. Es muß der Zugang zu bedarfsnotwendigen Gesundheitsleistungen sichergestellt sein (Sozialklausel). Es geht darum, ökonomisch gebotene Differenzierung nicht zur sozialen Diskriminierung werden zu lassen, was letztlich Gegenstand politischer Bewertung ist. Von daher erhalten die sozialpolitischen Merkmale eher die Funktion von Rahmenbedingungen zu den medizinischen und ökonomischen Kriterien.

6.2.2. Ansätze zur Operationalisierung der Kriterien

6.2.2.1. Medizinische Kriterien

Zum Begriff der Dringlichkeit

399. Die Dringlichkeit einer medizinischen Maßnahme wird oft als ein Kriterium genannt, knappe Ressourcen – z.B. im Rahmen von Warteschlangenregulierungen – zu verwalten. Diese Darstellung – der scheinbar die »*rule of rescue*«-Debatte in Oregon Recht gibt – ist dann irreführend, wenn damit lediglich die mit der Maßnahme unmittelbar erzielbare Zustandsverbesserung angesprochen wird. Sie würde die Unsinnigkeit nicht ausschließen, daß einerseits weniger dringliche Fälle solange unbehandelt oder weniger effektiv behandelt blieben, bis sie zur richtigen Dringlichkeit herangereift wären. Andererseits erhielten Rettungsaktionen noch dann Priorität, wenn sie nach allem medizinischen Wissen nur vordergründigen Erfolg versprechen. Dies würde z.B. in jeder Lage Reanimationsbemühungen fordern.

Dieser Ansatz ist also besser dargestellt, wenn neben der Dringlichkeit auch die zukünftige Risikoentwicklung bzw. die Verschleppungsgefahr betrachtet wird. Dann ist »Dringlichkeit« identisch mit der Betrachtung der »richtigen Zeit« und wird im folgenden auch so gebraucht.

Zum Begriff der Häufigkeit

400. Die Lektüre unterschiedlicher veröffentlichter nationaler Programme könnte dazu verleiten, die »Anzahl der Betroffenen« generell als ein weiteres medizinisches Kriterium zu nennen. Der Bezug zur Häufigkeit der Krankheit findet sich z.B. in den französischen, englischen und niederländischen Dokumenten zu nationalen Gesundheitsprogrammen genauso wie in dem deutschen Beitrag der Projektgruppe ‚Prioritäre Gesundheitsziele‘, die »Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland« feststellt.

401. Es ist jedoch nicht klar, was genau mit der Berücksichtigung der Häufigkeit einer Erkrankung im Rahmen der Priorisierung gemeint ist: Geht man beispielsweise von einer pro Person ähnlichen Bedrohung durch eine seltene verglichen mit einer häufigeren Erkrankung aus, soll für die häufigere Erkrankung pro Person

- mehr ausgegeben werden (d.h. sowohl absolut als auch relativ mehr für das häufigere Krankheitsbild),
- gleich viel (für das Krankheitsbild insgesamt zwar absolut mehr, aber relativ gleich viel), oder möglicherweise sogar
- weniger (d.h. absolut zwar immer noch weit mehr für das häufigere Krankheitsbild, aber relativ weniger).

Der Rat vertritt die Auffassung, daß man im Rahmen der Priorisierung oder Posteriorisierung dem Argument Häufigkeit nicht über die folgenden Überlegungen hin-

ausgehend diskriminierende oder majorisierende Bedeutung einräumen sollte.

402. Im Bereich der Prävention (inklusive Gesundheitsförderung und Früherkennung) besteht bei der Ermittlung der Wertigkeit von Programmalternativen schon wegen der operativen Bedeutung von Inzidenz, Prävalenz sowie der Validität und Reliabilität u.a. Operationscharakteristiken der eingesetzten Verfahren eine klare Beziehung zur Häufigkeit der bekämpften Bedrohung in der betrachteten Bevölkerungsgruppe. Das gilt sowohl für bevölkerungs- als auch für hochrisikogruppenbezogene Programme.

403. Schon bei anteilsgemäßer Berücksichtigung der Betroffenen bei Zielvorgaben ist davon auszugehen, daß häufigen Problemen wegen der entsprechend angepaßten Angebotslage automatisch eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommt. Es ist zu befürchten, daß auch relativ gravierende, aber seltene Probleme eine für eine angemessene Versorgungsstrukturentwicklung unzureichende Aufmerksamkeit finden. Dies ist umso mehr der Fall als Impulse aus der Industrie für die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten eine wesentliche Rolle spielen. Diese Impulse richten sich vornehmlich nach den erwarteten Marktchancen und wirken sich so gegen die Beforschung kleiner Krankheitsgruppen aus (*orphan-drug*-Problematik). Es ist deshalb Sorge zu tragen, daß auch für kleine, aber problemstarke Krankheitsgruppen angemessene Angebote bereitstehen. Die Angemessenheit orientiert sich hierbei zunächst an den medizinischen Kriterien. Angemessen heißt dann allerdings auch, daß die Bereitstellung entsprechender Ressourcen nicht mit der gleichen räumlichen Dichte und gleicher Spezialisierungstiefe (schon wegen der geringeren Fallzahlen für die Forschung und Entwicklung) erwartet werden kann wie für häufige Krankheiten.

404. Andererseits können die von selteneren Krankheiten Betroffenen angesichts der Tatsache, daß sie damit keinen bedeutenden Teilmarkt darstellen und somit kommerziell eine eher geringe Attraktivität entwickeln, eine höhere Zuwendung im Sinne der Subsidiarität erwarten. Im Rahmen nationaler Zielgebungen darf nicht das zur Rationalität erhoben werden, was in anderem Zusammenhang einer Versicherung als Risikoselektion oder der Pharmaindustrie im Rahmen der *orphan-drug*-Problematik als unsozial vorgehalten wird. An einem Beispiel ausgedrückt: Es wäre eher Sache Europas, sich um die seltenen Krankheiten zu kümmern, die ohne eine europäische Anstrengung vielleicht kaum auf Fortschritte hoffen können, statt durch europäische Programme, z.B. zu Krebs, Herzinfarkt, Hochdruck, lediglich marginale Beiträge zu nationalen Programmen zu liefern.

405. In den letzten Überlegungen war der Grad der gesundheitlichen Bedrohung gleich gehalten und lediglich eine größere gegen eine kleinere Häufigkeit abgewogen worden. In Wirklichkeit wird zusätzlich die Frage nach

der Aufrechenbarkeit unterschiedlicher und unterschiedlich schwerer gesundheitlicher Bedrohungen aufgeworfen. Unabhängig von den schon besprochenen methodischen Problemen (Ziffer 232) steht hier ein Konzept einer von einzelnen Betroffenen unabhängigen Konzentration auf bestimmte Gesundheitsleistungen in einer Solidargemeinschaft – unter Hintanstellung anderer – zur Diskussion. Unter dem Deckmantel scheinbarer Gerechtigkeit kann sich die Gefahr der Mißachtung der Solidarität mit jedem einzelnen auf tun.

406. Es ist also mit größter Sorge darauf zu achten, daß der Gesichtspunkt der Häufigkeit nur zum Tragen kommt, wenn

- wissenschaftlich-methodische Gesichtspunkte fallzahlbezogene Forderungen stellen.
- dies sich im Rahmen ökonomischer Betrachtungen ergibt (erzielbare Versorgungsdichte, *economy of scale*),
- konkrete Minderheiten noch nicht definierbar sind (Prävention/Früherkennung/Gesundheitsförderung) oder
- sich darin lediglich Präferenzen von Versicherten äußern, ohne Minderheiten den Raum für eigene Präferenzen zu nehmen.

Zum Indikationsbezug einer medizinischen Leistung

407. Für die Operationalisierung von Gesundheitszielen in professionellen Standards (oder auch nur Leistungskatalogen) sind die Erbringungssituationen, d.h. im engeren Sinne die Indikationsstellung, von Bedeutung. Dabei können mindestens drei grundsätzlich verschiedene Situationen zur Gestaltung von Verhaltensvorgaben (Standards, Leistungskataloge) unterschieden werden:

- (1) Innerhalb der Behandlung ein und des gleichen Patienten zur Sequenzierung der Maßnahmen entsprechend der Interventionsbedürftigkeit (z.B. vorrangig die Sicherung der Lebensfunktionen, nachrangig die Korrektur schwerwiegender, ggf. auch lebensbedrohender Zustände) oder zur Bevorzugung von Maßnahmen entsprechend dem Interventionspotential im Verhältnis zum Aufwand. Hierbei spielt eine Rolle, wieweit im professionellen Konsens Standards des Vorgehens entwickelt sind und dem Arzt als Richtschnur dienen können (Ziffer 252 ff.).
- (2) Innerhalb einer personellen Entscheidung eines behandelnden Arztes (oder medizinischen Einrichtung) zur Bevorzugung eines Patienten vor anderen, also im extremsten Fall im Sinne der sogenannten Triage. Moderne Beispiele sind die Anwendung des *APACHE*-Systems in der Intensivmedizin (*APACHE* = *Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation*), das zur Auswahl von Patienten für die Intensivbetten-Belegung eingesetzt wird. Das heißt,

aktuell wird eine im Prinzip vorhandene Behandlungsmöglichkeit bestimmten Patienten gewährt, anderen nicht. Dem gleichen Patienten würde in einer anderen Konstellation möglicherweise genau das Gegenteil passieren. Der nicht gewählte Patient bleibt allerdings nicht wie in der echten Triage unbehandelt, allerdings suboptimal versorgt. Auch hier sind im optimalen Fall professionell erarbeitete Standards eine Orientierung.

- (3) Zur Bereitstellung von mehr oder weniger Gesundheitsleistungen für bestimmte Indikationsstellungen im Gesamtsystem – im Sinne der Priorisierung (Zielverfolgung) und Posteriorisierung (Leistungsausgrenzung). Dies kann, muß aber nicht so geschehen, daß alle möglichen Gesundheitsleistungen in eine einzige Rangfolge eingeordnet werden. Es können auch lediglich Klassen gebildet werden, innerhalb derer auf eine Rangbildung verzichtet wird.

6.2.2.2. Ökonomische Kriterien

408. An die medizinischen Kriterien des erzielbaren Behandlungserfolgs knüpft direkt das ökonomische Kriterium der Kostenwirksamkeit an. Es beinhaltet, daß die medizinische Bewertung von Gesundheitsleistungen den Kosten gegenüberzustellen ist. Es genügt nicht allein die medizinische Wirksamkeit, d.h., daß eine Maßnahme einen positiven Erfolg mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit verspricht, sondern es müssen auch die Kosten in die Überlegung einbezogen werden. Zu den klassischen Formen dieser Evaluation zählen Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen (siehe im einzelnen JG 1990 Ziffer 324ff. und Anhang Abbildung A 8). Hier besteht weiterer Forschungsbedarf und die Notwendigkeit einer Standardisierung der Methoden zur Ermittlung der Kostenwirksamkeit.

409. Die Versicherbarkeit von medizinischen Leistungen ist in der historischen Entwicklung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kein generelles Ausschlußkriterium. Seine Anwendung in der Krankenversicherung muß jedoch diskutiert werden. Nicht versicherbare Aufgaben hätte dann der Staat zu übernehmen bzw. als Auftrag an die Krankenversicherung zu delegieren, unter Übernahme der Kosten.

410. Es gibt Gesundheitsleistungen, bei denen die auslösende Ursache eindeutig identifizierbar ist. Unterliegt sie eigenem Einfluß, ist ein Ausschluß aus einer solidarischen Finanzierung in der Krankenversicherung zu diskutieren (§ 52 SGB V »Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden«). Zur Handhabung einer vernünftigen Ausgliederung muß allerdings ein eindeutiger Zusammenhang hergestellt und eine andere Versicherung abgeschlossen werden können (z.B. Kfz-Unfallfolgen).

411. Ein klassisches ökonomisches Merkmal zur Ausgrenzung von Leistungen ist die Preiselastizität der

Nachfrage. Sie besagt, daß Verbraucher einer Leistung auf eine Preisänderung mit einem veränderten Verbrauch reagieren. Dadurch werden erwünschte Steuerungswirkungen bei einem wettbewerblich organisierten Angebot ausgelöst. Voraussetzung für Preiselastizität ist, daß die Nachfrager das Preis-Leistungsverhältnis von Gesundheitsleistungen ordinal (besser-schlechter) einschätzen und auf verschiedene Anbieter ausweichen können. Letzteres ist im Bereich der Gesundheitsgüter bei nahezu allen Hilfsmitteln gegeben. Hilfsmittel, die der Patient vom häufigen Gebrauch her in ihrer Qualität einschätzen kann, kann er auch bei alternativen Anbietern vergleichen und entsprechend auswählen. Die Preiselastizität kann beobachtet, gemessen und daher bei der Ausgrenzung von Leistungen herangezogen werden.

412. Großrisiken sind ein weiteres, wichtiges ökonomisches Merkmal, das der Operationalisierung bedarf. In der Versicherungswirtschaft werden üblicherweise solche Risiken als groß bezeichnet, bei denen die erwartete Schadenshöhe, bewertet mit ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit, deutlich über der von anderen Risiken liegt. Die erwartete Schadenshöhe eines Risikos, d.h. die Kosten einer Krankheitsbehandlung, lassen sich relativ exakt bestimmen. Lediglich die Eintrittswahrscheinlichkeiten bereiten Schätzungsprobleme. Doch genügte es, wenn zunächst Großrisiken von den Behandlungskosten her definiert werden. Ein Großrisiko liegt dann vor, wenn die Behandlungskosten einen bestimmten absoluten DM-Wert überschreiten. Sinnvoll wäre es, diesen Wert von vornherein zu dynamisieren, d.h. an andere Größen zu knüpfen.

413. Im vorliegenden Zusammenhang werden auch Vergütungsverfahren und Wartelisten diskutiert, obwohl es sich eher um Umsetzungsinstrumente handelt. Eine indirekte Leistungsdifferenzierung kann durch Vergütungsverfahren erreicht werden, wenn diesen nur ganz bestimmte Leistungsstandards zugrunde gelegt werden. So kann z.B. bei einer Behandlungsfallpauschale für eine endoprothetische Versorgung mit Implantat mit der Pauschale nur ein qualitativ begrenztes Implantat finanziert werden. Weitergehende Qualitätsansprüche sind nicht bzw. nur in wenigen Ausnahmefällen möglich. Wartelisten oder -zeiten wirken als indirektes Instrument der Leistungsdifferenzierung. Allerdings stellt die Warteliste an sich, ebenso wie Vergütungsverfahren, kein eigenständiges Abgrenzungskriterium dar.

6.2.2.3. Sozialpolitische Kriterien

414. Ein sozialpolitisches Merkmal stellt die zumutbare Belastung eines Haushalts durch Risiken des Lebens dar. Damit wird Haushalten Eigenverantwortung in Relation zu ihrem Einkommen zugeordnet. So werden z.B. im Steuerrecht als außergewöhnliche Belastungen erst Aufwendungen anerkannt, die einen bestimmten prozentualen Anteil des Einkommens übersteigen. Lei-

stungsdifferenzierungen werden demnach solange nicht als diskriminierend eingeschätzt, wie sie definierte Anteile des Einkommens und damit die Belastbarkeit nicht überschreiten. Es böte sich an, für den Bereich der Gesundheitsversorgung die gegebenen Überforderungsregeln zu übernehmen, was ja auch an einzelnen Stellen im GRG bereits erfolgt (Überforderungsklausel).

415. Der unfreiwillige Ausschluß von Leistungen für Versicherte ist immer dann abzulehnen, wenn damit die Lebenserwartung oder die Lebensqualität nach Einkommen differenziert werden (Zwei-Klassenmedizin). Wann letzteres gegeben ist, kann nicht immer klar abgegrenzt werden und unterliegt dann einer politischen Bewertung. In jedem Falle ist dafür Sorge zu tragen, daß jeder Haushalt Zugang zu einem definierten Leistungskatalog hat (Sozialklausel). Letzteres ist bereits heute Bestandteil des geltenden Rechts und kann zwar nicht dem Grundsatz nach, wohl aber im Umfang modifiziert werden.

416. In der nachstehenden Tabelle 31 werden die diskutierten Kriterien noch einmal übersichtlich zusammengestellt. Im Bereich der medizinischen Kriterien wird dabei, trotz der angeführten Schwierigkeiten, auf drei hauptsächliche Kriterien abgestellt. Die Indikationsstellung, aus der sich die Bedarfsnotwendigkeit von Leistungen ableiten läßt, ebenso wie die sozialpolitischen Kriterien, erhalten den Rang von Rahmenbedingungen.

Unter Einhaltung der Rahmenbedingungen können die medizinischen und ökonomischen Kriterien gemeinsam zur Bildung von Leistungskatalogen herangezogen werden (Tabelle 31). Allerdings dürfen die Kriterien nicht den Eindruck erwecken, als ob sich mit ihrer Hilfe ein Leistungskatalog eindeutig und wertfrei bestimmen ließe. Jeder Leistungskatalog wird immer Wertungen beinhalten, die nicht wissenschaftlich ableitbar sind.

6.3. Optionen für eine Neubestimmung

6.3.1. Zum Zusammenhang zwischen Gesundheitsleistungen und dem Leistungskatalog einer Krankenversicherung

417. Entsprechend der bereits im ersten Kapitel (Ergebnisorientierte Gesundheitspolitik) angesprochenen Notwendigkeit einer Diskussion über Einrichtungen und Träger im Gesundheitswesen ist auch ein »Leistungskatalog der GKV« im Zusammenhang mit anderen Leistungserbringern und Ausgabenträgern zu sehen.

Dies läßt sich gut am Beispiel der Prävention verdeutlichen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß Prävention gleichzeitig im Interesse

- des einzelnen,
- staatlicher Gemeinwesen (z.B. Chancengleichheit der Bürger, Konsumentenschutz, Bedrohung der Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens, Bedarf an

Tabelle 31: Kriterien zur Bestimmung des Leistungskatalogs

Rahmenbedingungen: medizinische sozialpolitische		indikationsbezogene Bedarfsnotwendigkeit					
		Überforderung		Sozialklausel			
Medizinische Kriterien	Ökonomische Kriterien	Dringlichkeit		Lebensgefahr		Lebensqualität	
		akut	aufschiebbar	hoch	niedrig	Schmerz/ Leid	Funktion
Großrisiko							
Kostenwirksamkeit							
Versicherbarkeit der Leistungen							
Ursachenzurechen- barkeit							
Preiselastizität der Nachfrage							

»Staatsgewalt« bei der Durchsetzung bestimmter Maßnahmen) und

- der GKV (z.B. Ersatz kostenträchtigerer und/oder wirkungsschwächerer Therapie durch wirksamere und kostengünstigere Maßnahmen) liegt.

418. Bei der Diskussion über die Umsetzung von Gesundheitszielen und die Ausgrenzung von Leistungen ist der größtmögliche Konsens für eine Indikations- oder Maßnahmenbewertung vermutlich dort zu erzielen, wo die potentielle Betroffenheit eines jeden Bürgers etwa gleich ist und wo durch neue Leistungen andere mit geringerer Kostenwirksamkeit hinfällig werden.

Geringerer Konsens wird sich ergeben, wenn zuungunsten von Patienten

- erst längerfristig absehbarer Bedarf oder lediglich in statistischen Voraussagen präzisierbarer Bedarf vorgezogen wird, oder
- wenn nach der Häufigkeit der Krankheit Mittel zur Verfügung stehen, obwohl, bezogen auf den einzelnen Patienten, die gleiche Bedrohung besteht und die Mittel die gleiche Kostenwirksamkeit aufweisen.

419. Eine noch größere Einschränkung im Konsens ist zu erwarten,

- wenn wesentliche Gesichtspunkte sich erst im medizinischen Alltag ergeben. Hierzu zählt die Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten (inklusive der für dessen Mitwirkung notwendigen Bereitschaft durch Aufklärung und Einverständniserklärung) und der Würde des Menschen;
- wenn sich mit der Bereitstellung und Ausgrenzung von Leistungen für eine Versicherungsgemeinschaft bestimmte externe Überlegungen verbinden. Hierzu gehört die Beachtung zusätzlicher ökonomischer Aspekte (etwa Ausfall an Arbeitszeit), der Gerechtigkeit (Anspruch auf Gleichbehandlung mit den Fragen der interdisziplinären, sozialen und regionalen Verteilung des Angebotes), die Berücksichtigung eigener oder fremder willkürlicher und schuldhafter Herbeiführung von Schäden und schließlich die ethische Dimension, etwa bei der ärztlichen Mitwirkung beim Schwangerschaftsabbruch oder seitens der Versicherungsgemeinschaft die Mitfinanzierung von bestimmten familienpolitischen Maßnahmen.

420. Unabhängig von der Beurteilung der methodischen Möglichkeiten und Grenzen für eine transparente und schlüssige Erarbeitung von Gesundheitszielen bliebe somit in jedem Fall die Notwendigkeit, Strukturen für die Willensbildung der primär an der Gesundheit Interessierten anzubieten, also »von oben« (etwa für die Durchsetzung staatlicher gesundheitlicher Aufgaben in der Seuchen- und Umwelthygiene) und »von unten« zur Formulierung von Präferenzen einzelner und Gruppen. Denn selbst voll transparente Ziel-Mittel-Komplexe sind damit nicht automatisch solidarisch legitimiert. Selbst wenn man vornehmlich die Solidarität der Versicherungsgemeinschaft der GKV anspricht, müßte die

GKV geeignete Formen der Partizipation nicht nur für den Gesetzgeber, sondern auch für die Mitglieder anbieten. Zudem gibt es grundsätzlich und real Solidargemeinschaften sowohl oberhalb der GKV (die Bevölkerung des Staats, von Staatengemeinschaften, die Bevölkerung der Welt) als auch unterhalb der GKV (freie Interessenzusammenschlüsse bis zur Familie), die für zielrelevante Leistungen als Träger ebenfalls in Frage kommen. Schließlich darf als grundsätzliche Alternative in einer sozialen Marktwirtschaft die PKV nicht vergessen werden, wenn es um die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos geht.

421. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß in einer pluralistisch und föderal gegliederten Gesellschaft Priorisierungen und Posteriorisierungen überall mit gleichartiger Intensität verfolgt werden. Es besteht sogar die Möglichkeit von Antinomien, indem Interessen einzelner Menschen oder Gruppen (z.B. an einem normalen Leben eines genetisch geschädigten Kindes) denen anderer (die darin das Potential der Weiterexistenz oder gar Ausbreitung einer unerwünschten genetischen Anlage sehen) unüberbrückbar gegenüberstehen und allenfalls auf einer höheren Ebene (etwa dem der Menschenwürde oder des Beitrags zum sozialen Frieden) einer Koexistenz zugeführt werden können, indem die einen die Verfolgung von Interessen dulden, die eigentlich den ihren zuwiderlaufen, andererseits die Vertreter partikularer Interessen von anderen keine Unterstützung einfordern.

422. Aus all diesen Gründen und auch aus seiner umsetzungsfernen Position heraus kann der Rat nicht den jeweils Verantwortlichen die Gesundheitsziele vorschreiben wollen (JG 1987 Ziffer 2). Der Rat kann jedoch die aus seiner Sicht dazu notwendigen Kriterien und Strukturen darstellen, die methodischen und praktischen Probleme und andere Rahmenbedingungen betrachten und schließlich ein mögliches Vorgehen mit Beispielen zur Neubestimmung des Leistungskataloges verdeutlichen. Dabei ist auch die Einbettung der Vorstellungen in eine soziale Marktwirtschaft zu berücksichtigen.

423. Alle im folgenden vorgestellten Optionen gehen davon aus, daß eine Neuordnung des Leistungskataloges diskussionswürdig ist. Dabei stellt sich die Frage, welche Leistungen weiterhin über Beiträge oder Prämien finanziert werden müssen und welche Leistungen der einzelne selbst übernehmen kann bzw. durch andere Quellen (z.B. Steuern, Abgaben) finanziert werden. Es wird also nicht eine Verringerung des Versicherungsschutzes angestrebt. Vielmehr geht es um eine Neubestimmung des Verhältnisses von Solidarität und Subsidiarität.

6.3.2. Optionsmodell I: Ausgliederung bzw. Verlagerung von Leistungen der GKV

424. Grundgedanke dieser Option ist es, daß die GKV im Zeitablauf eine Reihe von Leistungen übernahm, die

bei kritischer Betrachtung nicht oder so nicht in den Leistungskatalog gehören. Die oben genannten Überlegungen sowie die medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Kriterien können dafür eingesetzt werden, weniger typische Leistungen aus dem GKV-Katalog herauszulösen.

425. Unter dem Kriterium der Versicherbarkeit sind Leistungen, die in ihrem Bedarf vorhersehbar sind und/oder gesellschafts- und familienpolitischen Charakter haben, aus der GKV auszugliedern. Sie können aus öffentlichen Haushalten finanziert, oder der GKV mit Aufschlag für die entstandenen Verwaltungskosten voll erstattet werden. Insoweit handelt es sich bei diesem Modell um eine Kostenverlagerung.

426. Die Grundidee der Ausgliederung von Gesundheitsleistungen, deren Ursache eindeutig identifizierbar ist, liegt darin, daß die Solidargemeinschaft von individuell vermeidbaren Gesundheitsleistungen entlastet wird. Dies heißt freilich nicht, daß diese Gesundheitsleistungen vom einzelnen zu tragen sind. Um eine entsprechende Unterversicherung der betroffenen Personengruppen zu verhindern, sind private Pflichtversicherungen denkbar oder Verrechnungen zwischen derzeitigen Versicherungen.

427. Die Zurechnung sämtlicher Kfz-Unfallsschäden auf die finanzielle Absicherung durch die Kfz-Haltung dürfte den größten hier angesprochenen Bereich ausmachen. Die derzeitige Kfz-Haftpflichtregelung sieht nur eine Übernahme der Fremdschäden vor.

Der Arbeitswelt zuzurechnen und demzufolge vom Arbeitgeber zu finanzieren sind Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Sie sollten – soweit nicht schon geschehen – voll von den Berufsgenossenschaften in den Rahmen der Unfallversicherung eingegliedert werden.

428. Als preiselastisch und von daher für eine Ausgliederung aus dem Leistungskatalog geeignet können Leistungen gelten, die weitgehenden Konsumgutcharakter haben. Sie sind weitgehend voraussehbar und können der allgemeinen Lebensführung zugerechnet werden.

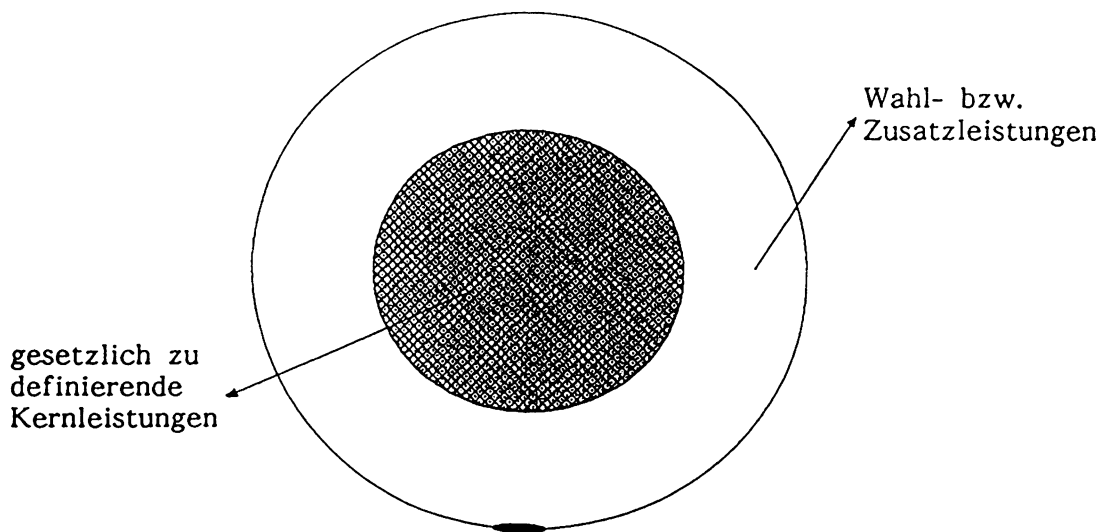
429. Grundsätzlich hat sich die Ausgliederung bzw. Verlagerung von Leistungen der GKV auch an der sozialpolitischen Rahmenbedingung des Härtefalls, bzw. der Überforderung zu orientieren. Insoweit wird auf die durch das GRG eingeführten Regelungen verwiesen.

6.3.3. Optionsmodell II: Obligatorische Kern- und freiwillige Zusatzleistungen

430. Leitidee dieses Modells ist es, daß mit Hilfe von medizinischen und ökonomischen Kriterien ein harter Kern von Leistungen definiert wird, der für alle Versicherungspflichtigen solidarisch abgesichert werden muß. Über die Kernleistungen hinaus kann jeder einzelne eigenverantwortlich seinen Versicherungsschutz durch Zuwahl erweitern (Abbildung 55).

431. Option II unterscheidet sich von Option I dadurch, daß bei Option I für alle Versicherten der Lei-

Abbildung 55: Kern- und Zusatzleistungen



stungskatalog quasi von außen nach innen auf seine Berechtigung überprüft wird. Im Mittelpunkt letzterer steht die Herausnahme bzw. Verlagerung von versicherungsfremden und nicht (mehr) zweckmäßigen oder notwendigen Leistungen. Bei Option II hingegen richtet sich das Bemühen zunächst auf das Festlegen der Kernleistungen. Es wird also das Problem der Leistungsbestimmung direkt angegangen und nicht indirekt, wie bei Option I. Damit wird auch klar, daß Option II anspruchsvoller, aber auch schwieriger umzusetzen sein wird als Option I. Die Ergebnisse beider Modelle können sich annähern, wobei der Leistungskatalog von Option I vermutlich weiter, der von Option II vermutlich enger ausfallen dürfte.

432. Optionsmodell II steht und fällt damit, wie gut sich die Kernleistungen mit Hilfe von Merkmalen definieren und operationalisieren lassen. Erst wenn beide Schritte, die Definition und Operationalisierung, befriedigend gelingen, kann der politische Bewertungsprozeß einsetzen.

Es liegt auf der Hand, daß für einzelne Versorgungsgebiete, wie die Arznei- und Hilfsmittelversorgung sowie die zahnärztliche Versorgung, sich die genannten Schritte leichter durchführen lassen als z.B. für die ambulante Versorgung.

433. Zur Festlegung der Kernleistungen sind die medizinischen Kriterien von besonderer Bedeutung. So werden dringliche Behandlungen, also alle Notfallbehandlungen zu den Kernleistungen zählen müssen. Akute Erkrankungen hingegen müssen nicht generell Kernleistungen sein. So kann ein akuter Infekt durchaus auch privat finanziert werden. Hier wird das ökonomische Merkmal »Großrisiko« ergänzend hinzugezogen werden müssen (Ziffer 412).

Die Behandlung von lebensbedrohlichen Zuständen, seien sie akut oder chronisch, sollte stets Teil der Kernleistungen sein. Zwar werden solche Erkrankungen in der Regel auch Großrisiken sein, doch sollte hier das ökonomische Kriterium außer acht gelassen werden. Dies trifft auch für Erkrankungen zu, welche die Lebensqualität massiv beeinträchtigen (z.B. Querschnittslähmung).

Zur Definition und Operationalisierung der Leistungen, die aus medizinischen Gesichtspunkten heraus zu dem Kernbereich zählen sollen, wird die Entwicklung von Positivlisten im weiteren Sinne unumgänglich sein. Letztere wird vor allem die Aufgabe von medizinischen Experten sein.

434. Von den ökonomischen Merkmalen spielen für die Bestimmung des Kernbereichs vor allem die Kosten-Wirksamkeit und die Risikohöhe eine entscheidende zusätzliche Rolle.

Zwar klingt es plausibel, daß für Kernleistungen eine ausreichende Kosten-Wirksamkeitsrelation nachzuwei-

sen ist, doch dürfte dies praktisch oft schwer fallen. Nicht selten widerspricht dies auch dem ärztlich-pflegerischen Selbstverständnis. Der Konflikt zwischen ärztlicher Berufspflicht und ökonomischer Sichtweise ist derzeit noch nicht generell lösbar.

Das Merkmal »Großrisiko« läßt sich relativ gut über die Höhe der Behandlungskosten definieren und operationalisieren. Darüber hinaus dürfte auch gesellschaftliche Akzeptanz über die Einbeziehung von Großrisiken in den Kernbereich zu erreichen sein. Schwierig ist hingegen die Bewertung, ab wann ein Großrisiko vorliegt. Damit die Belastung durch ein Großrisiko für alle Versicherten – von den individuell unterschiedlichen Nutzeinschätzungen einmal abgesehen – gleich ist, kann seine Mindesthöhe als prozentualer Anteil am (Familien-) Einkommen ausgedrückt werden. Der Tatbestand eines Großrisikos ist gegeben, wenn Schäden einzeln oder über einen Zeitraum, wie z.B. ein Jahr kumuliert, diese Grenze überschreiten. Alternativ läßt sich die Festlegung von Großrisiken an der Beitragsbemessungsgrenze orientieren, wobei eine Sozialklausel bei Überforderung der Versicherten zur Anwendung kommen könnte.

435. Privat zu finanzierende Wahlleistungen sind alle Leistungen, die nicht zum definierten Kernbereich zählen. Eine solche Negativabgrenzung wird zwar nicht generell ausreichen, doch kann sie für eine erste Beschreibung genügen. Vom Grundgedanken her müßte ein Versicherter ohne Wahlleistungen ausreichend gegen Krankheitskosten geschützt sein.

In einer weiten Interpretation könnten allerdings auch Wahlleistungen noch als Teil einer notwendigen Kernversorgung zählen. Der Zugang für Einkommensschwache muß dann freilich über eine Überforderungs- bzw. Sozialklausel möglich gemacht werden. Gilt letzteres, kann der Umfang von Wahlleistungen, sozialpolitisch erträglich, weiter ausgedehnt werden, als im ersteren Fall.

436. Wegen des hohen politischen Stellenwertes sei hier noch auf die Rahmenbedingungen eines indikationsbezogenen bedarfsgerechten Leistungskataloges verwiesen. Zwar gilt diese Rahmenbedingung für alle Optionsmodelle, doch ist sie bei den Kernleistungen der Option II besonders notwendig. Werden nämlich Leistungskataloge nach Art und Schwere der Erkrankungen (Positivlisten) erstellt, so bietet es sich an, auch Behandlungsprozesse indikationsabhängig zu definieren. Es wären dann Leistungen im Rahmen indikationsbezogener Behandlungsleitlinien Teil des Kernbereiches, wobei medizinisch begründete Ausnahmen selbstverständlich zulässig sind. Wünscht der Patient weitergehende Leistungen als sie die Behandlungsleitlinie vorsehen, wären diese als Wahlleistungen einzustufen.

437. Die nachfolgende Tabelle 32 zeigt den zusammenfassenden Versuch, medizinische und ökonomische

Merkmale zur Bestimmung von Kern- und Zuwahlleistungen heranzuziehen.

6.3.4. Optionsmodell III: Freiwillige Abwahl von solidarisch finanzierten Krankenversicherungsleistungen

438. Beim »Abwahlmodell« werden zunächst – analog zu Option I – diejenigen Bereiche, die keine spezifischen Krankenversicherungsleistungen darstellen, entfernt. Die Abwahlmöglichkeiten werden begrenzt durch die Kernleistungen, die gleichzeitig Pflichtleistungen darstellen (Abbildung 56). Es wird unterstellt, daß das, was der einzelne eigenverantwortlich übernehmen kann und will, individuell verschieden ist. Zwar müssen einheitliche Abwahlkriterien für alle Versicherten gelten, doch müssen die Wahlmöglichkeiten weder gleich gegeben noch gleich ausgenutzt werden.

439. Option III verbindet individuelle Gestaltungsmöglichkeiten mit dem Solidarprinzip dadurch, daß bei der Abwahl von GKV-Leistungen jeweils maximal der Beitrag nur um den Anteil gesenkt wird, der dem Risiko einer ansonsten möglichen Inanspruchnahme entspricht. Selbst bei Abwahl aller abwählbaren Leistungen muß der »Versicherte« weiterhin den Solidaranteil seines Beitrages für diese Leistungen an die Kasse abführen. Der Solidaranteil stellt ein Äquivalent für den Anspruch (Anwartschaft) dar, jederzeit (ausschließlich versicherungsbedingter Wartezeiten) den vollen Leistungsanspruch wieder aufleben lassen zu können. Je höher der

Risikoanteil ist, umso größer ist damit die mögliche finanzielle Senkung der Beitragshöhe (Abbildung 57). Es gilt also der Grundsatz, daß der Beitrag nur um soviel abgesenkt werden kann wie der Versicherte seine Versicherungsgemeinschaft von Krankheitsrisiken durch die Abwahl von Leistungen entlastet.

440. Das Abwählen von Leistungen sollte stets spezifisch für Leistungsbereiche gelten und sich nicht in einer generellen Kostenbeteiligung bzw. Selbstbehalten ausdrücken. Dadurch wird einerseits die Wettbewerbsintensität der Versicherer und andererseits die spezifische Kalkulation des Risikoanteils unterstützt.

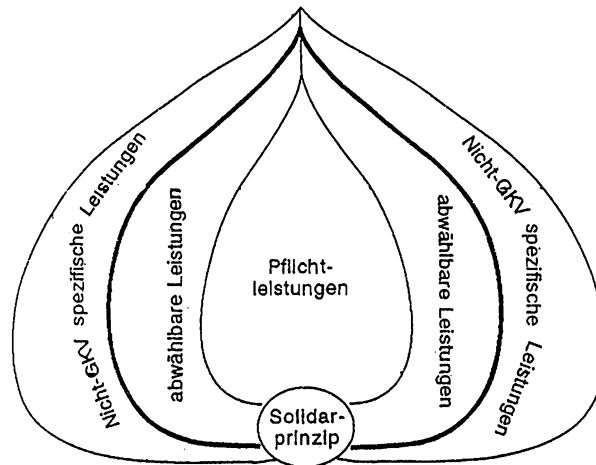
441. Ökonomische Grenzen der Abwählbarkeit sind dort gezogen, wo der einzelne Gefahr läuft, Risiken zu unterschätzen. Hierzu zählen alle Großrisiken, die nach der Höhe der durchschnittlichen Behandlungskosten bemessen werden können (Ziffer 412). Diese Grenze könnte mit der Beitragsbemessungsgrenze dynamisiert werden. Ergänzend zu dem ökonomischen Kriterium Großrisiko sind die medizinischen Kriterien Dringlichkeit, Lebensgefahr und Lebensqualität heranzuziehen, ähnlich wie in Option II. Grundsätzlich treten damit die gleichen Bestimmungsprobleme auf.

442. Ein entscheidender Unterschied zu Option II besteht darin, daß die solidarische Absicherung sich flexibel den individuellen Risikoübernahmemöglichkeiten dadurch anpaßt, daß je nach den Einkommensverhältnissen die Risikoübernahme unterschiedlich hoch abgestuft werden kann. So kann ein Sozialhilfeempfänger kein Ri-

Tabelle 32: Kernbereich (K) und Zuwahlleistungen (Z)

Rahmenbedingungen: medizinische sozialpolitische		Indikationsbezogene Bedarfsnotwendigkeit Überforderungs- und Sozialklauseln					
		Medizinische Kriterien		Lebensgefahr		Lebensqualitäts- gefährdung	
Ökonomische Kriterien		akut	aufschiebbar	hoch	niedrig	stark	wenig
Großrisiko		K	K	K	K	K	K
Kostenwirksamkeit	hoch	K		K		K	K
	niedrig		Z	K		K	K
Versicherbarkeit	gegeben	K	Z	K	Z	K	Z
	nicht gegeben						
Ursachenzurechenbarkeit	hoch	Z	Z	Z	Z	Z	Z
	niedrig						
Preiselastizität	hoch						
	niedrig	K	Z(Überf./Soz.) K		Z(Überf./Soz.)	K K	

Abbildung 56: Abwahl von Leistungen bis auf einen Kern von Pflichtleistungen



getrennt nach Sektoren:

- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- zahnmedizinische Versorgung
- stationäre Versorgung
- ambulante Versorgung

siko übernehmen. Er erhält deswegen den vollen solidarischen Schutz. Versicherte mit hohem Einkommen und niedrigem Risiko können ein Maximum an Leistungen abwählen. Sie stoßen dann bis an die absolute Untergrenze, die durch ökonomische wie medizinische Merkmale (siehe oben) definiert ist. Diese absolute Untergrenze gilt demnach für alle Versicherten und dient sowohl dem Schutz des einzelnen vor Fehleinschätzung als auch dem Schutz der Gemeinschaft vor Ausbeutungsverhalten (*moral hazard*).

443. Im »Abwahlmodell« kann der absolute Leistungskatalog, den niemand abwählen kann, am kleinsten gehalten werden, verglichen mit Option I und Option II. Dies ist deswegen möglich, weil für Einkommensschwache die Abwahlmöglichkeiten über ökonomische Merkmale relativiert werden. So könnten als Grenze 3 % bzw. 5 % der Haushaltseinkommen zur Risikoübernahme eingesetzt werden. Es bliebe dem Haushalt überlassen, abgewählte Risiken bei Eintritt aus laufendem

Abbildung 57: Aufteilung (fiktiv) des Beitrags in Risiko- und Solidaranteil bei unterschiedlichem Alter und Familienstand

Beitrag		
600 DM	600 DM	600DM
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Risikoanteil 150 DM </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Solidaranteil 450 DM </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Risikoanteil 400 DM </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Solidaranteil 200 DM </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Risikoanteil 650 DM </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Solidaranteil - 50 DM </div>
30-jähriger alleine	50-jähriger Familienvater	70-jähriger Rentner mit Frau

Einkommen/Vermögen oder über eine private Zusatzversicherung abzuschließen.

444. Die Möglichkeit, abgewählte Leistungen über private Zusatzversicherungen abzuschließen, würde einen indirekten Wettbewerb zwischen der PKV und der GKV eröffnen, ohne eine zu frühe Durchmischung erforderlich zu machen. Allerdings besteht die Gefahr, daß die Krankenkassen einer Abwanderung dadurch begegnen, daß sie eine abwehrende Quersubventionierung vornehmen.

445. Für die Krankenkassen eröffnet die Option III vielfältige Möglichkeiten des Leistungswettbewerbs. Krankenkassen, die pro Abwahlmöglichkeit, z.B. »Zahnbehandlung«, knapp kalkulieren, können dem Versicherten mehr Abwahlmöglichkeiten im Rahmen seines individuellen Handlungsspielraums bieten. Insgesamt kann dadurch der Beitragssatz und damit auch der Solidaranteil gesenkt werden.

446. Die Zunahme der Handlungsmöglichkeiten für die Versicherten senkt die Markttransparenz. Doch gilt hier wie in anderen Güterbereichen, daß ein nur kleiner Prozentsatz von rational wählenden Versicherten das ganze System in diese Richtung bewegt.

6.3.5. Optionsmodell IV: Zielorientierte Bestimmung der Pflichtleistungen mit Ab- und Zuwahl bestimmter Leistungen

447. Im Rahmen des Optionsmodells IV (»Schichtenmodell«) wird wieder Bezug zur aktiven Gestaltung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen entsprechend dem Zielkapitel am Anfang dieses Gutachtens genommen. Es wird nicht einseitig seitens der GKV entschieden, was ihr zur Finanzierung zufällt. Das Modell geht davon aus, daß die Rollen von Staat, GKV, PKV und einzeitigem zu- vor nochmal grundsätzlich überdacht werden.

448. Was hat der Staat (auf den verschiedenen gebietskörperschaftlichen und parafiskalischen Ebenen) zu leisten? Hierzu gehören nicht nur die im Gesundheitssektor selbst liegenden Aufgaben einer gesundheitsgerechten Gestaltung der allgemeinen Lebensbedingungen (insbesondere auch Arbeits-, Freizeit-, Verkehrs- und Produktqualität), sondern auch Aufgaben im Gesundheitsbereich selbst, die zur Durchsetzung dem Staat vorbehalten Mittel verlangen, oder sie doch androhen, z.B. Kontrollen von Einrichtungen auf Einhaltung gesundheitsrelevanter Bestimmungen (Trinkwasserqualität, Hygiene in Heimen, Quarantäne etc.). Daneben können Einrichtungen der Gebietskörperschaften die Gesundheitsförderung und Prävention dort betreiben oder auch koordinieren, wo nicht der einzelne (bzw. nicht der einzelne alleine), sondern eine öffentliche Einrichtung oder die ganze Bevölkerung (z.B. einer Region) betroffen ist (Aufklärung, Koordination von Impfprogrammen, Umwelthygiene etc.).

449. Welche Aufgaben entfallen in Option IV auf die GKV und die PKV? Hierunter würden prinzipiell alle individuumbezogenen Maßnahmen fallen können, soweit sie nicht aus bestimmten Gründen auf der staatlichen Ebene oder Bereichen außerhalb der benannten Zielbereiche und der damit definierten Mittel liegen.

Der Katalog der Grundleistungen

450. Zu allen medizinischen Problembereichen müßten professionell realistische Zielvorgaben und dazugehörige Vorgehensweisen vorliegen, ehe die Frage nach der Mittelzuweisung oder Begrenzung erhoben würde. Wichtig ist, daß es hier nicht um eine konsensferne, gleichsam »automatische« Erstellung von Rangfolgen geht (wie etwa im Oregon-Ansatz).

451. Wichtig ist ferner, daß die Ziele über die medizinischen Leistungen hinaus auch die organisatorischen und gestalterischen Aspekte des Gesundheitswesens ansprechen. Als Beispiel sei genannt, daß auch für die allgemeinen Aufgaben der Patientenführung im hausärztlichen Bereich (Kapitel 5 Medizinische Orientierung und Handlungsbedarf) Zielvorstellungen erarbeitet bzw. fortgeschrieben werden müßten. Die Definition eines GKV-finanzierten Leistungskerns, also der Leistungen der Basisversorgung, müßte zumindest in den formulierten Zielen positiv erfolgen.

452. Zu prüfen wäre, ob Maßnahmen der Gesundheitsförderung in diesem Verständnis weiterhin Aufgaben der GKV sein sollten. Eine bereits im Präventionskapitel angesprochene definitorische Abgrenzung der Präventionsaufgaben könnte in einem ersten Ansatz auf personenbezogene Maßnahmen abheben, soweit diese zur Durchführung berufliche Qualifikationen verlangen, die auch im Rahmen kurativer Maßnahmen benötigt werden. Das Beibehalten der Prävention und ggf. die Hereinnahme der Rehabilitation bedeutet, daß Leistungen der GKV und PKV zugeordnet sind, die nicht oder nur begrenzt in Konkurrenz zwischen Kassen oder zwischen Leistungserbringern erfüllt werden können.

Es gibt aber auch andere Aufgaben im Gesamtsystem der GKV, die übergreifende Bedeutung behalten würden. Beispiele dafür sind:

- Qualitätssicherung,
- (Weiter-) Entwicklung professioneller Standards bzw. Richtgrößen,
- Erstellung von Positivlisten im Bereich der Einzelmaßnahmen und -mittel,
- Umsetzungsforschung u.a. Planungsarbeiten zu Maßnahmen im Rahmen der Erprobung.

Letzteres könnte man auch aus dem GKV-übergreifenden Bereich herausheben und als gesonderten »Erprobungs«-Bereich definieren, der Leistungen je nach Beispiel mal übergreifend und mal kassenspezifisch anbieten würde.

453. In jedem Fall bräuchten die GKV und die PKV für die Abstimmung zwischen den Kassen, aber auch mit anderen Partnern im Gesundheitswesen (z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Berufsgenossenschaften etc.), übergreifende Kooperationsformen, in denen sie diese genannten Aktivitäten abstimmen. Bei einer aktiven zielorientierten Leistungsgestaltung würde dies vermutlich nicht zu einer Einschränkung der Mittel für Bereiche wie Prävention (wie in den Optionsmodellen I – III vorgeschlagen) führen, sondern zu einer deutlichen Vermehrung solcher Aktivitäten (z.B. in der Prävention von jetzt 1 % der Ausgaben auf 2 %). Dieses Vorgehen zur Definition eines GKV-gleichen kurativen Leistungskatalogs sowie eines GKV-gemeinsamen Kataloges übergreifender Aufgaben schließt nicht aus, daß auf diesem Wege ein zu großer, d.h. ein nicht mehr finanzierbarer Leistungskatalog positiv bestimmt würde. Zunächst als für erstrebenswert und erreichbar definierte Ziele angebotene Leistungen müßten dann doch wegen finanzieller Engpässe wieder aus dem Kernbereich genommen werden.

Der Abwahlbereich von GKV-Leistungen

454. Die Möglichkeit der Abwahl von Leistungen aus dem solidarischen Leistungskatalog wird bereits in der Option III diskutiert. Aus dem Abwahlbereich rekrutieren sich dann bei entsprechend schlechterer Wirtschaftslage der GKV solche Leistungen, die ganz aus den solidarisch zu finanzierenden Leistungen ausgeschlossen würden (»Bagatellzone«).

Der Zuwahlbereich von GKV-Leistungen

455. Statute für die Arbeit GKV-übergreifender Strukturen (etwa in Nachfolge der gemeinsamen Ausschüsse der Kassen und Ärzte) könnten neben der Abgabe einvernehmlicher Empfehlungen auch die Formulierung von Mehrheits- und qualifizierten Minderheitsvoten zulassen (im folgenden als »Dissensbereiche« oder »Dissenszone« angesprochen). Leistungen, zu denen (noch) keine volle Übereinstimmung bezüglich ihrer Eignung besteht, würden hier eingeordnet. Aus diesen Dissensbereichen, für die bezüglich ihrer medizinischen Wirksamkeit kein wissenschaftliches Einvernehmen herstellbar ist, könnten dann Kassen im Wettbewerb Leistungen dem Versicherten zur Zuwahl anbieten. Während für den Abwahlbereich der geringere Zielbeitrag ausschlaggebend wäre, stünde in diesem Zuwahlbereich lediglich bei unbezweifelbarer potentieller Bedeutung der Leistung die Kontroversität wissenschaftlicher, ethischer u.a. Beurteilung im Vordergrund.

Fazit

456. Die positive Definition des GKV-Leistungskerns würde anstelle eines Wettbewerbs über Ausgrenzungen

einen Wettbewerb über Ziele stimulieren und damit zu einer internen Effizienz der tatsächlich erbrachten Leistungen beitragen. Abseits von den offensichtlich unwirksamen bzw. unwirtschaftlichen Maßnahmen, die keinerlei solidarischen Anspruch erheben könnten, würde somit jeder als wirksam eingeschätzten Leistung potentiell eine solidarische Finanzierung zufließen, es sei denn, die Leistung liegt einerseits nicht im allgemeinen Konsensbereich, oder es finden sich nicht genügend Interessenten, um sie als Zuwahlleistung anzubieten.

457. Die Beurteilung einer indikationsbezogenen Leistung müßte mindestens nach vier Klassen erfolgen:

1. allgemein anerkanntes, indikationsgerechtes Vorgehen in einem medizinisch definierten Ziel-/Behandlungsbereich;
2. wie 1. belegt und anerkannt, jedoch entweder nach Indikation nicht in einem medizinisch definierten Zielbereich und nach begrenztem Aufwand in einer solidarischen Finanzierung grundsätzlich verzichtbar (»Bagatellzone«);
3. begrenzt anerkanntes indikationsgerechtes Vorgehen (»Dissenszone«);
4. unbelegtes bzw. unwirtschaftliches Vorgehen.

458. Zusammenfassend ergäben sich so innerhalb der GKV fünf Leistungsbereiche:

Zwei Pflichtleistungsbereiche:

- (1) Ein GKV-gemeinsamer Bereich für die Aufgaben in Ziffer 448;
- (2) Ein GKV-gleicher Bereich (Pflichtleistungsbereich);

Zwei Wahlleistungsbereiche:

- (3) Ein GKV-gleicher Abwahlbereich;
- (4) Ein kassenspezifischer Zuwahlbereich;

Ein Erprobungsbereich:

- (5) Ein kassengleicher (ggf. auch -spezifischer) Erprobungsbereich.

459. Das Optionsmodell IV unterscheidet sich u.a. vom jetzigen Zustand der GKV und PKV in folgenden Bereichen:

- Die Definition der Leistungen erfolgt zielorientierter. Dies beinhaltet (wie bisher teilweise auch) eine aktive Mittelallokation und keine, die sich lediglich ausgrenzend betätigt.
- Die Definition von erstattungsfähigen Leistungen wird in den Bereich professioneller Standards ausgeweitet. Ersatzweise kommen Richtgrößen und Positivlisten zur Anwendung.
- Die Definition von Leistungen läßt »Dissens«-Formen zu, was es leichter machen würde, härtere Kriterien für eine allgemeine Anerkennung eines Verfahrens als Leistung im Pflichtbereich zugrunde zu legen. d.h. nicht nur die statistische Signifikanz, son-

Wahl-Bereiche

Pflicht-Bereiche

Zuwahl-Leistungsbereiche

Abwahl-Leistungsbereiche

GKV-gleicher Pflichtleistungsbereich

Sockel: GKV-gemeinsamer Leistungsbereich (Bevölkerungs- bzw System-Bezug)

Fundament: Definition der Rolle der GKV

Nationale Zieldiskussion für das gesamte Gesundheitswesen (GKV, ÖGD,.....)

dem die klinische Relevanz und Wirtschaftlichkeit zu würdigen.

- Die Definition von Leistungen erfolgt nicht ausschließlich über Datenlagen, sondern auch über Konsensmechanismen und die Partizipation des Versicherten. Dies würde indirekt eine professionell nicht konsensfähige Leistung bei entsprechendem Verhalten aller Versicherten (nämlich der allgemeinen Zuwahl dieser Leistung) unter Umständen zur Regelleistung machen.

460. Das Optionsmodell IV unterscheidet sich vom Optionsmodell III durch:

- Wegfall des Kriteriums »Versicherbare Leistung«;
- aktive Definition eines Kerns über Ziele;
- Einführung einer Zuwahl neben einer Abwahl.
- Die formalen Beurteilungskriterien des Optionsmodells III sind zwar anwendbar, sie werden aber in einen Konsensmechanismus eingebunden.
- Die Definition der Leistungen geschieht in Abstimmung mit anderen Trägern im Gesundheitswesen.

461. Der Begriff »Schichtenmodell« (Abbildung 58) soll verdeutlichen,

- daß die in der Option IV zusammengefaßten Leistungen auf einer mit anderen Trägern abgestimmten Basis stehen (Abstimmung mit umfassenden gesundheitspolitischen Zielen und Aktivitäten in anderen Bereichen wie Staat, Selbsthilfe etc.),
- daß dann zwei Schichten kassengleicher bzw. -gemeinsamer Leistung folgen (andererseits mit dem

Problem behaftet, daß theoretisch ein nicht finanzierbares Leistungsspektrum definiert wird) und

- daß dann zwei Wahl-Schichten folgen, die sich zunächst durch größere Zielferne (Abwahlbereich) und dann zusätzlich durch größere Konsensferne (Zuwahlbereich) auszeichnen.

Gerade diese letzten beiden Schichten machen dann die Option IV unterschiedlich und interessant für die Wahl der Versicherten und Versicherungen.

6.4. Vergleich der vier Optionen und offene Fragen zur Umsetzung

462. In der nachfolgenden Tabelle 33 sind die vier Optionen noch einmal mit einigen wenigen Charakteristika nebeneinandergestellt. Grundsätzlich haben die vier Optionen eine Reihe von überlappenden Eigenschaften, die auch zu Kombinationen genutzt werden könnten. Doch beabsichtigt der Rat, zunächst die Diskussion abzuwarten, bevor eventuelle Kombinationslösungen formuliert werden.

463. Ohne bereits in diesem Sachstandsbericht in weitere Einzelheiten zu gehen, sei abschließend noch einmal darauf verwiesen, welche vielfältigen Konsequenzen bei einer Differenzierung des Leistungsumfanges bedacht werden müssen. Zu den lösungsbedürftigen Fragen neuer Formen der Leistungsbestimmung zählt auch die Bestimmung von Umfang und Struktur des jeweiligen Versichertenkreises und die Art der jeweiligen Mit-

Tabelle 33: Unterscheidungsmerkmale der vier Optionen zur Neubestimmung des Leistungskatalogs

Optionen	Option I	Option II	Option III	Option IV
Merkmale				
Bestimmung von Kernleistungen - wie - durch wen	negativ durch gesetzliche Ausgrenzung	positiv durch gesetzliche Festlegung	negativ durch gesetzliche Ausgrenzung	positiv durch gesetzliche Festlegung
Bestimmung von Zusatzleistungen	durch gesetzliche Ausgrenzung	durch Zuwahl des Versicherten zu den Kernleistungen	durch Abwahl des Versicherten	durch Abwahl und Zuwahl des Versicherten

telaufbringung (Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Prämien, Konsumausgaben) in den einzelnen Modellen (Tabelle 34).

Weiterhin muß die Art der Mittelverwendung für die Leistungsanbieter in den verschiedenen Leistungssektoren einschließlich der Vergütungsformen und Steuerungswirkungen in diesen Bereichen noch detaillierter untersucht werden. Schließlich gilt es, die Art der Krankenversicherungsträger und ihre Rechtsformen zu analysieren und Art, Parameter und Intensität des Wettbewerbs nach Leistungsbereichen und zwischen den Krankenkassen näher zu prüfen.

Diese und andere Fragen müssen bei der Analyse der traditionellen und neuen Wege der Bestimmung von Gesundheitsleistungen und des Leistungskatalogs von privaten und gesetzlichen Krankenkassen beachtet und bei entsprechenden Vorschlägen noch stärker mit einbezogen werden. Schließlich müssen die genannten Modelle zur Neudefinition des Leistungskatalogs im Kontext des Kapitels zur finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos, der finanziellen Situation im Gesundheitswesen und zu den Strukturen einer zukünftigen Steuerung gesehen und weiter überprüft werden.

Tabelle 34: Grundsätzliche Möglichkeiten von Leistungsumfang, Versichertenkreis und Finanzierung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen

Leistungsumfang	Pflicht- (Grund-) (Basis-) (Kern-) leistungen	freiwillige (Zusatz-) (Wahl-) Leistungen	versicherungsfremde Leistungen	Gesundheitsbedarf im Rahmen der persönlichen Lebensführung
Versichertenkreis				
1. Gesamtbevölkerung (= Volksversicherung)				
a) private Pflichtversicherung für alle	Prämien	Prämien (PKV)	Steuern	private Ausgaben
b) öffentliche/soziale/gesetzliche Pflichtversicherung für alle	Steuern Beiträge	Prämien (GKV)	Steuern	private Ausgaben
2. Bevölkerungsgruppen				
a) nach Berufen	Beiträge und/oder Prämien	Prämien (GKV + PKV)	Steuern	private Ausgaben
-Arbeitnehmer/Beamte -Selbständige -Landwirte -Rentner etc.				
b) nach ihrer Schutzbedürftigkeit				
c) nach Einkommen	Beiträge und/oder Prämien	Prämien (GKV + PKV)	Steuern	private Ausgaben
- Beitragsbemessungsgrenze - Versicherungspflichtgrenze				

7. Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos

7.1. Gesamtwirtschaftliche Ziele als Beurteilungskriterien

464. Bei grundsätzlich einheitlichen Versicherungsleistungen steigen die Beitragszahlungen der Versicherten in der GKV bis zu einer dynamisierten Beitragsbemessungsgrenze proportional zur Bemessungsgrundlage. Von einigen Ausnahmen, die bei freiwillig Versicherten und mitversicherten Familienangehörigen greifen, abgesehen, bildet das individuelle Arbeitseinkommen in Verbindung mit den Rentenzahlungen als seinem Ersatz im Alter die Bemessungsgrundlage der Beitragserhebung. Letztere erstreckt sich somit im Vergleich zur Einkommensbesteuerung im Prinzip nur auf eine von sieben Einkunftsarten. Im Kontext des GSG machten vor allem die Diskussionen um die beitragsrechtliche Neuregelung für freiwillig versicherte Rentner auf die Konsequenzen aufmerksam, die für die Versicherten aus unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen erwachsen. Während sich die Beitragsbemessungsgrundlage bei Pflichtversicherten auf das Arbeitsentgelt beschränkt, umfaßt sie bei freiwillig versicherten Rentnern die Gesamtheit ihrer Einkünfte, d.h. u.a. auch Zinsen, Mieten und Pachten.

465. Unabhängig von der Beitragsgestaltung für freiwillig Versicherte im Ruhestand stellt sich auch im Hinblick auf die GKV-Pflichtversicherten die Frage, ob sich die Einengung der Beitragsbemessungsgrundlage auf das individuelle Arbeitseinkommen vor dem Hintergrund der heutigen und künftig zu erwartenden ökonomischen bzw. sozialen Verhältnisse noch rechtfertigen läßt. Die folgende Abwägung von Pro und Contra einer engen oder weiten Bemessungsgrundlage könnte freilich den falschen Eindruck erwecken, als ginge es hier in erster Linie darum, der GKV neue Finanzquellen zu erschließen und ihr damit eine bequemere Ausgabenpolitik zu ermöglichen. Argumente für eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage gerieten dann leicht in den Verdacht, Bemühungen um Ausgabeneinsparungen und Effizienzverbesserungen auf der Leistungsseite zu untergraben. Der fiskalische Aspekt, der auf eine finanzielle Deckung der Gesundheitsleistungen bzw. -ausgaben abzielt, besitzt im Rahmen gesundheitsökonomischer Betrachtungen zwar seine Berechtigung, steht bei den folgenden Überlegungen als Kriterium aber nicht im Mittelpunkt des Interesses. Um dies zu untermauern, geht die folgende Analyse von der – wenn auch theoretischen – Annahme einer Aufkommensneutralität der Beitragszahlungen aus, d.h. eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage impliziert bei gleichem Beitragsaufkommen eine entsprechende Senkung des Beitragsatzes. Diese Hypothese besitzt auch den Vorzug, im Rahmen eines »Nullsummenspiels« allfällige Verteilungswirkungen von Variationen der Beitragsbemessungsgrundlage transparenter zu machen.

466. Ein zentrales Kriterium für die Konzipierung einer angemessenen Beitragsbemessungsgrundlage bildet zunächst das Verteilungspostulat. Die Finanzwissenschaft kennt hier mit dem Äquivalenz- und dem Leistungsfähigkeitsprinzip zwei Fundamentalprinzipien der Abgabenerhebung. Nach dem Äquivalenzprinzip stellt der Beitrag des Versicherten eine äquivalente Abgabe für die Versicherungsleistung dar. An diesem Prinzip orientiert die PKV ihre Beitragsgestaltung, die am Krankheitsrisiko der Versicherten ansetzt.

467. Im Gegensatz dazu wählt das Leistungsfähigkeitsprinzip nicht die Zurechenbarkeit der Versicherungsleistung, sondern die Fähigkeit des Versicherten, einen Beitrag zur Finanzierung der Ausgaben zu leisten, zum Kriterium der (Beitrags-) Lastverteilung. Als operationaler Indikator und konkreter Maßstab der individuellen Leistungsfähigkeit, die theoretisch ein Nutzenniveau repräsentiert, dient heute zumeist das Einkommen. Trotz seiner recht abstrakten Formulierung erlaubt das Leistungsfähigkeitsprinzip bereits zwei grundsätzliche Aussagen zur Verteilung der Beitragslast: Es fordert im Sinne der »horizontalen Gerechtigkeit«, daß Versicherte mit gleicher Leistungsfähigkeit gleich hohe Beiträge zahlen. Sodann postuliert es unter dem Aspekt der »vertikalen Gerechtigkeit«, daß Versicherte mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit unterschiedlich hohe Beiträge entrichten.

468. Hinsichtlich der steuerlichen Finanzierung von Staatsausgaben entspricht das Leistungsfähigkeitsprinzip eher sozialstaatlichen Grundsätzen (Art. 20 und 28 GG) als das Äquivalenzprinzip. Letzteres findet sich im Rahmen der öffentlichen Abgabenerhebung in seiner reinen Form, d.h. als individuelle Äquivalenz, nur bei den Gebühren und abgeschwächt als gruppenmäßige Äquivalenz bei den Beiträgen. Unabhängig von sozio-ökonomischen Wertvorstellungen, die im Zeitablauf ohnehin einem Wandel unterliegen, erfüllt auch das Äquivalenzprinzip insofern Gerechtigkeitsansprüche, als es die Abgabenerhebung in konsistenter Weise an einem nachvollziehbaren und für alle Bürger gültigen Kriterium ausrichtet.

469. In ihren Anfängen orientierte sich die Einnahmen- und Ausgabenpolitik der GKV stärker als heute am Prinzip der individuellen Äquivalenz, denn auf der Ausgabenseite dominierte das beitragsäquivalente Krankengeld. Die stärkere Betonung des Leistungsfähigkeitsprinzips erfolgte dann im Zuge einer ständigen Erhöhung von Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze und der Finanzierung von beitragsunabhängigen Gesundheitsleistungen. Dagegen nahm die Bedeutung des beitragsäquivalenten Krankengelds durch die weitgehende Übertragung der Lohnfortzahlung auf die Arbeitgeber stark ab. Seit dem Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfall vom 27.07.1969 besteht innerhalb der GKV nur noch eine sehr schwache Zurechenbarkeit zwischen der Beitrags-

zahlung eines Versicherten und den Leistungen, die ihm aus der GKV zufließen. Die Durchbrechung eines äquivalenten Verhältnisses zwischen der Beitragszahlung eines Versicherten und seinen individuellen Leistungsansprüchen gilt heute weithin als ein konstitutives Element des Solidaritätsprinzips innerhalb der GKV.

470. Von den allgemeinen Steuern grenzen sich die GKV-Beiträge nur noch durch ihre gruppenmäßige Äquivalenz ab. Diese besteht darin, daß die Leistungen der GKV grundsätzlich nur jenem Personenkreis zugute kommen, der sie auch finanziert bzw. finanziert erhält. Die gruppenmäßige Äquivalenz verliert freilich als Kriterium an Gehalt, wenn wie bei der GKV der betreffende Personenkreis ca. 90 % der Gesamtbevölkerung einschließt. Die weitgehende Abkehr vom Äquivalenzprinzip unterscheidet die GKV auch von der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung, denn diese binden unbeschadet sozialer Elemente ihre monetären Versicherungsleistungen im Sinne der individuellen Äquivalenz immer noch an die jeweiligen Beitragszahlungen. Unter diesem Aspekt existiert innerhalb der Sozialversicherung kein einheitliches Grund- bzw. Fundamentalprinzip der Beitragsbemessung. Die geschundene Bindung zum Äquivalenzprinzip konfrontiert die GKV-Beitragsgestaltung, soll sie nicht politischer Willkür unterliegen, in distributiver Hinsicht beinahe zwangsläufig mit den Anforderungen des Leistungsfähigkeitsprinzips. Die andere, ebenfalls systematisch-konsistente Lösung bestünde darin, dem Prinzip der individuellen Äquivalenz wieder mehr Geltung zu verschaffen, d.h. das Versicherungsprinzip zu revitalisieren.

471. Neben dem fiskalischen Aspekt und dem Verteilungspostulat gehören auch die Stabilisierungs- und Allokationsfunktion zum Kriterienkatalog der Beitragsgestaltung. Da die Patienten die Gesundheitsleistungen medizinisch gesehen weitestgehend unabhängig vom Konjunkturverlauf benötigen, eignen sich Gesundheitsausgaben und -einnahmen kaum als Mittel zur konjunkturpolitischen Steuerung. Insofern reduziert sich hier die Stabilisierungsaufgabe darauf, daß von der Einnahmen- und Ausgabengestaltung der GKV nach Möglichkeit keine prozyklischen bzw. konjunkturverstärkenden Effekte ausgehen. Wie unter Ziffer 123ff. dargelegt, steht die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mit dem Stabilisierungsziel in Konflikt.

472. Bei der Beitragserhebung überschneiden sich der fiskalische Effekt und die Allokationsfunktion insofern, als beide Kriterien die Erhebungsbilligkeit fordern. Diesem Grundsatz widerspricht offensichtlich eine Abgabe, die fast so hohe Erhebungskosten verursacht, wie sie Einnahmen erbringt. Gleiches gilt für Reformen oder Kontrollen, deren Friktions- bzw. Regulierungskosten die betreffenden Ausgabeneinsparungen übertreffen. Das Allokationsproblem resultiert aus der Knappheit der verfügbaren Ressourcen und besteht in der Aufteilung knapper Ressourcen auf verschiedene Produktionspro-

zesse bzw. unter Entscheidungsaspekten betrachtet in ihrer Zuordnung auf divergierende und konkurrierende Wirtschaftspläne. Die Ressourcenknappheit begründet damit auch die Notwendigkeit eines Allokationsmechanismus, der die Vielzahl der Wünsche und Ansprüche mit dem jeweils vorhandenen Ressourcenfundus koordiniert. Normatives Bezugssystem bildet in theoretischer Hinsicht die optimale Allokation, die bei effizienter Ressourcenverwendung im Sinne der individuellen Präferenzen die höchstmögliche gesellschaftliche Wohlfahrt repräsentiert. Die Effizienznorm fordert, daß die von einer Maßnahme oder einem Projekt erzeugten gesamtwirtschaftlichen Nutzen mindestens ihren Opportunitätskosten entsprechen. Letztere fallen insoweit an, als die durch das jeweilige Projekt gebundenen Ressourcen nun in keine andere Verwendung mehr fließen und dort Nutzen stiften können.

473. Indem das Effizienzpostulat darauf abzielt, der Verschwendung knapper Ressourcen entgegenzuwirken, trägt es zur Lösung von Allokationsproblemen bei: Es kann nämlich bei Befolgung dieses Prinzips mit den knappen Ressourcen ceteris paribus eine größere Zahl von Ansprüchen befriedigt und damit eine höhere gesellschaftliche Wohlfahrt verwirklicht werden. In einer Welt knapper Ressourcen und teilweise unbefriedigter existentieller Bedürfnisse gewinnt die alloкатive Effizienz auch per se, d.h. als Grundsatz ohne zunächst spezifizierten Inhalt bzw. konkretes Zielsystem, einen normativen Anspruch. Effiziente Lösungen können zwar in einzelnen Fällen mit verteilungspolitischen Vorstellungen im Widerstreit stehen, sie schaffen aber andererseits die notwendige materielle Basis für eine soziale Absicherung auf hohem Niveau. Umgekehrt können auch von einem gut ausgebauten Sozialsystem, sofern es die Leistungsanreize nicht mindert, positive alloкатive Effekte ausgehen.

474. Die Allokationsfunktion besteht somit auch im Gesundheitswesen darin, bei allen beteiligten Leistungsanbietern und betroffenen Versicherten bzw. Patienten die Anreize so zu setzen, daß sie die knappen volkswirtschaftlichen Ressourcen effizient nutzen. Dies bedeutet u.a., daß die Sozialversicherungsbeiträge in Verbindung mit der Steuerbelastung die Leistungsbereitschaft der Bürger nicht herabsetzen und in diesem Kontext nicht die Flucht in die Schattenwirtschaft fördern. Sodann sollte das gesundheitsökonomische Anreizsystem die Leistungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft der Leistungsanbieter stimulieren, was letztlich der Wohlfahrt der Patienten dient. Hierzu gehören in ordnungspolitischer Hinsicht vor allem verlässliche Rahmendaten, da sie u.a. die Grundlage für stärker fremdkapitalfinanzierte Neugründungen von Arztpraxen oder für risikoreiche Investitionen im technischen sowie im pharmazeutischen Bereich bilden. Die seit Mitte der siebziger Jahre beinahe permanenten staatlichen Interventionen, die vornehmlich fiskalischen Zielen dienen, schufen über sich ständig verändernde Rahmenbedingungen eine

schlechte Voraussetzung für ein innovatives Gesundheitswesen. Dieser Aspekt spricht nicht generell gegen Reformen, sofern Mißstände oder überholte Strukturen diese nahelegen, sondern lediglich gegen eine fallweise Interventionskette im Drei- bis Vierjahresrhythmus. Eine grundlegendere Reform, sofern sie Aussichten auf einen längeren Bestand eröffnet, mag den Beteiligten kurzfristig höhere Anpassungslasten aufbürden, sich aber schon mittelfristig als die effizientere und u.U. für fast alle Beteiligten günstigere Lösung erweisen.

7.2. Mängel des derzeitigen Beitragssystems in der GKV

Die Diskriminierung von Mehrverdienerfamilien

475. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gilt spätestens seit der Weimarer Zeit als ein konstitutives Merkmal des Solidaritätsprinzips in der GKV. Da die Versicherungsleistungen der Familienmitglieder nicht von außen, sondern aus dem Beitragsaufkommen der GKV (mit-) finanziert werden, geht diese Alimentation für alle Beitragszahler mit höheren Beitragssätzen einher. Die beitragsfreie Mitversicherung des Ehepartners – die Berücksichtigung von Kindern wird unten gesondert behandelt – führt nun in Verbindung mit der Beitragsbemessungsgrenze zu erheblichen verteilungspolitischen Verwerfungen.

476. Die beitragsfreie Mitversicherung begünstigt grundsätzlich jene Ehepaare, bei denen das Arbeitseinkommen eines Partners über der Beitragsbemessungsgrenze liegt und der andere keiner Beschäftigung nachgeht. Im Grenzfall entrichtet ein Ehepaar, bei dem beide Partner ein individuelles Arbeitseinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze erzielen, doppelt so hohe Beitragszahlungen wie ein Ehepaar mit gleichem oder gar höherem (Haushalts-) Einkommen. Dieser Sachverhalt bildet einen gravierenden Verstoß gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip, denn es werden Ehepaare mit gleicher Leistungsfähigkeit höchst unterschiedlich belastet, was dem Postulat der horizontalen Gerechtigkeit zuwiderläuft. In einigen Fällen kann die Beitragsbelastung von Ehepaaren mit niedrigerem Arbeitseinkommen sogar jene von Ehepaaren mit höherem übersteigen, was das Postulat der vertikalen Gerechtigkeit auf den Kopf stellt.

477. Eine Privilegierung genießt auch die nicht berufstätige Ehefrau eines Privatversicherten, die ihre frühere Mitgliedschaft in der GKV beibehält bzw. fortsetzt. Ihre Beitragserhebung erfolgt auf der Grundlage der Hälfte des Einkommens des Ehemannes, d.h. maximal bis zur halben Beitragsbemessungsgrenze. Dagegen erhält die GKV von einer alleinstehenden berufstätigen Frau – wenn auch mit Arbeitgeberanteil – einen doppelt so hohen Beitrag. Es erscheint auch aus allgemeinen sozialpolitischen Erwägungen, die sich nicht auf das Leistungsfähigkeitsprinzip stützen, kaum einsehbar, daß die

GKV aus Solidarmitteln Ehepartner alimentiert, die keine (Klein-) Kinder betreuen. Insgesamt wiegt diese Schwachstelle des geltenden Systems besonders schwer, weil sie selbst innerhalb der geltenden Bemessungsgrundlage auftritt.

Die Privilegierung des Nicht-Arbeitseinkommens

478. Wie bereits erwähnt, bildet die Bemessungsgrundlage der Beitragsberechnung bei freiwilligen GKV-Mitgliedern das gesamte Einkommen, bei Pflichtmitgliedern jedoch nur das Arbeitseinkommen. Die Beschränkung der Beitragserhebung auf das individuelle Arbeitseinkommen besaß in den Anfängen der GKV und vermutlich auch nach dem Zweiten Weltkrieg unter Verteilungsaspekten grosso modo ihre Berechtigung, denn das Gesamteinkommen der Pflichtmitglieder reduzierte sich zu dieser Zeit weitgehend auf das Arbeitseinkommen. Mit steigendem Sozialprodukt pro Kopf nahm in den letzten vierzig Jahren aber vor allem die Sparfähigkeit breiter Bevölkerungsschichten zu, so daß diese auch in Verbindung mit Erbschaften heute teilweise über beachtliche Nicht-Arbeitseinkommen, z.B. in Form von Zins-, Miet- und Pachteinkünften, verfügen. Es gibt keinen Grund für die Annahme, daß die Steigerung der Nicht-Lohneinkommen nur bei den freiwilligen GKV-Mitgliedern stattfand und die Pflichtmitglieder aussparte.

479. Eine Privilegierung in Form des halben Beitragssatzes erfahren jene pflichtversicherten Rentner und Rentnerinnen, die Zusatzeinkommen aus betrieblicher Altersversorgung beziehen. Nach einer Erhebung im Auftrage des BMA kamen im Jahre 1986 schon etwa ein Drittel der Rentner und ein Fünftel der Rentnerinnen in den Genuß solcher Zusatzeinkommen. Letztere erreichten bei den Männern, die zuletzt in der Privatwirtschaft arbeiteten, durchschnittlich knapp ein Fünftel ihres Bruttoeinkommens. Unter distributiven Aspekten fällt die Nichtberücksichtigung dieser Einkünfte auch deshalb ins Gewicht, weil höhere Renten tendenziell mit höheren Zusatzeinkommen aus betrieblicher Altersversorgung einhergehen dürften. Zudem fließen Rentnern im Vergleich zu jüngeren Arbeitnehmern höhere Vermögenseinkommen zu. So lag im Jahre 1988 das durchschnittliche Geldvermögen von Haushalten mit Bezugspersonen zwischen 65 und 70 Jahren beim Zweieinhalbfachen des entsprechenden Vermögens von Haushalten mit einer Bezugsperson von unter 35 Jahren.

480. Da das Leistungsfähigkeitsprinzip nicht auf eine bestimmte Einkunftsart, sondern auf das Gesamteinkommen abstellt, resultieren aus dieser Einengung der Bemessungsgrundlage bei Pflichtmitgliedern zahlreiche Verstöße gegen die horizontale und vertikale Gerechtigkeit. Zunächst diskriminiert diese Regelung die freiwillig Versicherten, von denen ein bestimmter Teil eine

niedrigere Leistungsfähigkeit als Pflichtmitglieder mit hohem Nicht-Arbeitseinkommen besitzen dürfte. Innerhalb der Pflichtmitglieder kann die eingeeengte Bemessungsgrundlage dazu führen, daß Beitragszahler mit niedrigerer Leistungsfähigkeit solche mit höherer Leistungsfähigkeit alimentieren.

481. Das individuelle Arbeitseinkommen erlaubt als Beitragsbemessungsgrundlage den Krankenkassen zwar eine vergleichsweise gute Kalkulation, unterliegt als globale Größe, d.h. aufsummiert über alle Versicherten, jedoch im Konjunkturverlauf starken Schwankungen. So sehen sich die Kassen besonders in rezessiven Konjunkturphasen, wenn die Beitragseinnahmen zurückgehen bzw. langsamer wachsen, gezwungen, entweder die Beitragssätze zu erhöhen, oder die Ausgaben entsprechend zu budgetieren und damit zumindest teilweise auch die Leistungen einzugrenzen. Dieses konjunkturpolitische Dilemma vermag auch eine erweiterte Bemessungsgrundlage nicht gänzlich zu beseitigen, aber im Vergleich zum individuellen Arbeitseinkommen etwas abzumildern.

Zur Tarifdegression

482. Die mit der Bemessungsgrundlage proportional steigenden Beitragszahlungen führen bei einheitlichen Versicherungsleistungen zu einer personellen Umverteilung, die bis zur Beitragsbemessungsgrenze kontinuierlich zunimmt. Mit Erreichen dieser Grenze bricht die Umverteilung abrupt ab, d.h. der Grenzabgabensatz beträgt ab hier Null. Dies bedeutet, daß die durchschnittliche Beitragsbelastung ab der Beitragsbemessungsgrenze mit wachsendem Arbeitseinkommen stetig sinkt, so daß ab dieser Grenze eine Tarifdegression entsteht. So beläuft sich, bezogen auf das individuelle Arbeitseinkommen, die durchschnittliche Belastung bei einem Monatsgehalt von 5.700 DM auf 13,4 %, bei einem entsprechenden Salär von 11.400 DM hingegen nur auf 6,7 %. Da die Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Einkommen steigt, tragen in diesem Falle Versicherte mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit die gleiche absolute Beitragsbelastung, was gegen die vertikale Gerechtigkeit verstößt.

483. Diese Degression eines zunächst linearen Tarifs erwächst aus der Beitragsbemessungsgrenze. Mit ihr einher geht eine regressive Einkommensbelastung, denn auch der Umverteilungsanteil am individuellen Arbeitseinkommen nimmt mit steigendem Einkommen ab. Im gegebenen System macht die Versicherungspflichtgrenze eine Tarifdegression insofern erforderlich, als ohne eine Freistellung vom Einkommen oberhalb einer gewissen Grenze nahezu alle freiwillig Versicherten die GKV verlassen würden. Aber auch unabhängig von Wahlmöglichkeiten bzw. vom Wettbewerb zwischen GKV und PKV bereitet eine Tarifgestaltung, die den Normen des Leistungsfähigkeitsprinzips genügt, hier

Belastungsprobleme, denn sie impliziert innerhalb der GKV eine extreme Umverteilung, die dann noch zur Redistribution durch die Einkommensteuer hinzutritt. Eine Kompromißlösung könnte u.a. darin bestehen, den unvermittelten Übergang vom vollen Beitragssatz auf eine Grenzbelastung von Null über einen partiellen Bereich mit degressiver Grenzbelastung etwas zu glätten. Lösungsvorschläge zu diesem Problem hängen u.a. auch davon ab, wie man den GKV-Leistungskatalog und die Pflichtmitgliedschaft abgrenzt.

Überkommene Gebühren- und Preisdifferenzierung

484. Zwischen PKV und GKV liegt vor allem im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung eine Gebühren- bzw. Preisdifferenzierung vor. Um welchen Prozentsatz die PKV-Gebühren bei identischen Leistungen im Durchschnitt über jenen der GKV liegen, ist umstritten und angesichts des komplexen Geflechts der beiden Gebührenordnungen auch kaum eindeutig zu ermitteln. Es liegt in diesem Kontext gleichwohl nahe, daß die Leistungsanbieter bei reformbedingten Einschränkungen im GKV-Bereich nach finanziellen Kompensationsmöglichkeiten bei der Behandlung von Privatpatienten suchen. Insofern dies gelingt, beeinflußt eine GKV-Reform auch die Finanzlage der privaten Krankenkassen und damit auch die Belastungen der PKV-Versicherten.

485. Die der GKV gewährten ehemaligen »Sozialtarife« entstammen noch einer Zeit, als diese Versicherung nur sozial schutzbedürftige Arbeiter bzw. Unselbständige unter ihrem Dach zusammenschloß. Mit den »Sozialtarifen« übernahmen die Leistungsanbieter für diesen abgegrenzten Personenkreis, der ca. 10 % der Gesamtbevölkerung ausmachte, eine sozialpolitische Verpflichtung, deren Berechtigung hier nicht zur Diskussion steht. Mit dem Anwachsen des GKV-Mitgliederkreises auf 90 % verloren diese Vorzugspreise aber weitgehend ihre soziale Funktion und gelten heute als »Normaltarife«. Die erwähnte Preisdifferenzierung erklärt u.a., warum es sich für zahlreiche freiwillig Versicherte selbst als Nettozahler noch lohnt, in der GKV zu bleiben. Über die GKV-Mitgliedschaft können heute auch Spitzenverdiener noch in den Genuß der günstigeren Gebühren bzw. Preise kommen.

486. Da die GKV auch einem Teil von Versicherten offensteht, deren Einkommen jenes von vielen Beamten und Selbständigen deutlich übersteigt, verletzt diese Preisdifferenzierung partiell das Leistungsfähigkeitsprinzip. Die statusabhängige GKV-Mitgliedschaft erweist sich in dieser Hinsicht als anachronistisch, denn es gibt keine überzeugenden Argumente dafür, daß Vorzugspreise zwar für Arbeiter, Angestellte, Landwirte, Künstler und Publizisten, nicht aber für kleine Gewerbetreibende und Beamte mit niedrigem Einkommen gel-

ten. Auf der anderen Seite gewährt die GKV neben den Arbeitslosen und den Studenten – letztere bilden allerdings aus dynamischer Sicht als potentielle Nettozahler durchaus ein für alle Kassenarten interessantes Klientel – auch hilfsbedürftigen Personengruppen, wie z.B. den Behinderten und den Sozialhilfeempfängern, Versicherungsschutz. Die GKV-Mitglieder tragen auf diese Weise eine Unterstützungslast, die eigentlich der Allgemeinheit obliegt, so daß hier die Ausklammerung von Nicht-GKV-Mitgliedern dem Leistungsfähigkeitsprinzip zuwiderläuft.

487. Die parallele Privilegierung und Diskriminierung von GKV-Mitgliedern erlaubt allerdings nicht den Schluß, daß sich die entsprechenden Effekte im Hinblick auf die individuelle Leistungsfähigkeit ausgleichen. Eine verteilungspolitisch begründete Preisdifferenzierung, die dem Leistungsfähigkeitsprinzip entspricht, kann sich nur am Gesamteinkommen der Versicherten orientieren. Darüber hinaus taucht hier die Frage auf, ob die Gesundheitspolitik nicht über sinnvollere Instrumente zur leistungsbezogenen Finanzierung verfügt als ein staatlich sanktioniertes zweigleisiges Preissystem, bei dem faktisch auch im PKV-Bereich Höchst- und Mindestpreise zusammenfallen.

Die Mitversicherung von Kindern

488. Für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern im Rahmen der GKV sprechen zumindest a priori sowohl sozial- und familienpolitische Argumente als auch, vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung, bevölkerungspolitische Aspekte. Unter der allgemein akzeptierten Annahme, daß der Unterhalt von Kindern die Leistungsfähigkeit einer Familie mindert, dürfen bei gleichem Einkommensniveau Familien mit Kindern keine höhere Beitragslast tragen als kinderlose Familien. Unakzeptable Verteilungswirkungen entstehen im Rahmen der GKV auch weniger aus der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern als solcher, sondern aus ihrer Kombination mit der Diskriminierung der Zweiverdienerfamilien und der Tarifdegression. So nimmt ein Spitzenverdiener mit nicht berufstätiger Ehefrau und zwei Kindern die Position eines Nettoempfängers ein, während ein berufstätiges Ehepaar, dessen Arbeitseinkommen jeweils in der Nähe der Beitragsbemessungsgrenze liegt, trotz zweier Kinder Nettozahler bleibt. Auf der Grundlage der oben aufgelisteten Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip führt auch der GKV-Familienlastenausgleich zu teilweise fragwürdigen distributiven Ergebnissen.

489. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der GKV benachteiligt zudem alle Kinder bzw. Familien, denen die GKV nicht offensteht und die in dieser Hinsicht keine so weitreichende solidarische Unterstützung erfahren. Nicht einmal die Beihilfe gewährt den Beamten für ihre Kinder einen vollen Versicherungs-

schutz. In einer ungünstigeren Verteilungsposition befinden sich analog die kinderlosen GKV-Mitglieder, die im Unterschied zu den meisten Beamten und Selbständigen mit ihren Beiträgen den Versicherungsschutz von Kindern mitfinanzieren. Die verschiedenen Systeme behandeln somit Versicherte bzw. Familien mit und ohne Kinder trotz gleicher Leistungsfähigkeit höchst unterschiedlich. Der GKV-interne Familienlastenausgleich verletzt aber nicht nur den Grundsatz der Gleichbehandlung aller Familien, sondern weicht auch in systematischer Hinsicht vom Finanzierungsmodus ähnlich gearteter Leistungen ab. So erfolgt die Mittelaufbringung von Bildungsleistungen, die Kindern und Jugendlichen zugutekommen, auch nicht gruppenspezifisch, sondern gesamtgesellschaftlich aus allgemeinen Steuern.

Manipulationsmöglichkeiten

490. Die oben dargelegten Schwachstellen des derzeitigen GKV-Systems bieten den Versicherten zahlreiche Manipulationsmöglichkeiten, die den Intentionen eines solidarischen Versicherungsschutzes zuwiderlaufen. Die folgenden vier Beispiele mögen dies exemplifizieren:

- 1) Die innerhalb und außerhalb der GKV unterschiedlichen Versicherungskonditionen für Familienangehörige und ihre nicht beitragsäquivalente Gesundheitsversorgung im Alter machen für bestimmte Personengruppen einen – zumindest teilweise möglichen – temporären Ein- und Austritt in die bzw. aus der GKV ökonomisch attraktiv. Die individuellen Vorteile dieser Ein- und Aussteiger gehen zwangsläufig zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft.
- 2) Personen, die u.U. über beachtliche Nicht-Arbeitseinkommen verfügen, können durch scheinbegündete Arbeitsverhältnisse auf der Grundlage von niedrigen Arbeitsentgelten mit Mindestbeiträgen den vollen Versicherungsschutz erlangen. Solche Möglichkeiten lassen sich vor allem bei Beschäftigungsverhältnissen zwischen Familienangehörigen nutzen. In diesem Kontext vermag die Flexibilisierung der Arbeitszeit auch ohne manipulative Absicht der Versicherten unerwünschte Verteilungs- und ambivalente fiskalische Effekte zu erzeugen.
- 3) Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern setzt voraus, daß deren jeweiliges Gesamteinkommen nicht regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet (§ 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Diese Grenze, die ab dem 01.01.1994 bei 560 DM im Monat liegt, läßt sich durch eine bestimmte Aufteilung des Familienvermögens leicht beeinflussen und damit einhalten. Es liegt hier nahe, jene Vermögensanteile, die derzeit hohe Einkommen stiften, dem Pflicht- bzw. freiwillig Versicherten zuzuordnen.
- 4) Der Grenzabgabensatz, der die marginale Belastung durch Steuern und Sozialabgaben anzeigt,

liegt inzwischen selbst bei niedrigem Einkommen nicht weit von der 40 %-Grenze entfernt. Für solche Einkommensbezieher bestehen erhebliche ökonomische Anreize, weitere beitragspflichtige Tätigkeiten nicht zu übernehmen, sondern statt dessen in die Schattenwirtschaft zu flüchten.

7.3. Das weite Spektrum von Reformoptionen innerhalb der GKV

491. Die Vielzahl und das Gewicht der oben aufgelisteten, insbesondere distributiven Mängel der derzeitigen Beitragsgestaltung rechtfertigen sicherlich eine grundlegende Diskussion über die zukünftige Finanzierung des Krankheitsrisikos innerhalb und außerhalb der GKV. Dabei dient das derzeitige Beitragssystem zunächst in systematischer Hinsicht als Ausgangspunkt und später bei der Beurteilung der Reformoptionen als Bezugs- bzw. Referenzsystem. Hinweise auf das in Deutschland seit über 100 Jahren gewachsene System der sozialen Sicherung bilden ebensowenig überzeugende Argumente für den Status quo wie noch offenkundigere Mängel in den Gesundheitssystemen anderer Länder. Andererseits belegen die Schwachstellen des geltenden Systems noch nicht, vor allem nicht im Hinblick auf den umfassenden Zielkatalog, die Überlegenheit allfälliger alternativer Konzepte.

492. Die folgenden Überlegungen beschränken sich zunächst auf die Finanzierungsseite der Gesundheitsversorgung, obgleich mit der Leistungsseite vielfältige Interdependenzen bestehen, die eine zusammenfassende, abschließende Beurteilung zweifellos nicht vernachlässigen darf. Die hier gewählte sukzessive Vorgehensweise, die der Leistungsseite einen eigenen Gliederungspunkt widmet (Kapitel 6 Zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung), trägt letztlich dem weiten Spektrum der Reformoptionen Rechnung. Es wird daher im folgenden versucht, zunächst abstrahiert vom Leistungskatalog die zentralen (Reform-) Konzepte auf der Finanzierungsseite herauszuarbeiten und dann ihre grundsätzlichen Vor- und Nachteile einander gegenüberzustellen.

493. Die Analyse der Mängel des derzeitigen Beitragssystems deutete bereits auf zwei zentrale Selektionskriterien hin, an denen eine systematische Erfassung der Reformoptionen ansetzen kann: Die Versicherungseinheit und die Beitragsbemessungsgrundlage bzw. die entsprechende(n) Einkunftsart(en). Im Hinblick auf die Versicherungseinheit stellt das derzeitige Beitragssystem insofern eine Individualversicherung dar, als innerhalb einer Familie nur diejenige Person, die Arbeitseinkommen bezieht, Beiträge leistet, während die nicht berufstätigen Familienmitglieder die Gesundheitsversorgung als Mitversicherte ohne eigenen Beitrag in Anspruch nehmen. Im Gegensatz dazu unterliegen bei einer Haushalts- bzw. Familienversicherung alle – zumindest

alle erwachsenen – Familienangehörigen einer eigenständigen Versicherungspflicht und zwar unabhängig davon, ob sie über irgendwelche Einkünfte verfügen oder nicht. Die jeweilige Beitragszahlung ergibt sich durch Splitting der gemeinsamen versicherungspflichtigen Einkünfte aller Haushaltsmitglieder.

494. Beide Varianten, d.h. die Individual- und die Haushalts- bzw. Familienversicherung, können die GKV-Mitgliedschaft an eine bestimmte Höhe der Bemessungsgrundlage als Pflichtgrenze binden oder unabhängig von der Höhe der versicherungspflichtigen Einkünfte alle Bürger dieser Versicherung unterwerfen. Das geltende System repräsentiert in dieser Systematik offensichtlich eine Individualversicherung mit einer Pflichtgrenze von derzeit 5.700 DM pro Monat. Als Handlungsalternativen kämen innerhalb des geltenden Systems theoretisch auch diskretionäre Absenkungen oder Erhöhungen dieser Pflichtgrenze in Frage. Bei der heutigen Grenze, häufig als »Friedensgrenze« zwischen GKV und PKV apostrophiert, handelt es sich um eine ziemlich willkürliche Zäsur, was aber für jede ihrer Alternativen ebenso gilt. Eine Absenkung der Pflichtgrenze würde einem Teil der heute Pflichtversicherten eine Wahl zwischen GKV und PKV erlauben. Da es sich bei den Versicherten, die dann zur PKV abwandern, um überdurchschnittlich gute Risiken handeln dürfte, verschärft eine Senkung der Pflichtgrenze – ceteris paribus, d.h. bei grundsätzlicher Beibehaltung des derzeitigen Systems – die Finanzlage der GKV. Um das derzeitige Leistungsniveau zu erhalten, müßten dann entweder die Beitragssätze steigen oder Zuschüsse von außerhalb den entsprechenden Ausfall an Solidarmitteln kompensieren (Ziffer 522ff.). Eine diskretionäre Erhöhung der Pflichtgrenze vermag zwar die momentane Finanzlage der GKV zu verbessern, aber über diesen fiskalischen Effekt hinaus keinen der oben aufgelisteten Mängel des derzeitigen Beitragssystems zu beseitigen bzw. nennenswert abzumildern.

495. Hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrundlage bieten sich als grundlegende Alternativen das Arbeitseinkommen und in Anlehnung an die Einkommensbesteuerung die Summe aller Einkünfte bzw. das Gesamteinkommen an. Wie bereits erwähnt, beinhaltet das geltende System bereits beide alternativen Bemessungsgrundlagen, behandelt dabei die Versicherten aber nicht einheitlich, sondern belastet die Pflichtversicherten nach dem Arbeitseinkommen und die freiwillig Versicherten nach dem Gesamteinkommen. Beide grundlegenden Alternativen umfassen ihrerseits jeweils eine Variante mit und eine Variante ohne Beitragsbemessungsgrenze, wobei sich hierunter auch die gesamte Tarifgestaltung subsumieren läßt. Eine isolierte Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze verspricht im Rahmen des geltenden Systems zwar Mehreinnahmen, verstärkt aber andererseits bei den freiwillig Versicherten die Neigung, zur PKV abzuwandern. Über den jeweiligen Saldo, der von den speziellen Gegebenheiten abhängt, lassen sich a

Tabelle 35: Zentrale Optionen der Beitragsgestaltung

Einkunftsart Versicherungseinheit		Arbeitseinkommen		Gesamteinkommen	
		mit Bemessungs- grenze	ohne Bemessungs- grenze	mit Bemessungs- grenze	ohne Bemessungs- grenze
Individual- versicherung	mit Pflicht- grenze	1	2	3	4
	ohne Pflicht- grenze	5	6	7	8
Haushalts- versicherung	mit Pflicht- grenze	9	10	11	12
	ohne Pflicht- grenze	13	14	15	16

Weitere Differenzierung: (1) mit oder ohne Arbeitgeberanteil
(2) Finanzierung der Mitversicherung von Kindern innerhalb oder außerhalb

priori, d.h. ohne eingehende empirische Analysen, keine konkreten Angaben machen. Im Vergleich zu anderen Reformoptionen dürfte der fiskalische (Netto-) Effekt einer isolierten Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze aber eher bescheiden ausfallen, so daß die folgenden Überlegungen als Alternative zur geltenden Regelung nur den Fortfall der Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigen.

496. Eine Kombination der bisher skizzierten Varianten, die jeweils hinsichtlich Versicherungseinheit und Einkunftsart existieren, ergibt das in Tabelle 35 ausgewiesene weite Spektrum von Reformoptionen. Diese synoptische Zusammenstellung soll zunächst die Fülle der theoretischen Alternativen verdeutlichen und damit verhindern, daß bestimmte Optionen von vornherein ausgeblendet bleiben. Diese Synopse schließt systematisch auch das geltende Beitragssystem ein, sogar differenziert nach Pflichtmitgliedern (Feld 1) und freiwilligen Mitgliedern (Feld 3). Fragen zur Existenzberechtigung des Arbeitgeberanteils (Ziffer 533ff.) und zur Finanzierung der (Mit-) Versicherung von Kindern stellen sich im Rahmen jeder dieser Optionen, wenngleich jeweils mit unterschiedlicher Intensität bzw. Problematik.

497. Infolge der Interdependenzen, die zwischen den Selektionskriterien Einkunftsart und Versicherungseinheit bestehen, erscheinen mehrere der in Tabelle 35 ausgewiesenen Optionen unter Ziel- und/oder Praktikabilitätsaspekten schon auf den ersten Blick wenig geeignet, das geltende Beitragssystem zu ersetzen. So folgt aus ei-

ner Versicherungspflicht, die ohne Pflichtgrenze alle Bürger, d.h. hier auch Selbständige und Beamte, umfaßt, zwangsläufig die Erweiterung der Bemessungsgrundlage über die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit hinaus. Ansonsten kämen alle Bürger, die andere Einkunftsarten beziehen, praktisch beitragsfrei in den Genuß der Versicherungsleistungen. Insofern entfallen schon aus konzeptionellen Gründen alle Optionen, die eine Kombination aus umfassender Versicherungspflicht und der Bemessungsgrundlage »Arbeitseinkommen« darstellen (Felder 5, 6, 13 und 14).

498. Die Bemessungsgrundlage »Gesamteinkommen« harmonisiert ihrerseits kaum mit einer Individualversicherung, die an der geltenden Pflichtgrenze festhält (Felder 3 und 4). Eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage entläßt nämlich zahlreiche Versicherte aus der Versicherungspflicht, so daß diese dann die GKV verlassen können. Der Wechsel dieser vergleichsweise guten Risiken zur PKV würde die Solidarmittel der GKV vermindern und ihre Finanzierungsprobleme verschärfen. Zudem taucht bei diesen beiden Optionen das Problem auf, ob sich die Versicherungspflichtgrenze jeweils am Arbeitseinkommen oder am Gesamteinkommen orientieren soll. Dabei handelt es sich nicht nur um eine Frage der technischen Ausgestaltung, sondern um eine Entscheidung mit beachtlichen fiskalischen und distributiven Implikationen.

Zudem würde eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten im Rahmen der Individual-

versicherung bei geltender Beitragsbemessungsgrenze (Felder 3 und 7) ihre fiskalische und distributive Zielsetzung weitgehend verfehlen. Da GKV-Mitglieder mit hohem Arbeitseinkommen – zwar nicht zwangsläufig, aber – tendenziell auch über höhere Vermögenseinkommen verfügen, entfällt ein erheblicher Teil dieser Nicht-Arbeitseinkommen wegen Überschreitung der Bemessungsgrenze als Beitragsgrundlage. Dieses Argument gilt aber nicht in gleichem Maße gegen eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage im Rahmen der Haushalts- bzw. Familienversicherung (Felder 11 und 15), denn hier erlangen wegen des Splittingeffektes auch weit höhere Einkünfte noch Beitragsrelevanz.

499. Von den Optionen der Beitragsgestaltung, die dann noch verbleiben, vermögen weder die Individualversicherung ohne Pflicht- und Beitragsbemessungsgrenze (Feld 8) noch die Haushalts- bzw. Familienversicherung, die sich mit Pflichtgrenze auf das Arbeitseinkommen beschränkt (Felder 9 und 10) die unter Ziffer 475ff. dargestellten gravierenden Mängel des derzeitigen Systems vom Ansatz her zu beseitigen. Unter Zielaspekten bildet im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung nur eine Haushalts- bzw. Familienversicherung, die alle Einkunftsarten unter die Beitragsbemessungsgrundlage subsumiert, eine aussichtsreiche konzeptionelle Alternative zum derzeitigen System. Dabei soll an dieser Stelle noch offen bleiben, ob im Rahmen einer solchen Familienversicherung einer Variante mit oder ohne Pflichtgrenze sowie mit oder ohne Beitragsbemessungsgrenze der Vorzug gebührt (Ziffer 512ff.).

7.4. Grundmodelle der Finanzierung von Gesundheitsleistungen

7.4.1. Das geltende Beitragssystem als Vergleichsbasis

500. Die oben dargestellte Diskussion der Reformoptionen bewegte sich insoweit ausschließlich im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung, als sie sich am Prinzip der gruppenmäßigen Äquivalenz orientierte. Daneben besteht aber auch die Möglichkeit, im Rahmen einer privaten Krankenversicherung stärker auf die individuelle Äquivalenz abzustellen, oder das Äquivalenzprinzip völlig aufzugeben und die Gesundheitsversorgung in die Budgets der Gebietskörperschaften zu integrieren. Insgesamt werden im folgenden vier Konzeptionen bzw. Grundmodelle diskutiert:

- die gesetzliche Arbeitnehmersversicherung mit Beschränkung der Bemessungsgrundlage auf die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit;
- die gesetzliche Haushalts- bzw. Familienversicherung mit Einbeziehung aller Einkunftsarten;
- die private Pflichtversicherung;
- die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung als Teil des Staatsbudgets.

501. Bei diesen vier Grundmodellen der Finanzierung des Krankheitsrisikos handelt es sich weitgehend um idealtypische Konzeptionen, die in der Realität nicht in dieser reinen Form auftreten müssen, sondern durchaus als Mischformen vorkommen können. So gewährt z.B. das derzeit geltende Beitragssystem auch Nicht-Arbeitnehmern die GKV-Mitgliedschaft und bezieht bei freiwillig Versicherten und nicht berufstätigen Familienmitgliedern die gesamten Einkünfte in die Bemessungsgrundlage ein. Das derzeitige Beitragssystem würde auch dann einen Schritt in Richtung des Haushalts- bzw. Familienversicherungs-Modells machen, wenn zur Abschwächung der Diskriminierung von Mehrverdienerefamilien die Beitragsbemessungsgrenze von Versicherungspflichtigen mit einem nicht berufstätigen Ehepartner um einen bestimmten Prozentsatz erhöht würde. Die meisten steuerfinanzierten Gesundheitssysteme lassen im Hinblick auf Zusatzleistungen Raum für private Krankenversicherungen. Umgekehrt orientiert sich auch das Grundmodell einer privaten Pflichtversicherung nicht ausnahmslos am Prinzip der individuellen Äquivalenz. Es sieht vielmehr für Bürger, die den Versicherungsbeitrag nicht aufbringen können, aus sozialen Gründen eine steuerfinanzierte Mittelaufbringung vor.

502. Obgleich diese vier Grundmodelle somit als Idealtypen in praxi Zwischenformen erlauben, stellen sie keine rein theoretischen Paradigmen dar, sondern spiegeln die entsprechenden Realsysteme in ihren Grundstrukturen valide wider. Insofern können sie als Bezugssysteme für gesundheitsökonomische Aussagen und insbesondere reale Systemvergleiche dienen. Zudem besteht zumindest die prinzipielle Möglichkeit, diese vier Finanzierungsformen jeweils unterschiedlichen Teilmengen des Leistungskataloges zuzuordnen. Letzteres setzt allerdings voraus, daß der Leistungskatalog nach medizinischen und/oder ökonomischen Kriterien eine überzeugende Strukturierung erlaubt. Die folgende kurze Charakterisierung dieser Grundmodelle wählt wiederum das geltende Finanzierungssystem als Bezugs- bzw. Vergleichsbasis. Während das geltende System bei der Darstellung dieser Grundmodelle, als schon bekannt, explizit ausgeklammert bleibt, geht es in die sich anschließende vergleichende Analyse als eigenständiges Grundmodell ein.

7.4.2. Die private Pflichtversicherung

503. Die private Pflichtversicherung orientiert sich grundsätzlich am Prinzip der individuellen Äquivalenz, d.h. der Versicherte leistet entsprechend seinem individuellen Krankheitsrisiko Prämienzahlungen. Bemessungsgrundlage bildet nicht das Einkommen, sondern das versicherungstechnische Risikoäquivalent, mit dem der Versicherungspflichtige die Versicherung bzw. die Versichertengemeinschaft belastet. Die Prämienzahlung stellt letztlich einen (Markt-) Preis für die Risikoübernahme durch den Versicherer dar. Entsprechend zahlen

bei Versicherungseintritt kranke und ältere Bürger höhere Prämien als gesündere und jüngere.

504. Wie der Begriff private »Pflichtversicherung« schon andeutet, zwingt der Staat hier in Analogie zur Kfz-Haftpflicht jeden Bürger, eine Krankenversicherung abzuschließen. Darüber hinaus legt er im Hinblick auf die Leistungsseite Mindeststandards fest und stellt die privaten Versicherer unter Kontrahierungszwang. Diese Vorschriften bzw. Gebote sollen vermeiden, daß Individuen unversichert bleiben und dann später der Gesellschaft ihre Krankheitskosten aufbürden. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Individuen nur ihr künftiges Krankheitsrisiko unterschätzen oder bewußt auf eine »free-rider-position« spekulieren. Ähnliche Gründe sprechen dafür, bei der Prämienkalkulation das Anwartschaftsdeckungsverfahren obligatorisch vorzuschreiben. Schließlich können bei der privaten Pflichtversicherung Versicherungsbedingungen und Tarifikalkulation einer staatlichen Aufsicht unterliegen.

505. Sofern risikoäquivalente Versicherungsprämien bestimmte Bürger einkommensmäßig überfordern, finanziert ganz oder teilweise die öffentliche Hand ihre Beiträge und damit ihre medizinische Grundversorgung aus Steuermitteln. Mit dieser sozialpolitisch motivierten Durchbrechung des Äquivalenzprinzips weicht die reale Variante der privaten Pflichtversicherung partiell vom reinen Grundmodell ab. Da der Staat u.a. für Sozialhilfempfänger und Personen mit ungewöhnlich hohem Krankheitsrisiko die Prämienzahlungen (zumindest überwiegend) übernimmt, besitzt er ein fiskalisches Interesse daran, den Leistungsumfang einer privaten Pflichtversicherung auf eine Grundversorgung im Sinne eines Mindestversorgungsniveaus zu beschränken. Darüber hinaus bleibt es allen Bürgern freigestellt, den Versicherungsschutz entsprechend ihren Präferenzen über zusätzliche Prämienzahlungen auszudehnen (Fürsorge- und Versicherungsmodell).

506. Die private Pflichtversicherung gewährt in ihrer realen Variante allen Bürgern Versicherungsschutz und erfüllt damit die sozialpolitische Aufgabe, Schutzbedürftige zu unterstützen. Außer der allen Versicherungssystemen immanenten Umverteilung, die im nachhinein von schadensfreien zu geschädigten Mitgliedern erfolgt, beinhaltet die private Pflichtversicherung keine zusätzlichen distributiven Elemente. Im Unterschied zum geltenden Beitragssystem findet keine Umverteilung von guten zu schlechten Krankheitsrisiken oder von Personen mit höherem zu solchen mit niedrigerem Einkommen statt. Ebenso paßt die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern schon systematisch nicht in ein Versicherungssystem, das sich auf die individuelle Äquivalenz gründet. Die private Pflichtversicherung garantiert jedem Bürger unabhängig von seinem Einkommen eine medizinische Grundversorgung und verweist alle anderen distributiven Aufgaben an Institutionen außerhalb des Krankenversicherungssystems.

507. Für die private Pflichtversicherung spricht zunächst die hohe Transparenz, die der Versicherte über Kosten und Leistungen seiner Gesundheitsversorgung gewinnt. Sodann besitzt sie jenseits der Grundversorgung eine hohe Flexibilität, um den medizinischen Leistungsumfang den individuellen Präferenzen anzupassen. Sofern das Gut Gesundheit eine Einkommenselastizität von über Eins aufweist, steigen die Gesundheitsausgaben stärker als das Sozialprodukt, ohne daß diese Entwicklung im System einer privaten Pflichtversicherung mit Beitragssatzstabilität als politischer Zielvorgabe in Konflikt gerät. Den Versicherungsprämien fehlt in diesem Grundmodell auch der Bezug zu obligatorischen Arbeitgeberbeiträgen, so daß die Unternehmen hier allenfalls freiwillige Zuschüsse leisten können.

7.4.3. Die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung

508. Bei der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung bilden die Gesundheitsausgaben einen integralen Bestandteil des Staatsbudgets. Dieser Ansatz löst sich völlig vom Äquivalenzprinzip, denn zwischen dem Nutzen, den die Gesundheitsleistungen stiften, und ihrer Mittelaufbringung bzw. finanziellen Belastung besteht weder im Hinblick auf ein Individuum noch hinsichtlich einer abgegrenzten Gruppe eine Zurechenbarkeit. Insofern stellt im Rahmen unserer vier Grundmodelle die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung quasi den ordnungspolitischen Gegenpol zur privaten Pflichtversicherung dar. Steuerfinanzierte nationale Gesundheitssysteme existieren in zahlreichen Ländern, vor allem Süd- und Nordeuropas. Die meisten dieser Länder lassen allerdings jenseits der steuerfinanzierten (Grund-) Versorgung noch Raum für die private Versicherung von zusätzlichen Gesundheitsleistungen, so daß auch dieses Grundmodell in praxi selten in reiner Form auftritt.

509. Über den medizinischen Leistungskatalog entscheidet im Rahmen der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung der budgetäre Willensbildungsprozeß. Hier steht die Gesundheitsversorgung in Konkurrenz mit anderen Staatsaufgaben und ihr Ausgabenniveau hängt insofern auch vom sozio-ökonomischen Bewußtsein und seinem Wandel ab. Bei gegebener Staatsquote tendiert die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung nicht zwangsläufig in Richtung einer minimalen Grundversorgung, denn auch für ein höheres medizinisches Leistungsniveau kann es im politischen Willensbildungsprozeß zu bestimmten Zeiten politische Mehrheiten geben. Neben fehlenden Manipulationsmöglichkeiten besitzt die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung gegenüber der geltenden Beitragsregelung den Vorzug, daß sie die Entwicklung der medizinischen Versorgung frei von den Zwängen der Beitragssatzstabilität von ihrer relativen Dringlichkeit im Verhältnis zu anderen Staatsaufgaben abhängig macht. Das Modell kennt schon von seiner Systematik her keine Arbeitgeberbeiträge.

510. Die völlige Abkehr vom Äquivalenzprinzip geht allerdings mit einem Transparenzverlust einher, denn bei der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung besteht weder für ein Individuum noch für eine Gruppe ein erkennbarer Zusammenhang zwischen Mittelaufbringung und -verwendung im Gesundheitswesen. Dies fördert unabhängig von den Steuerungsformen, die auf der Ausgabenseite die Allokation bestimmen, allfällige Ineffizienzen. Das Verhältnis zwischen Nutzen und Kosten der Gesundheitsversorgung steht in diesem Modell zumeist nur bei erheblichen budgetären Engpässen oder Fällen offenkundiger Verschwendung zur Diskussion. Die größte Schwäche der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung liegt aber wohl darin, daß sie die individuellen Präferenzen nicht zur Geltung kommen läßt. Dieser Nachteil fällt um so mehr ins Gewicht, je weiter die staatliche Gesundheitsversorgung ausgreift und den (Rest-) Bereich zurückdrängt, der noch der PKV offensteht.

511. Sofern sich die staatliche Gesundheitsversorgung aus allgemeinen Steuern finanziert, d.h. das Non-Affektationsprinzip gilt, bleibt die Verteilung der steuerlichen Belastung, die aus der Gesundheitsversorgung resultiert, grundsätzlich offen. Insofern gestattet die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung keine konkreten Aussagen über die Inzidenz und die Verteilungswirkungen der Mittelaufbringung. Legt man für die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung hypothetisch die Inzidenz- und Verteilungswirkungen des Gesamtsteuersystems zugrunde, so übertreffen ihre distributiven Effekte deutlich die der privaten Pflichtversicherung und auch jene des geltenden Beitragssystems.

7.4.4. Die beitragsfinanzierte Familienversicherung

512. Bei der beitragsfinanzierten Familienversicherung gehen zunächst alle Einkünfte des Haushalts bzw. der Familie in die Bemessungsgrundlage ein. Dieses familiäre Gesamteinkommen unterliegt dann einem Splittingprozeß, der sich zumindest auf beide Ehepartner erstreckt und zwar unabhängig davon, ob ein jeder von ihnen eigene Einkünfte bezieht oder nicht. Der obligatorische Arbeitgeberbeitrag, der sich nur auf eine Einkunftsart bezieht, bildet auch in diesem Grundmodell konzeptionell einen Fremdkörper, was entsprechende freiwillige Leistungen des Arbeitgebers nicht ausschließt.

513. Dagegen erlaubt die beitragsfinanzierte Familienversicherung sowohl im Hinblick auf die Mitversicherung von Kindern als auch hinsichtlich der Tarifgestaltung bzw. der Beitragsbemessungsgrenze sowie der Versicherungspflichtgrenze alternative Ausgestaltungsformen. Die Einbeziehung von Kindern in den Splittingprozeß stellt auf den ersten Blick die konsequenteste Variante dar. Sie verstärkt die vertikalen Umverteilungseffekte, denn sie belastet im Vergleich zum geltenden Sy-

stem nur jene Familien zusätzlich, deren Einkommen oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze liegt. Sofern eine Beitragsbemessungsgrenze existiert, steht die Einbeziehung von Kindern in das Splittingverfahren allerdings bei Familien, deren Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, mit dem Gerechtigkeitspostulat im Widerspruch. In diesem Falle entrichten bei gleichem Gesamteinkommen Familien mit Kindern höhere Beiträge als solche ohne Kinder, was zumindest die horizontale Gerechtigkeit verletzt. Der hier als Ausweg naheliegende völlige Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze würde die distributiven Effekte zwar einerseits nochmals erhöhen, die Beitrags-erhebung damit aber faktisch in eine proportionale Einkommensbesteuerung transformieren. Der marginale Spitzenabgabensatz, dem die Einkommen unterliegen, setzt sich dann aus progressiver Einkommensteuer und proportionaler Beitragsgestaltung im Rahmen der GKV zusammen und überschreitet damit deutlich die 60 %-Grenze.

514. Die folgenden Überlegungen beziehen sich auf den angedeuteten Gründen auf jene Variante einer beitragsfinanzierten Familienversicherung, die eine Beitragsbemessungsgrenze und die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern beinhaltet. Im Rahmen des Grundmodells stellt diese Variante auch den engsten Bezug zum derzeitigen System und damit am ehesten einen rekurrenten Anschluß dar. Obgleich von den konkurrierenden Alternativen, insbesondere von der Familienversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze, noch stärkere Umverteilungseffekte ausgehen, reicht diese Variante in distributiver Hinsicht aus, um die zentralen Schwächen des geltenden Systems zu beseitigen. Sie knüpft auch unabhängig von der Tarifgestaltung und von der Existenz einer Versicherungspflichtgrenze – anders als das Grundmodell einer steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung – noch am Äquivalenzprinzip bzw. am Versicherungsgedanken an. Ihre Einnahmen dienen nämlich im Sinne der Versicherungs-idee wie beim geltenden Beitragssystem ausschließlich zur Finanzierung des vorgegebenen Versicherungszwecks. Die Zweckbindung bzw. Affektation der Einnahmen unterscheidet die Versicherungsbeiträge in dieser Hinsicht von allgemeinen Steuern.

515. In diesem Kontext würde die häufig diskutierte Maschinensteuer, d.h. die Ausweitung der Beitragspflicht auf die maschinelle Ausstattung bzw. das Sachkapital der Unternehmen, als Finanzierungsquelle von Gesundheitsleistungen dem Äquivalenz- und dem Versicherungsprinzip zuwiderlaufen. Entsprechende Vorschläge, die Bemessungsgrundlage für den Arbeitgeberanteil über einen »Maschinenbeitrag« auszuweiten, verfolgen zumeist das Ziel, kapitalintensive Unternehmen in dieser Hinsicht nicht weiterhin besser zu stellen als (insbesondere kleine) arbeitsintensive Betriebe. Unbeschadet der allgemeinen wirtschaftspolitischen Berechtigung solcher Intentionen, verletzt eine solche Rege-

lung das Versicherungsprinzip, denn es existiert bei einem Maschinenbeitrag im Rahmen einer Krankenversicherung keinerlei Zurechenbarkeit mehr zwischen der Mittelaufbringung und dem Versicherungszweck. Die beitragsfinanzierte Versicherung hält im Unterschied zu zweckgebundenen Steuern aber noch an einer prinzipiellen inhaltlichen Zurechenbarkeit zwischen Mittelaufbringung und -verwendung fest.

516. Noch offen blieb bisher, welche Argumente im Rahmen der beitragsfinanzierten Familienversicherung für oder gegen die Beibehaltung einer Versicherungspflichtgrenze sprechen. Bei weiterbestehender Pflichtgrenze dürfte ein Teil der bisher Pflichtversicherten infolge der erweiterten Bemessungsgrundlage die Möglichkeit erhalten, als freiwillig Versicherte die GKV zu verlassen. Allerdings gewinnt dieser Aspekt in quantitativer Hinsicht hier nicht jene Bedeutung wie im Rahmen der Arbeitnehmersicherung, denn das Splittingverfahren senkt die durchschnittlichen Bemessungsgrundlagen stark ab. Zudem gehören bisher freiwillig Versicherte und auch Mitglieder der PKV, vor allem wenn sie nur geringe Vermögenseinkommen beziehen, nach Anwendung des Splittingverfahrens wieder zum Kreis der Pflichtversicherten. Insofern liegen hier im Hinblick auf die Versichertenzahl gegenläufige Effekte vor, und es läßt sich ohne eingehende empirische Analysen kaum abschätzen, wie der Nettoeffekt ausfällt. Die Zahl der (Netto-) Abwanderer dürfte aber wohl kaum eine Größenordnung erreichen, die den Bestand einer beitragsfinanzierten Familienversicherung mit Pflichtgrenze in fiskalischer Hinsicht gefährdet.

517. Beide Varianten der beitragsfinanzierten Familienversicherung besitzen gegenüber dem geltenden Beitragssystem unter distributiven Aspekten insofern Vorteile, als sie die Diskriminierung der Mehrverdienerfamilien und die Privilegierung von Nicht-Arbeitseinkommen beseitigen. Daneben verbreitern sie über die Erweiterung der Bemessungsgrundlage und durch das Familiensplitting die fiskalische Grundlage der GKV, was ceteris paribus zu sinkenden Beitragssätzen führt. In die gleiche Richtung wirkt bei der Variante ohne Pflichtgrenze die Einbeziehung aller Bürger in die Familienversicherung, denn bei den Versicherten, die im Vergleich zum geltenden System neu hinzukommen, handelt es sich im Durchschnitt um Bezieher höherer Einkommen und insofern um bessere Risiken. Damit können auch die Umverteilungsprozesse auf einer breiteren finanziellen Basis aufbauen. Beide Varianten dürften auch im Konjunkturverlauf etwas geringeren Schwankungen unterliegen als die heutige Arbeitnehmersicherung.

518. Unter fiskalischen und distributiven Aspekten schneidet bei der beitragsfinanzierten Familienversicherung die Variante ohne Pflichtgrenze offensichtlich noch etwas besser ab als jene mit dieser Grenze. Andererseits verschwimmt bei der Variante ohne Pflichtgrenze, da sie alle Bürger als Versicherte umfaßt, die gruppenmäßige

Äquivalenz, die im Falle einer Pflichtgrenze – wenn auch nicht in sehr ausgeprägter Form – noch erhalten bleibt. Zudem ließe sich gegen die Variante ohne Pflichtgrenze im Sinne des Subsidiaritätsprinzips einwenden, daß sie viele Bürger in eine gesetzliche Pflichtversicherung zwingt, die ihre Gesundheitsversorgung sehr wohl selbst finanzieren können. Eine konsequente Verfolgung dieses Argumentes führt darüber hinaus zu der Empfehlung, die Pflichtgrenze deutlich abzusenken. Beim dann noch verbleibenden Versichertenkreis vermag aber auch eine beitragsfinanzierte Familienversicherung das derzeitige Leistungsniveau nicht mehr aufrechtzuhalten, so daß sie einer finanziellen Unterstützung von außen bedürfte. Insofern verläßt eine deutliche Absenkung der Pflichtversicherung partiell die GKV und mündet aus fiskalischen Zwängen in eine Kombination mit der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung.

519. Unbeschadet konzeptioneller Vorzüge gegenüber dem geltenden System werfen beide Varianten einer beitragsfinanzierten Familienversicherung vor allem unter Implementations- und Praktikabilitätsaspekten einige, teilweise gewichtige Probleme auf. Zunächst könnte bei der Variante ohne Pflichtgrenze die Einbeziehung von Beamten und (anderen) bisher Privatversicherten infolge des Vertrauensschutzes auf (verfassungs-) rechtliche Bedenken stoßen. Ähnliches gilt im Hinblick auf die privaten Krankenversicherungen, die dann zwangsläufig ihr Vollversicherungsgeschäft einbüßen. Dieser Einwand läßt allerdings – zumindest in ökonomischer Hinsicht – unberücksichtigt, ob nicht u.U. eine Einschränkung des gesetzlichen Leistungskataloges den privaten Krankenversicherungen eine kompensierende Ausweitung ihres Zusatzgeschäftes ermöglicht. Bei der Variante mit Pflichtgrenze steht die Beitragsberechnung bei allen Familien, bei denen eine Person der GKV und die andere der PKV angehört, vor Problemen, denn das Splittingverfahren entbehrt in diesem Falle seiner konzeptionellen Grundlage.

520. Ferner bereitet bei beiden Varianten die Ausweitung der Bemessungsgrundlage Schwierigkeiten, soweit beitragsäquivalente Entgeltersatzleistungen sich nur auf eine oder wenige Einkunftsarten beziehen. Obgleich Nichterwerbstätige bei entsprechendem Gesamteinkommen die gleichen Beiträge wie Erwerbstätige entrichten, besitzen sie keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung und Krankengeld. Da sich die Berechnung des Krankengeldes am versicherungspflichtigen Erwerbseinkommen des Versicherten orientiert, impliziert das Familiensplitting in letzter Konsequenz eine Halbierung der Berechnungsgrundlage und damit auch des Krankengeldes. Um das bisherige Krankengeld zu erhalten, müßten die Arbeitnehmer in diesem Grundmodell eine Zusatzversicherung abschließen. Eine Berücksichtigung dieser Versicherungsbeiträge als unbeschränkt abzugsfähige Sonderausgaben im Rahmen der Einkommensteuer könnte diesem Aspekt Rechnung tragen. Schließlich besteht ein Nachteil der Familienversicherung darin, daß das Split-

ting nichteheliche Lebensgemeinschaften begünstigt. Dies fällt quantitativ um so stärker ins Gewicht, je mehr die Einkommen der jeweiligen Partner divergieren.

521. Jenseits von Umstellungsproblemen und entsprechenden Friktionskosten sieht sich die beitragsfinanzierte Familienversicherung bei ihrer Realisierung mit dem Erfordernis einer periodengerechten Erfassung aller Einkunftsarten konfrontiert. Besondere Probleme bereiten in diesem Zusammenhang die Zinseinkünfte, die aufgrund der zahlreichen Schlupflöcher auch die Steuererhebung bis heute nur unzulänglich zu veranschlagen vermag. Andererseits nimmt in der EU die Anzahl jener Länder, die für eine einheitliche Quellenbesteuerung von Zinseinkünften plädieren, ständig zu. Außerhalb von festen Wechselkursystemen unterliegen flüchtige Kapitalvermögen aber einem Wechselkursrisiko. Die derzeitige steuerliche Freistellung von Zinseinkommen (zur Zeit bis jährlich 6.100 DM bei Alleinstehenden und 12.200 DM bei Zusammenveranlagten) erschwert zusätzlich die Erfassung dieser Einnahmen. In diesem Kontext besteht im Rahmen einer beitragsfinanzierten Familienversicherung keine Notwendigkeit, alle Freibeträge und sonstige Besonderheiten der einkommensteuerlichen Bemessungsgrundlage zu übernehmen. Dies gilt vor allem für den Verlustausgleich, bei dem zumindest eine Begrenzung naheliegt. Letztere soll verhindern, daß Versicherte mit hohen Bruttoeinkünften keine oder kaum Versicherungsbeiträge entrichten. Im Gegensatz zum geltenden System dürften sich die exakten Versicherungsbeiträge bei einem Teil der Versicherten erst nach Ablauf des betreffenden Jahres ermitteln lassen und damit eine Veranlagung notwendig machen.

7.4.5. Vier Grundmodelle im Vergleich

522. Die Charakteristika der vier Grundmodelle, die sich konzeptionell zur Finanzierung des Krankheitsrisikos anbieten, faßt Tabelle 36 noch einmal synoptisch zusammen. Da die gesamtwirtschaftlichen Wirkungen von Gesundheitssystemen nicht einseitig von der Einnahmen-, sondern auch maßgeblich von der Ausgabenseite bzw. dem Leistungskatalog und dem jeweils gewählten Steuerungs- bzw. Koordinationsinstrument abhängen, vermag eine vergleichende Beurteilung, die sich nur auf die Finanzierung stützt, hier lediglich grobe Tendenzen aufzuzeigen. Diese Einschränkung gilt weniger für die fiskalischen, etwas mehr für die distributiven und vor allem für die allokativen Effekte. So läßt z.B. auch eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung bei sehr restriktivem Leistungskatalog noch viel Freiraum für zusätzliche individuelle Versicherungsverträge. Umgekehrt kann eine private Pflichtversicherung bei sehr weitem und detailliert vorgeschriebenem Leistungskatalog den individuellen Freiraum stark eingrenzen.

523. Bei der privaten Pflichtversicherung und bei der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung existiert kei-

ne formale Begrenzung der Ausgaben wie beim geltenden Beitragssystem durch das Postulat der Beitragssatzstabilität. Die private Pflichtversicherung greift nicht auf bestimmte Einkommensquellen zurück, die a priori einer Wachstumsbegrenzung unterliegen. Ein entsprechendes Interesse könnte hier lediglich die öffentliche Hand besitzen, da sie die Versicherungsprämien für einkommensschwache Bürger zahlt. Im Rahmen von steuerfinanzierten Gesundheitssystemen konkurriert die Gesundheitsversorgung mit anderen öffentlichen Aufgaben um die knappen staatlichen Finanzmittel. Diese alternativen Verwendungsmöglichkeiten setzen dem Wachstum der Gesundheitsausgaben im budgetären Willensbildungsprozeß zwar gewisse Grenzen, eine spezifische Vorgabe existiert in diesem Grundmodell aber nicht.

524. Wie auch Tabelle 36 illustriert, weist die beitragsfinanzierte Familienversicherung von allen Grundmodellen mit dem geltenden Beitragssystem die meisten Gemeinsamkeiten auf. Die beitragsfinanzierte Familienversicherung besitzt aber im Vergleich zum geltenden System infolge ihrer erweiterten Bemessungsgrundlage und des Splittingverfahrens selbst bei geltender Pflichtgrenze eine höhere Ergiebigkeit. Dieser Unterschied dürfte sich künftig noch verstärken, da die Kapitaleinkommen in entwickelten Volkswirtschaften zunehmend an fiskalischer Relevanz gewinnen.

525. So belief sich das Geldvermögen der privaten Haushalte (ohne private Organisationen ohne Erwerbscharakter) im Jahre 1992 auf 3,4 Billionen DM, wobei das durchschnittliche Geldvermögen je Haushalt in den alten Bundesländern bei 110.000 DM und in den neuen bei 30.000 DM lag. Aus diesem Geldvermögen flossen den privaten Haushalten Zinsen und Dividenden vor Steuern in Höhe von 180 Mrd. DM zu. Im Durchschnitt erzielten die Haushalte in den alten Bundesländern 6.400 DM und in den neuen 1.300 DM Zinseinkünfte. Die Geldvermögenseinkünfte nahmen von 1960 bis 1992 deutlich stärker zu als die übrigen Einkommensarten. Ihr Anteil am gesamten Volkseinkommen lag 1992 bei schätzungsweise 8,5 % und damit fünfmal höher als 1960. Für die Steuer- und Beitragserhebung gilt es hier allerdings zu berücksichtigen, daß diese Geldvermögensbestände und damit auch die entsprechenden Zinseinkünfte innerhalb der Haushalte eine sehr ungleiche Verteilung aufweisen. Die letzte Einkommens- und Verbrauchsstichprobe stammt leider aus dem Jahre 1988 und schließt zudem keine Haushalte mit einem Monatseinkommen über 25.000 DM ein, obwohl diese Haushalte vermutlich über besonders hohe Vermögensbestände verfügen. Gleichwohl vereinigten nach dieser Stichprobe Haushalte mit einem Geldvermögen von über 100.000 DM bzw. 4,9 % aller Haushalte 31,3 % des Geldvermögens auf sich. Dagegen hielten Haushalte mit einem Geldvermögen von unter 5.000 DM bzw. 25,3 % aller Haushalte nur 1,9 % des gesamten Geldvermögens. Angesichts dieser recht schwachen Datenbasis läßt sich das Beitragsmehraufkommen, das die Familienversiche-

Finanzierungsmodelle Charakteristika	Geltende Arbeitnehmersversicherung	Beitragsfinanzierte Familienversicherung	Private Pflichtversicherung	Steuerfinanzierter Gesundheitsdienst
Träger der Finanzierung	gesetzliche Kassen	gesetzliche Kassen	private Kassen	Gebietskörperschaften
Versicherungspflichtiger Personenkreis	Bürger mit Arbeitsein- kommen bis Pflichtgrenze	abhängig von der Existenz einer Pflichtgrenze	alle Bürger	keine Versicherung notwendig
Abgabenart	Beiträge	Beiträge	Prämien	Steuern
Bemessungsgrundlage	im Prinzip Arbeitseinkommen	alle Einkünfte	Versicherungstechnisches Risiko	alle Einkünfte
Pflichtgrenze	ja	möglich	nein	nein
Beitragsbemessungsgrenze	ja	ja	/	nein
Abgabekriterium	gruppenmäßige Äquivalenz	Zurechenbarkeit im Sinne einer Affektation	individuelle Äquivalenz	Leistungsfähigkeitsprinzip
Umverteilungseffekte	vorhanden	stark ausgeprägt	nicht intendiert	sehr stark ausgeprägt
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern	ja	ja	nein	ja
Obligatorischer Arbeitgeberbeitrag	ja	nein	nein	nein
Korrespondierender Leistungskatalog	ziemlich umfangreich	offen	eher eingeschränkt	offen
Transparenz über Gesundheitsversorgung	sektorspezifisch gegeben	sektorspezifisch gegeben	individuell und sektorspezifisch	nicht mehr gegeben
Kassenwettbewerb	im Prinzip möglich	im Prinzip möglich	gegeben	nicht möglich
Konjunkturelle Abhängigkeit der Einnahmen	sehr abhängig	abhängig	unabhängig	abhängig
Praktikabilität	einfach	aufwendig	einfach	einfach
Manipulationsmöglichkeiten	erheblich	gering	sehr gering	gering

rung im Vergleich zum geltenden System zu erzielen vermag, nicht konkret veranschlagen, sondern bestenfalls in sehr groben Bandbreiten abschätzen.

526. Da sich die beitragsfinanzierte Familienversicherung in ihrer Variante ohne Pflichtgrenze auf alle Bürger erstreckt, bezieht sie im Vergleich zur Variante mit Pflichtgrenze noch einige überdurchschnittliche gute Risikogruppen ein. Bei gegebenem Leistungsvolumen liegt der durchschnittliche Beitragssatz bei der Variante ohne Pflichtgrenze daher unter dem der Variante mit Pflichtgrenze und spürbar unter dem entsprechenden Satz des geltenden Systems. Da beide Varianten einer beitragsfinanzierten Familienversicherung von ihrer Konzeption her auch keinen sinnvollen Ansatzpunkt für obligatorische Arbeitgeberbeiträge bieten, entfällt zumindest eines der Argumente für die Beitragssatzstabilität als gesamtwirtschaftliche Norm. Diese Feststellung sollte im Rahmen dieses Grundmodells allerdings nicht als Alibi für Ineffizienzen in der medizinischen Behandlung oder als Plädoyer für ein uferloses Wachstum von Gesundheitsausgaben dienen bzw. mißverstanden werden. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben sollte sich unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten auch bei erheblicher Ressourcenknappheit nicht an fiskalischen, sondern an allokativen (Wohlfahrts-) Kriterien orientieren.

527. Das geltende Beitragssystem beinhaltet die folgenden, verschiedenartigen Umverteilungswirkungen, die auch den Solidarausgleich ausmachen (JG 1987 Ziffer 160ff.):

- von gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Einkommen zu solchen mit niedrigerem Einkommen (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden über kleine zu großen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationsausgleich).

Während ex post-Umverteilungen zwischen schadensfreien und geschädigten Versicherten in jedem Versicherungssystem stattfinden, handelt es sich bei obigem Risikoausgleich um eine ex ante-Umverteilung, denn die Beitragszahlung erfolgt unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko. Im Gegensatz zum Risikoausgleich können die drei übrigen Umverteilungsprozesse auch außerhalb von Krankenversicherungssystemen ablaufen.

528. Die private Pflichtversicherung intendiert keine besonderen Umverteilungsprozesse, sondern zielt darauf ab, jedem Bürger mindestens eine bestimmte Gesundheitsversorgung obligatorisch zukommen zu lassen. Die staatlichen Prämienzahlungen für einkommensschwache Bürger dienen primär diesem allokativen Ziel und nur mittelbar distributiven Zwecken. In letzter Konsequenz impliziert die private Pflichtversicherung einen

Versicherungsvertrag, der automatisch mit der Geburt eines Kindes beginnt bzw. Rechtskraft erlangt und dann für jeden Versicherten gleichen Alters und gleichen Geschlechtes eine einheitliche Prämienzahlung vorsieht. Schon kurz nach der Geburt entziehen sich nämlich extreme Krankheitsfälle einem Versicherungsvertrag, der im Sinne der individuellen Äquivalenz am spezifischen Krankheitsrisiko ansetzt. Unter diesem Aspekt fordert eine streng versicherungstechnisch ausgerichtete Beitragsgestaltung im Prinzip bereits bei der Geburt unterschiedliche Prämienzahlungen, denn die Risiken variieren, u.a. nach den Vorkrankheiten der Eltern, bereits im pränatalen Stadium. Ähnliche Probleme treten bei der Einwanderung von Schwerkranken auf. Entweder übernimmt hier die öffentliche Hand unmittelbar die Krankheitskosten oder das private Versicherungssystem sieht einen Pauschalbeitrag in Verbindung mit einem Ausgleichsfonds bzw. einem internen Risikoausgleich vor.

529. Im Gegensatz zur privaten Pflichtversicherung enthalten alle anderen Grundmodelle die o.a. Umverteilungskomponenten, wenn auch mit Ausnahme des Risikoausgleichs jeweils in unterschiedlichem Ausmaß. Im Vergleich zum geltenden System führen die Erweiterung der Bemessungsgrundlage und das Splittingverfahren im Rahmen der beitragsfinanzierten Familienversicherung zu insgesamt stärkeren und auch zu einkommensgerechteren Distributionseffekten. Das gilt unmittelbar für die personelle Einkommensumverteilung und überwiegend mittelbar für den Familienlasten- und Generationenausgleich. Bei letzterem dürfte die Berücksichtigung der Zinseinkünfte die Umverteilung von jungen zu alten Versicherten *ceteris paribus* etwas abschwächen, denn ältere Bürger verfügen im Durchschnitt über einen höheren Einkommensanteil an Zinseinkünften.

530. Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung harmonisiert dieser Effekt jedoch insoweit mit intergenerativen Gerechtigkeitsvorstellungen, als diese Umverteilungskomponente andernfalls die nachwachsenden Generationen aus intertemporaler Sicht zunehmend stärker belastet. Innerhalb der beitragsfinanzierten Familienversicherung fallen die distributiven Effekte bei der Variante ohne Pflichtgrenze vergleichsweise stärker aus. Infolge der Beitragsbemessungsgrenze und des vergleichsweise niedrigeren und proportionalen (Beitrags-) Satzes erreichen die Umverteilungswirkungen der beitragsfinanzierten Familienversicherung allerdings auch in ihrer Variante ohne Pflichtgrenze per Saldo nicht jene der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung. Bei gegebenem Leistungskatalog gehen von letzterem Grundmodell die stärksten distributiven Effekte aus.

531. In Anbetracht knapper Ressourcen fordert das Allokationspostulat einen effizienten Mitteleinsatz bei der Erstellung jener Güter und Dienste, welche die Bürger – in Abhängigkeit von ihrem Einkommen und den Güterpreisen – am stärksten präferieren. Die Verwirkli-

chung dieses Zieles setzt u.a. voraus, daß die Bürger hinreichende Transparenz über die Nutzen und die Kosten jener Leistungen besitzen, die sie in Anspruch nehmen. In dieser Hinsicht schneidet von den vier Grundmodellen die private Pflichtversicherung trotz der oben erläuterten Einschränkungen am besten und die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung am schlechtesten ab. Nur bei der privaten Pflichtversicherung besitzt der Versicherte zumindest grosso modo Transparenz über die individuellen Kosten bzw. den Preis seines Versicherungsschutzes. Dagegen fehlen bei steuerfinanzierten Gesundheitssystemen jegliche Hinweise auf jene Steuerpflichtigen, die den Gesundheitsdienst letztlich über eine Reduktion ihres Nettoeinkommens finanzieren. Zudem gehen die Gesundheitsausgaben hier sowohl individuell als auch sektorspezifisch in den gesamten Staatsausgaben unter. Selbst das Funktionalbudget, das in der Regel ohnehin nur wenige Haushaltsexperten konsultieren, spiegelt wegen Steuervergünstigungen und anderer Störgrößen die Verwendung öffentlicher Mittel nur lückenhaft wider.

532. Die beitragsfinanzierte Familienversicherung informiert zwar nicht über den (Markt-) Preis des jeweiligen Versicherungsschutzes, wohl aber darüber, was die Gesundheitsversorgung die Versicherten insgesamt kostet. Da auch in diesem Grundmodell der Arbeitgeberbeitrag entfällt, steigt im Vergleich zum geltenden System die Transparenz über die Gesundheitsaufwendungen, welche die Versicherten insgesamt verursachen. Diese verbesserte Informationsbasis könnte zumindest das Verständnis der Versicherten für Selbstbeteiligungen und Leistungseinschränkungen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips erhöhen.

7.4.6. Zum Arbeitgeberbeitrag

533. Wie bereits im Rahmen der einzelnen Grundmodelle erwähnt, paßt ein obligatorischer Arbeitgeberbeitrag konzeptionell nur in das System einer Arbeitnehmerversicherung. Die private Pflichtversicherung und die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung bieten schon von ihrem Ansatz her keinen Ansatzpunkt für einen obligatorischen Arbeitgeberbeitrag. Auch im System der beitragsfinanzierten Familienversicherung bildet der Arbeitgeberbeitrag einen Fremdkörper, der weder mit dem Splittingprozeß noch mit der Erweiterung der Bemessungsgrundlage und ihren organisatorischen Implikationen harmoniert. Insofern taucht bei einer vergleichenden Beurteilung der vier Grundmodelle die Frage auf, ob der Arbeitgeberbeitrag eine unverzichtbare Komponente bei der Finanzierung des Krankheitsrisikos darstellt. Handelt es sich beim Arbeitgeberbeitrag um einen Solidarbeitrag, mit dem sich der Arbeitgeber an dem Krankheitsrisiko des Arbeitnehmers finanziell beteiligt?

534. Für die Unternehmen bilden Arbeitgeberbeiträge Kostenbestandteile, die wie indirekte Steuern in die

Preiskalkulation eingehen. Da die Arbeitgeberbeiträge für die Unternehmen wie eine proportionale Lohnsummensteuer mit Beitragsbemessungsgrenze wirken, versuchen sie die entsprechende Steuerbelastung über die Preise ihrer Güter zu überwälzen. Wie bei allen anderen indirekten Steuern dürfte ihnen dies, von Ausnahmen bzw. ganz speziellen gesamtwirtschaftlichen Konstellationen abgesehen, gelingen. Die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen unterstellen sogar, daß alle indirekten Steuern voll in den Marktpreisen überwälzt werden. In dieser Hinsicht bestehen aus ökonomischer Sicht kaum Zweifel, daß die Unternehmen im Regelfall die Arbeitgeberbeiträge nicht aus Gewinnen finanzieren, sondern die Beitragslast auf die Verbraucher der jeweiligen Güter abwälzen. Infolge dieser Überwälzung gehen von einer Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge noch ungünstigere Verteilungseffekte als von einer Mehrwertsteuererhöhung aus. Die Mehrwertsteuer belastet nämlich lebensnotwendige Güter, die sich in den Verbrauchsbudgets von Haushalten mit niedrigem Einkommen überproportional niederschlagen, nur mit dem halben Steuersatz. Unabhängig von seiner Funktion und seinen Effekten in den Anfangsjahren der GKV hat der Arbeitgeberbeitrag heute unter Verteilungsgesichtspunkten kaum eine Bedeutung. Seine häufige Subsumtion unter das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit gründet sich vermutlich auf eine Fiskalillusion über die tatsächliche Wirkung dieser Abgabe.

535. Da die Arbeitgeberbeiträge die Belastung der Versicherten durch die Gesundheitsversorgung eher verschleiern und auch kaum eine soziale Funktion erfüllen, könnte ihre steuer- und beitragsneutrale Einbeziehung in die jeweiligen Löhne als eine unter ökonomischen Aspekten sinnvolle Alternative erwogen werden. Sofern sich die durchschnittlichen und die Grenzsteuersätze sowie die übrigen Sozialversicherungsbeiträge durch diese Umwandlung nicht verändern, bleiben die Nettolöhne der Arbeitnehmer, d.h. ihre Einkommen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben, von einer Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge unberührt. Durch die Heraufsetzung ihrer Nominallohne, welche die Basis für nachfolgende Erhöhungen erweitert, profitieren die Arbeitnehmer sogar künftig von dieser Umstellung, solange die Bruttolöhne mit der gleichen Rate wie die Krankenversicherungsbeiträge wachsen.¹¹ Diese Situation kehrt sich erst um, wenn die Steigerungsrate der Versicherungsbeiträge deutlich oder dauerhaft über jener der Löhne liegt. Erst dieser Fall würde die Arbeitnehmer im Hinblick auf ihr Nettoeinkommen schlechter stellen als der Status quo. Unter allokativen Aspekten besitzt eine Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge neben einer Verbesserung der Transparenz auch den Vorzug, die GKV-Beiträge von den Lohnnebenkosten loszulösen. Unabhängig von

¹¹ Eine Alternative bzw. Zwischenlösung bestünde darin, den im Lohn enthaltenen Arbeitgeberanteil an die Beitragssatzentwicklung anzupassen.

der Frage, ob die Lohnnebenkosten die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen tatsächlich so stark beeinträchtigen wie häufig behauptet (Ziffer 128f.), würde dann ein überproportionales Wachstum der GKV-Beiträge die arbeitsintensive Produktion nicht mehr einseitig belasten.

536. Für eine Entkoppelung der GKV-Beiträge von den Lohnnebenkosten spricht auch der teilweise konsumtive Charakter der Gesundheitsversorgung. Diese Feststellung schließt freilich nicht aus, daß die medizinische Behandlung die Arbeitsproduktivität erhöhen und damit auch das Wirtschaftswachstum steigern kann. Da jedoch schon derzeit (1992) allein die Rentner 41,7 % der GKV-Gesamtausgaben beanspruchen (Ziffer 168), fließt der überwiegende Teil der Gesundheitsausgaben im Rahmen der GKV letztlich in eine konsumnahe Verwendung. Abgesehen von den in vielen Fällen unlösbaren Abgrenzungsproblemen erlaubt die Unterscheidung in Gesundheitsausgaben mit investivem und konsumtivem Charakter keinerlei Schlußfolgerungen über den Wohlfahrtscharakter dieser Aufwendungen. Gleichwohl legt der teilweise konsumtive Charakter der GKV-Ausgaben eine Trennung der entsprechenden Beiträge von den Lohnnebenkosten und damit von den privaten Investitionen nahe. Die Gesundheitsversorgung konkurriert dann im Budget der Verbraucher mit anderen konsumtiven Verwendungen, wobei sie im Hinblick auf die Präferenzen der Versicherten sicherlich gute, wahrscheinlich überdurchschnittliche Wachstumschancen besitzt. Insofern handelt es sich bei der Gesundheitsversorgung durchaus um einen »Wachstumssektor«, der infolge seiner überdurchschnittlichen Arbeitsintensität aussichtsreiche Beschäftigungsmöglichkeiten eröffnet. Diese nachfrageseitige Wachstumsdynamik impliziert jedoch nicht – zumindest nicht bei weitgehend ausgelasteten sachlichen und personellen Kapazitäten – entsprechende angebotsseitige Stimuli auf die Determinanten des Wirtschaftswachstums. Im Rahmen marktinduzierter Strukturwandlungsprozesse können von der Nachfrage her sogar Verwendungsbereiche zu »Wachstumssektoren« avancieren, die wie z.B. die Reisebranche nahezu ausschließlich konsumtiven Charakter aufweisen und weit weniger als die Gesundheitsversorgung die angebotsseitigen Grundlagen des Wirtschaftswachstums verbessern.

537. Die Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages beinhaltet für sich betrachtet nur im Rahmen der beitragsfi-

nanzierten Familienversicherung gegenüber dem geltenden System organisatorische Änderungen bzw. Konsequenzen. Die private Pflichtversicherung und die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung bedingen schon konzeptionell eine Auflösung der gesetzlichen Krankenkassen in ihrer heutigen Organisationsform und damit auch der gemeinsamen Selbstverwaltung. Im Grundmodell der privaten Pflichtversicherung könnten sich die heutigen gesetzlichen Kassen allerdings mit einer anderen Beitragsgestaltung und in anderer Organisationsform, z.B. in privater Rechtsform, am Wettbewerb beteiligen. Im Unterschied zur privaten Pflichtversicherung und zur steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung hält die beitragsfinanzierte Familienversicherung am Institut einer »gesetzlichen Krankenkasse« fest und erlaubt damit weiterhin die Selbstverwaltung. Die Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages legt es innerhalb dieses Grundmodells freilich nahe, den Anteil der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung der Krankenkassen zu reduzieren, oder ganz auf ihn zu verzichten. Es läßt sich a priori nicht beurteilen, ob diese organisatorische Reform per saldo gesamtwirtschaftliche Vor- oder Nachteile mit sich bringen würde. Zumindest würde das Interesse der Arbeitgeber an möglichst geringen Beiträgen zur Krankenversicherung entfallen und damit der Verhandlungsdruck auf die Leistungserbringer sinken. Außerdem hätte ein solcher Eingriff erhebliche Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen und damit auf die Lohngestaltung. Wenn Ausgabensteigerungen des Gesundheitswesens über steigende Beiträge zu einer Minderung des Einkommens der Versicherten führen, dann werden solche Einkommenseinbußen tendenziell zu höheren Lohnforderungen in den Tarifverhandlungen führen.

Neben diesen Aspekten müßten weitere, v.a. rechtliche Folgen der Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages zur GKV und dabei insbesondere für die anderen Zweige der Sozialversicherung erörtert werden. In diesem Zusammenhang könnte auch der Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie die hälftige Finanzierung aller Leistungen der Arbeitslosenversicherung in Frage gestellt werden. Schließlich müßten Fragen der praktischen Umsetzbarkeit beantwortet werden, z.B. wer an Stelle der Arbeitgeber den Beitragseinzug durchführt und wie die neben dem Erwerbseinkommen zur Beitragsbemessung herangezogenen Einkommensbestandteile festgesetzt werden sollen.

8. Strukturen einer zukünftigen Steuerung

8.1. Zielsetzung der Steuerung: Optimale Bewältigung von Knappheit und Verwendung der Güter und Dienstleistungen

538. Die Knappheit der Mittel gilt für alle ökonomischen Lebensbereiche. Knappheit ist definiert als das Verhältnis zwischen den menschlichen Bedürfnissen und den zur Verfügung stehenden Mitteln. Dabei gilt, daß die Mittel nicht ausreichen, um die menschlichen Bedürfnisse voll zu befriedigen. Dies verlangt nach einer Bewirtschaftung der Mittel, damit mit gegebenen Mitteln möglichst viele Wünsche erfüllt werden können. Doch kann die Knappheit nie völlig überwunden werden. Zwar könnten theoretisch alle medizinischen Wünsche einer Bevölkerung zu Lasten anderer Bereiche, z.B. Freizeit, Verkehr, erfüllt werden. Dieses würde jedoch einen Mittelabzug von Bereichen verlangen, in denen diese Mittel höheren Nutzen erzielen, als dies bei peripheren Gesundheitsleistungen der Fall ist.

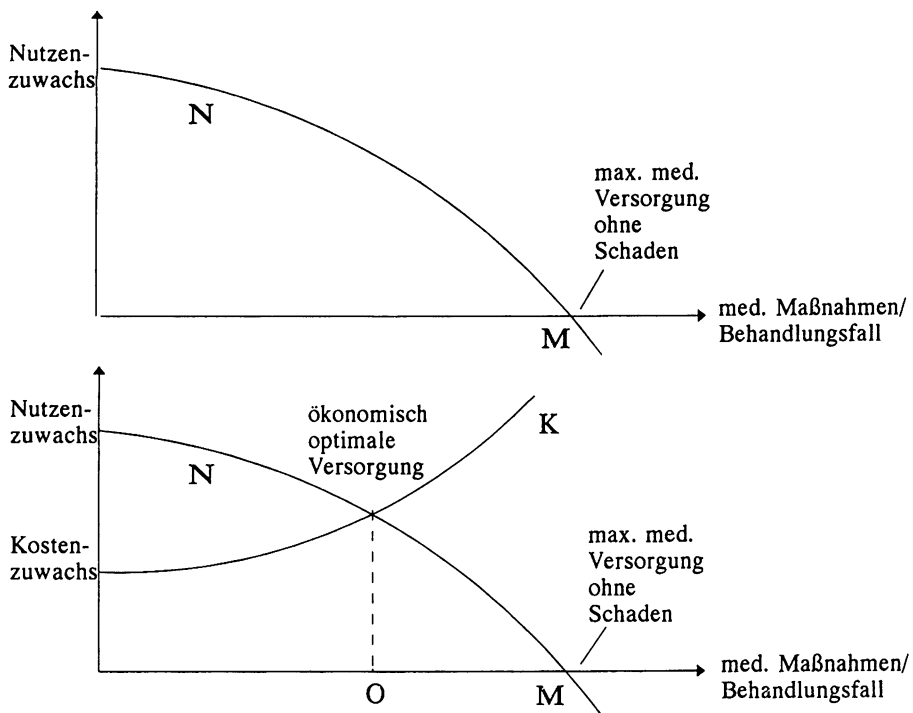
Die Betrachtung, daß Mitteleinsatz gerechtfertigt ist, solange nur ein positiver Nutzen entsteht, mißachtet das Gebot der Knappheit. Letzteres verlangt, die Mittel so zu verwenden, daß die letzte verausgabte Mark in allen möglichen Verwendungen einen gleich hohen Nutzen stiften würde. Dies verbietet aber logisch wie praktisch, daß in einem Bereich, z.B. Gesundheit, Mittel so weit verausgabt werden, daß ihr Nutzenzuwachs

(Abbildung 59) den Kostenzuwachs, d.h. die entgangenen marginalen Nutzen aus anderen Mittelverwendungen, unterschreitet.

539. Die Knappheit fordert ein gezieltes Tätigwerden, um bei gegebenen Mitteln die Bedürfnisbefriedigung zu erhöhen. Dieses gezielte Tätigwerden kann wiederum nach verschiedenen Gesichtspunkten gesteuert werden: Es kann jeder einzelne in die Verantwortung genommen werden, seine Wünsche mit selbst erwirtschafteten Mitteln zu befriedigen, oder die Gemeinschaft stellt Mittel zur Verfügung, definiert dann aber auch die Wünsche, die befriedigt werden sollen. Steuerung bedeutet also in diesem Zusammenhang, das Bewirtschaften der Knappheit nach bestimmten Grundgedanken auszurichten. Kernfrage hierbei ist, in welchem Verhältnis die Gemeinschaft zum Individuum tätig werden soll, um es bei der Knappheitsbewältigung zu unterstützen.

540. Alle Anstrengungen ebenso wie alle Organisationsformen haben das Ziel, die Knappheit zu bewältigen, indem sie ein höheres Maß an Wunscherfüllung durch effizientes Wirtschaften ermöglichen. Es bleibt aber ein Wunschtraum, die Knappheit – und sei es nur in einem Lebensbereich – endgültig besiegen zu können. Dies gilt auch, wenn der Staat Leistungen kostenfrei, z.B. im Rahmen eines staatlichen Gesundheitsdienstes, zur Verfügung stellt. Die Fragen der Erwirtschaftung der Güter (Allokations-/Effizienzproblem) und ihre Verteilung (Distributions-/Gerechtigkeitsproblem) müssen getrennt betrachtet werden. In jedem Falle gilt, daß nur

Abbildung 59: Mitteleinsatz aus medizinischer und ökonomischer Sicht



verteilt werden kann, was vorher erwirtschaftet wurde. Es gilt ferner, daß jede Umverteilung von Gütern auf den Widerstand jener stößt, denen Güter entzogen werden. Andererseits kann Umverteilung auch die Effizienz eines Systems verbessern, wenn es jedem Bürger die Sicherheit gibt, ein Mindestmaß an Gütern zu erhalten. Es erhöht den sozialen Frieden und unterstützt Risikounternehmen. Steuerung hat also zwei Ziele: optimale Bewältigung der Güterknappheit und optimale Verwendung der erwirtschafteten Güter.

8.2. Ebenen und Instrumente der Steuerung

541. Die Kompetenzverteilung in einer Gesellschaft kann nach dem Subsidiaritätsprinzip vorgenommen werden (Ziffer 39ff.). Es besagt, daß die Kompetenz der unteren Entscheidungsebene immer nur dann zu Gunsten einer höher gelagerten Entscheidungsebene eingengt werden darf, wenn diese Gruppe auch bei Unterstützung durch Dritte auf Dauer nicht zur Selbsthilfe fähig ist.

542. Vereinfacht kann man sich das Gesundheitswesen in drei Entscheidungsebenen gegliedert vorstellen (Abbildung 60). Die Individualebene beinhaltet die Basisbeziehungen des Systems. Auf ihr treten der Patient dem Arzt, der Versicherte der Krankenversicherung und die Krankenversicherung dem Leistungserbringer gegenüber.

543. Der Individualebene übergeordnet ist die Verbandsebene. Auf ihr stehen sich die Verbände der Leistungserbringer und der Krankenversicherungen gegen-

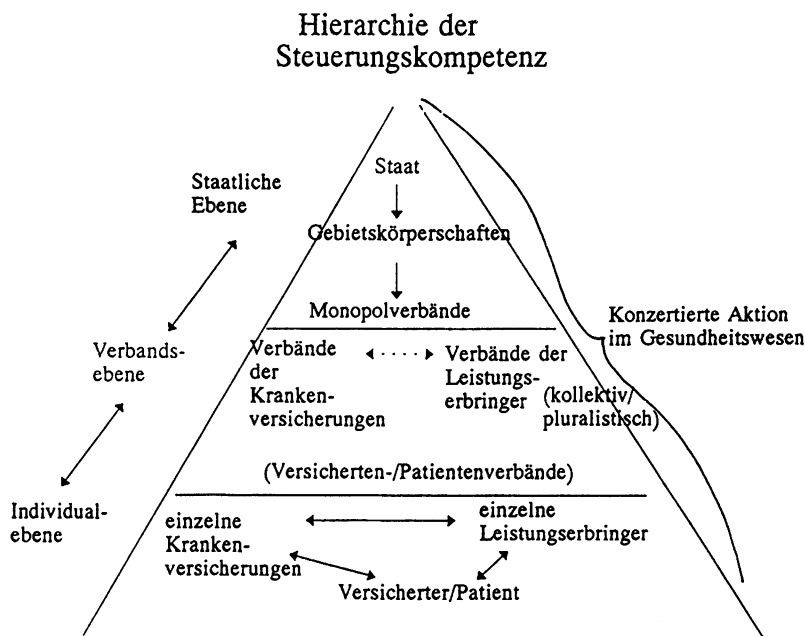
über. Sie haben zu regeln, was auf der Individualebene nicht zufriedenstellend geregelt werden kann. Verbände sind stets daraufhin zu überprüfen, ob und inwieweit sie die Grundfragen der Allokation und Verteilung besser lösen können als ihre Mitglieder.

Die Abbildung 60 macht bereits auf zwei Besonderheiten der Verbandsebene aufmerksam: Zunächst fällt auf, daß die Patienten auf dieser Ebene nicht vertreten sind. Des weiteren wird deutlich, daß auch auf der Verbandsebene eine pluralistische oder monopolistische Struktur möglich ist. Auf beide Fragen wird weiter unten einzugehen sein.

544. Der verbandlichen Ebene ist schließlich die staatliche übergeordnet. Auf sie sind subsidiär die Aufgaben zu verlagern, die von den vorgelagerten Ebenen überhaupt nicht (z.B. Gesetzgebung) oder nicht adäquat erfüllt werden können. Allerdings darf auch der Staat nicht als Monolith aufgefaßt werden. Es gibt eine supranationale Ebene (EU) und auch subnationale (Länder, Kommunen) staatliche Ebenen, denen die Entscheidungskompetenz zugeordnet werden kann. Schließlich können auch Mischformen zwischen Staat und Verbänden, wie z.B. Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, staatliche Aufgaben übernehmen (Abbildung 60).

545. Die in der Diskussion oft vorgenommene bipolare Gegenüberstellung von marktlicher Steuerung und staatlicher Regulierung vermittelt einen Eindruck, der die Realität nicht zutreffend wiedergibt. Die Erfahrung zeigt, daß stärker wettbewerblich orientierte Gesellschaften den stärker staatlich organisierten Gesellschaften

Abbildung 60: Hierarchie der Steuerungskompetenz



ten an Wohlstand überlegen sind. Gleichwohl spielt in allen Wettbewerbswirtschaften der Staat eine bedeutende Rolle für die Allokation und Distribution.

546. Eine besondere Rolle kommt dem Wettbewerb zu. Er begründet sich aus der Knappheit der Mittel. Selbst wenn Wettbewerb nicht als offener Wettbewerb über Märkte in Erscheinung tritt, wirkt er versteckt in einzelnen Organisationen/Unternehmen. Solange Mittel knapp sind, wird es immer Konkurrenz um den Zugang zu diesen Mitteln geben.

Die Frage ist nur, wie dieser Wettbewerb gestaltet wird, d.h. ob man einen offenen Wettbewerb zuläßt oder einen versteckten Wettbewerb hinnimmt. Da Wettbewerb sich letztlich um die Kaufkraft der Nachfrager bemüht, kann es sein, daß Wettbewerb auf der Individualebene zum Ausschluß Einkommensschwacher von der Versorgung führt.

547. Die Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft gibt einen Anhaltspunkt, welche Rolle dem Staat zukommt. Demnach soll die Leistungserstellung weitgehend wettbewerblich organisiert sein. Dazu muß der Staat die Voraussetzungen für Wettbewerb, nämlich Privateigentum, Vertragsfreiheit und eine Wettbewerbsaufsicht schaffen. Ohne diese drei konstitutiven Prinzipien kann Wettbewerb nicht befriedigend wirken. Darüber hinaus soll der Staat hingegen eine Umverteilung der Marktergebnisse vornehmen, damit jeder Bürger Zugang zu lebenswichtigen Gütern hat.

548. Privateigentum und Vertragsfreiheit sind erforderlich, damit die einzelnen Wettbewerber flexibel auf die Wünsche der Nachfrager wie die alternativen Angebote der Konkurrenten reagieren können. Es hat sich gezeigt, daß Kollektiveigentum im Wettbewerbsprozeß Privateigentum unterlegen ist. Vertragsfreiheit im Wettbewerbsprozeß schließt nicht aus, daß soziale Begrenzungen der Vertragsfreiheit (z.B. Kündigungsschutz) für alle verlangt werden.

Wettbewerbsaufsicht ist erforderlich, weil Wettbewerb ein beträchtliches Selbstzerstörungspotential beinhaltet. Konkurrenten erkennen schnell, daß ein Zusammenschluß Marktmacht gibt, um höhere Preise bei den Verbrauchern durchzusetzen. Ohne staatliche Wettbewerbsaufsicht besteht daher stets die Gefahr der Wettbewerbsminderung zu Lasten der Verbraucher.

549. Auch im Gesundheitswesen können die obigen Grundsätze und Bedingungen einer Sozialen Marktwirtschaft angewendet werden, also eine Mischung von Wettbewerb und staatlicher Einflußnahme gesucht werden. Verbindet man diese Konzeption mit dem Ordnungsprinzip der Subsidiarität, so lautet die Problemstellung, wieviel Steuerungskompetenzen können der Individualebene, wieviel sollen der verbandlichen Ebene und wieviel müssen der staatlichen Ebene übertragen werden.

550. Zur Umsetzung von Steuerungskompetenzen sind Instrumente erforderlich, die sich in preisliche, mengenmäßige und informatorische Instrumente untergliedern lassen. Preisliche Instrumente gewähren den betroffenen Anbietern und Nachfragern ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit. Wettbewerbspreise bilden zudem die relative Knappheit von Gütern ab und stimulieren Aktionen, die auf eine bessere Allokation der knappen Mittel hinwirken.

Mengeninstrumente, wie Kontingente an Krankenhausbetten, bedarfsgemäße Zulassung von Anbietern oder Wartelisten, engen den Handlungsspielraum von Anbietern und Nachfragern relativ stark ein. Sie lösen Reaktionen bei allen Betroffenen dahingehend aus, daß sie sich bemühen, innerhalb der gegebenen Mengen Verteilungsvorteile zu erstreiten. Anbieter wollen ihr Kontingent zu Lasten von Konkurrenten ausdehnen, Verbraucher Wartezeiten – zu Lasten anderer – verkürzen. Budgets sind in der Regel den Mengeninstrumenten zuzuordnen. Dies gilt immer, wenn bei gegebenen Preisen Budgets gebildet werden. Nur dann, wenn Preise durch Budgets variiert werden, wie z.B. derzeit in der vertragsärztlichen Vergütung, haben sie auch preisliche Wirkungen.

Informationen können als selbständiges Instrument immer dann wirken, wenn durch die Informationen Nutzen-Kosten-Abwägungen von Individuen verändert werden und Verhaltensänderungen auslösen. Typisch hierfür ist etwa die Aufklärung über die Gefahren ansteckender Krankheiten. Die Grenzen von Informationen zeigen sich, wenn es sich um die Teilnahme an Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen handelt. Hier muß eine Verstärkung durch preisliche Anreize wie Bonus oder Malus erfolgen.

551. Die Beurteilung von Steuerungsinstrumenten kann nach folgenden Gesichtspunkten vorgenommen werden:

- nach dem Grad der Zielerreichung;
- nach der Steuerungswirkung selbst, d.h. welche Verhaltensveränderungen der Betroffenen werden ausgelöst;
- nach der Finanzierungswirkung, d.h. welche Ausgaben und welche Einnahmen entstehen;
- nach der sozialpolitischen Unbedenklichkeit, d.h. sind die Umverteilungseffekte gesellschaftlich akzeptabel;
- nach der ordnungspolitischen Konformität, d.h. paßt das Instrument zu der gesamten Steuerungskonzeption.

552. Eine abschließende Beurteilung von Instrumenten fällt anhand der genannten Kriterien nicht immer leicht, ja ist oft vorab nicht möglich. Gleichwohl ist eine Vorabprüfung zwingend angezeigt, um wenigstens eine grobe Wirkungsabschätzung vornehmen und Entscheidungsträger dahingehend informieren zu können.

8.3. Ansätze zur Steuerung auf der Individual-ebene

553. Die Ansätze zur Steuerung auf der Individual-ebene werden hier nur systematisch angesprochen. Die inhaltliche Ausfüllung wird der Rat 1994 vornehmen. Diese Zurückstellung ist nicht zuletzt deshalb geboten, weil eine Präzisierung der Instrumente nur unter Berücksichtigung der Besonderheiten der einzelnen Versorgungsbereiche sinnvoll erscheint.

Auf der Individualebene haben preisliche Instrumente grundsätzlich Vorrang, da Mengeninstrumente nur von einer höheren Ebene, d.h. der Verbandsebene oder der staatlichen Ebene einsetzbar sind. Die zu untersuchenden Instrumente können prinzipiell in drei Bereichen ansetzen:

- 1) Beziehung zwischen Versichertem und seiner Krankenversicherung,
- 2) Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer,
- 3) Beziehung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer.

Diese drei Steuerungsbereiche stellen den Ausgangspunkt für die weiteren Überlegungen dar. Hierbei soll eine Konzentration auf die wichtigsten und am häufigsten diskutierten Instrumente erfolgen.

8.3.1. Beziehung zwischen Versichertem und seiner Krankenversicherung

554. Instrumente, die hier ansetzen, nehmen Einfluß auf das Verhältnis des Versicherten zur Versichertengemeinschaft. Ziel ist es stets, daß der Versicherte die Versichertengemeinschaft nur in solchen Fällen in Anspruch nimmt, in denen es aus wirtschaftlichen und Bedarfsgesichtspunkten tatsächlich angezeigt ist. Insbesondere gilt es, Auswirkungen der asymmetrischen Information zwischen Versichertem und Krankenversicherung, nämlich das Moral-Hazard-Phänomen und, abgeschwächt, das Problem der negativen Auslese, einzudämmen. Hierfür stehen eine Reihe von Instrumenten aus der Versicherungswirtschaft zur Verfügung, die alle darauf abzielen, den Versicherten an den Folgen einer Leistungsanspruchnahme direkt oder indirekt kostenmäßig zu beteiligen.

555. Ein bekanntes Instrument zur Steuerung der Inanspruchnahme der Versichertengemeinschaft ist die Beitragsrückerstattung im Falle der Nichtinanspruchnahme der Leistung. Die Beitragsrückerstattung kann als Teil eines größeren Bonussystems verstanden werden. Boni können nicht nur bei Nichtinanspruchnahme der Versichertengemeinschaft gewährt werden, sondern sie können auch bei einer erwünschten Inanspruchnahme von Leistungen, z.B. von Früherkennungsmaßnahmen, das Verhalten der Versicherten steuern (Ziffer 607ff.).

8.3.2. Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer

556. Das in diesem Zusammenhang wohl am häufigsten diskutierte Instrument ist die direkte Kostenbeteiligung des Patienten an den in Anspruch genommenen Leistungen. Man erhofft sich, daß eine Kostenbeteiligung nicht nur die Nachfrage dämpft, sondern auch, daß der Patient angeregt wird, einen kostengünstigen Leistungserbringer zu wählen. Letzteres verliert an Bedeutung, wenn die Leistungserbringer in der Preisbildung gebunden sind. Die Steuerungswirkung der Kostenbeteiligung steigt mit ihrer Höhe. Diese findet seine Grenzen dort, wo die Kostenbeteiligung zur Benachteiligung einkommensschwacher Gruppen führt. Generell kann hier eine Überforderungsklausel vor zu großen Härten schützen.

557. Ähnlich wie ihre Steuerungswirkung ist die Finanzierungswirkung einer Kostenbeteiligung von deren Höhe abhängig. Langfristig könnten die zunehmende Morbidität und die damit verbundenen Kosten, zumindestens teilweise, über höhere Zuzahlungen bzw. Kostenbeteiligungen der Patienten finanziert werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die Kostenbeteiligung in Deutschland eher von geringer Bedeutung.

558. Für das Verhältnis zwischen Patienten und Leistungserbringern ist auch das Instrument der Kostenerstattung von Bedeutung. Kostenerstattung kann damit verbunden werden, daß der Versicherte nicht nur an vertraglich verpflichtete Leistungserbringer gebunden ist, sondern auch Leistungserbringer wählen kann, welche nicht im Rahmen von Verträgen mit den Krankenkassen verpflichtet sind. Dies erweitert den Wettbewerb insofern, daß auch Leistungserbringer außerhalb des vertraglichen Systems »Überlebenschancen« haben und Leistungen entsprechend der Nachfrage der Versicherten anbieten können. Eine Kostenerstattung in diesem Sinne würde zudem die Verhandlungsmacht der Verbände der Leistungserbringer selbst eingrenzen. Kostenerstattung ohne Selbstbeteiligung steuert lediglich über einen Liquiditätsentzugseffekt, der je nach Zahlungsmodalität gegen Null gehen kann und sie erhöht die Kostentransparenz, was einen besseren Informationsstand bedeutet.

559. Von den nicht-monetären Zugangskosten spielen die Wege- und Wartekosten eine große Rolle ebenso wie z.B. Bildung. Bessere Verkehrs- und Kommunikationswege sowie eine steigende Versorgungsdichte erleichtern den Zugang und führen zu einer höheren Inanspruchnahme. Ist dies nicht gewünscht, kann durch eine Erhöhung der monetären Zugangshemmnisse gegengesteuert werden.

560. Häufig ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit einer Befreiung von der Arbeitszeit und/oder der Einsparung von häuslichen Ausgaben verknüpft. Dieser »kostenlose« Einsatz von Faktoren bei

der Produktion medizinischer Behandlung wirkt prinzipiell auf eine großzügige Inanspruchnahme hin. Dem könnte durch preisliche Instrumente wie Absenkung der Lohnfortzahlung und Ausdehnung der Zuzahlung begegnet werden.

8.3.3. Beziehung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer

561. Die Beziehung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer ist in Deutschland weitgehend kollektiv gestaltet. Der Spielraum für eine individuelle Vertragsgestaltung ist denkbar eingengt. Das gilt sowohl für das preisliche Instrument der Vergütung als auch bei mengenmäßigen Instrumenten, wie z.B. für die Budgets und Richtgrößen bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Die Form der Vergütung und die Höhe der Gesamtvergütung, z.B. für die ambulante ärztliche Versorgung, werden in Gesamtverträgen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen geregelt. Budgets und Richtgrößen werden auf der gleichen Ebene wie auf der der Vergütung vereinbart.

8.4. Steuerung auf Verbandsebene

562. Die Steuerung auf der Verbandsebene soll Lücken auf der Individualebene schließen, darf diese aber nicht verdrängen. Generell zeichnen sich Verbände dadurch aus, daß sie auf einer höheren Aggregationsebene die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Das gibt Ver-

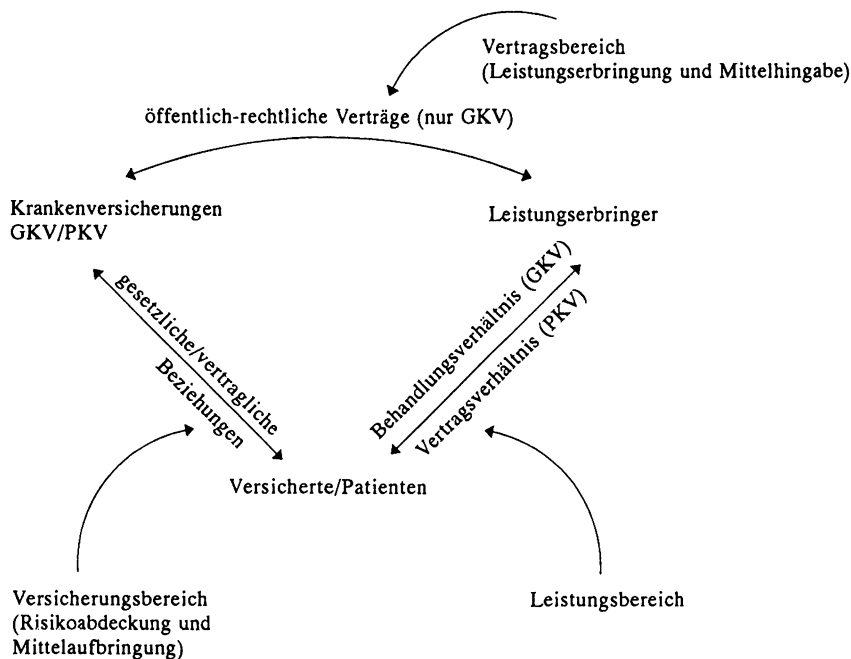
bänden die Möglichkeit, übergreifende Interessen ihrer Mitglieder zu artikulieren, zu bündeln und umzusetzen. Verbände haben von daher eine eigene ökonomische Legitimation, solange sie die Interessen ihrer Mitglieder wirkungsvoller und kostengünstiger umsetzen können als diese es alleine könnten. Verbände beinhalten andererseits die systemimmanente Gefahr, daß verbandliche Eigeninteressen sich selbständigen und vor den Interessen der Mitglieder verfolgt werden. Inwieweit sich eine solche Diskrepanz auf tun kann, hängt sowohl von den internen Kontrollmechanismen als auch von dem Wettbewerb der Verbände untereinander ab.

Solange Verbandsmitglieder die Möglichkeit haben, alternativen Verbänden beizutreten, kann eine Sanktion durch Wechsel relativ wirkungsvoll erfolgen. Erst wenn eine Zwangsmitgliedschaft statt einer Organisationspflicht besteht, erhalten Verbände Monopolmacht. In einer demokratischen Gesellschaft sind Monopolverbände nur durch gesetzliche Sanktionierung möglich. Doch stellt sich stets die Frage, ob gesetzlich sanktionierte Monopole nicht durch wettbewerbsintensivere Lösungen ersetzt werden sollten.

8.4.1. Ansätze einer Reform der Beziehungen in der Krankenversicherung

563. Bei den Beziehungen zwischen den Versicherten und ihrer Krankenversicherung handelt es sich im Falle der GKV nicht um vertragliche Bindungen, sondern um gesetzliche Zuweisungen der Pflichtversicherten bzw.

Abbildung 61: Beziehungen in der Krankenversicherung



bei freiwillig Versicherten um einseitige Willenserklärungen, einer Krankenkasse anzugehören mit teilweiser Wahlmöglichkeit für beide Gruppen. Die Wahlmöglichkeiten sind durch das GSG erweitert worden. Nur bei privaten Krankenversicherungen gibt es vertragliche Beziehungen zwischen dem Versicherten und der Krankenversicherung sowie zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer, jedoch keine zwischen der Krankenversicherung und dem Leistungserbringer. Die Beziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern sind auf verbandlicher Ebene vertraglich geregelt (Ziffer 543).

Wettbewerb im Versicherungsbereich

564. Im Versicherungsbereich sieht das GSG eine grundlegende Erweiterung der Wahlfreiheit für die Versicherten vor. Dies stellt eine eindeutige Weichenstellung für den Wettbewerb im Versicherungsbereich dar und bedingt zwei Folgen:

- 1) Es ist nur ein geregelter Wettbewerb und kein freier Wettbewerb möglich. Dies wird besonders am Risikostrukturausgleich deutlich ebenso wie an der Aufnahmepflicht fast aller Krankenkassen gegenüber den Versicherten.
- 2) Dem Wettbewerb im Versicherungsbereich würde eine Öffnung der Leistungsbereiche für mehr Wettbewerb entsprechen. Auch hier kann es nicht um einen freien Wettbewerb gehen, sondern um ein schrittweises Einbringen von Wettbewerbselementen in Richtung von »mehr Wettbewerb«.

Wettbewerb im Leistungsbereich

565. Die gegenwärtige Versorgung mit Gesundheitsleistungen wird weitgehend durch Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer gesteuert. Es herrscht ein kollektives Vertragsrecht vor, d.h. es werden unabhängige Leistungserbringer durch staatliche Vorgaben (Regulierungen) zu einem Pflichtkollektiv zusammengeschlossen. Man kann auch von einer Zwangskartellierung sprechen.

Verträge auf der Individualebene kommen im Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vor. Sämtliche Verträge werden von Verbänden abgeschlossen. Dabei wird unterstellt, daß solche Verträge sowohl unter gesundheitlichen und ökonomischen als auch unter sozialen Gesichtspunkten ein Optimum darstellen.

566. Die Auswirkungen von bilateralen Monopolen bzw. Zwangskartellen werden in der ökonomischen Theorie ausführlich behandelt. Als Ergebnis dieser Diskussion können folgende Merkmale festgehalten werden:

- nicht die Knappheit von Leistungen, sondern die Marktmacht und Geschicklichkeit am Verhandlungstisch bestimmt die Preishöhe;
- die direkt Betroffenen, nämlich die einzelnen Leistungserbringer und Leistungsverbraucher, haben kaum Einfluß auf die Vertragsergebnisse;
- Kartelle sind innovationsfeindlich;
- Kartelle haben stets mit Außenseiterproblemen zu kämpfen, daher versuchen sie, den Zugang in die Kartellgemeinschaft streng zu kontrollieren;
- trotz dieser Bemühungen werden Kartelle langfristig durch Außenseiter ausgehöhlt, die durch Innovationen den Kartellmitgliedern überlegen sind.

Die angeführten Nachteile haben dazu geführt, daß in der Bundesrepublik Kartelle grundsätzlich verboten sind. Dieses Verbot gilt für Waren- wie für Dienstleistungsmärkte. Das Kartellrecht gilt nicht für den Bereich der Krankenversicherung. Hier wird einmal mehr deutlich, daß das Wettbewerbsrecht für die Sozialversicherung abgelehnt wurde.

567. Erst in der Diskussion der letzten zehn Jahre wird dem Wettbewerb auch im Bereich der Krankenversicherung eine verstärkte Steuerungsfunktion zugeordnet. Mit dem GSG hat der Gesetzgeber die Bedeutung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung hervorgehoben. Soll dessen Steuerungsfunktion konsequent weiterentwickelt werden, so muß auch die Leistungserbringung einbezogen werden.

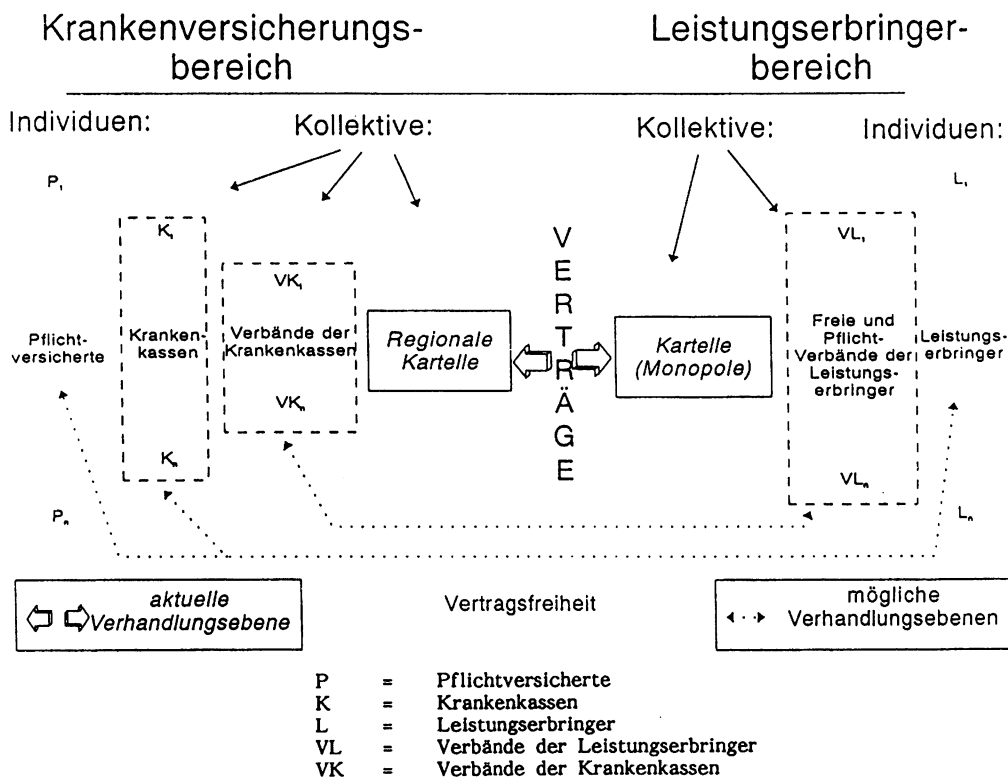
568. Wettbewerb verlangt (mehr) Vertragsfreiheit, wenn er seine Funktion »Suche nach besseren Lösungen« erfüllen soll. Nur wenn mehrere Lösungen nebeneinander quasi im Wettbewerb erprobt werden, können sich überlegene Angebote, Organisationsformen etc. herauschälen und durchsetzen. Für unser Gesundheitssystem, das den Verbänden eine tragende Rolle zuordnet, bietet es sich an, auf dieser Ebene den Wettbewerb um bessere Lösungen zu intensivieren.

Ausgangspunkt könnten, ähnlich wie auf dem Arbeitsmarkt, kollektive Rahmenverträge sein, denen nicht mehr automatisch, sondern nur durch staatliche Erklärung Allgemeinverbindlichkeit zukommt.

Konkurrierende Verträge, die von anderen Verbänden geschlossen werden, dürfen nicht von vornherein verboten sein (Modell Tarifvertrag DGB-Gewerkschaften versus DAG-Tarifvertrag). Innerhalb des Vertragsrahmens ist vertraglicher Gestaltungsfreiraum für einzelne Kaserverbände wie für einzelne Krankenkassen gegenüber freien Verbänden der Leistungserbringer wie gegenüber einzelnen Leistungserbringern einzuräumen.

Rahmenverträge der Kollektive sollten vor allem gesamtwirtschaftlich wichtige Leitlinien für Gesamtausgaben, Preise, Qualitäten und Mengen vorgeben. Ähnlich wie im Tarifbereich sind hier Rahmenverträge unterhalb

Abbildung 62: Konkurrierende Vertragsebenen



der Bundesebene vorzuziehen, was zentrale Empfehlungen z.B. durch die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen nicht ausschließt.

Innerhalb der Rahmenverträge wird den Verbänden wie den einzelnen Verbandsmitgliedern ein selektives Vertragsrecht zugestanden, insbesondere im Bereich der Vergütungsformen und Arten der Leistungserbringung. So ist es z.B. freizustellen, ein Primärarztmodell oder eine HMO-Versorgung (JG 1992) zu vereinbaren. Auch können individuelle Verträge durch Ausschreibungen oder andere Bietverfahren angebahnt werden. Prinzipiell sollte dem innovativen Wettbewerb mit verschiedenen Vertragsformen möglichst großer Raum zugebilligt werden.

569. Verträge zwischen Patienten und einzelnen Leistungserbringern sollten zumindest anfangs im Bereich der Pflichtleistungen, die je nach Leistungskatalog unterschiedlich definiert sind, ein Ausnahmehereich sein, im Bereich der Wahlleistungen hingegen zugelassen werden. Eine Steuerung könnte dadurch erfolgen, daß für den Ausnahmehereich nur eine deutlich geringere Kostenerstattung (z.B. 80 %) der sonst angefallenen Kosten zugelassen wird. Im Wahlbereich hingegen könnten Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip konkurrierend vertraglich vereinbart werden.

Längerfristig könnten die Inhalte der gemeinsam vereinbarten Rahmenverträge schrittweise zurückgeführt werden und damit die konkurrierend ausgehandelten Verträge an Gewicht gewinnen. Ob Kollektivverträge längerfristig weiterhin erforderlich sind, hängt nicht zuletzt davon ab, inwieweit staatliche Zielvorstellungen damit verfolgt werden sollen.

8.4.2. Veränderung des Vertragsrechts aus kollektiv- und aus individualvertraglicher Sicht

570. Eine Veränderung des Vertragsrechts kann aus der Sicht der Krankenkassen, die Leistungen für ihre Versicherten vereinbaren wollen, entweder in eine mehr kollektivvertragliche oder in eine mehr individualvertragliche Richtung gehen. Ersteres bedeutet, daß die Verbände der Krankenkassen sich gemeinsam vertraglich so viel Leistungserbringer verpflichten, wie sie für bedarfsnotwendig halten (»Einkaufsmodell«). Im anderen Fall schließt jeder einzelne Krankenkassenverband oder sogar eine einzelne Krankenkasse mit soviel Leistungsanbietern entsprechende Verträge. Der Sicherstellungsauftrag geht damit in beiden Fällen auf die Krankenkassen über.

571. Aus der Sicht der Steuerungswirkungen geht es darum, wer mit wem Verträge schließt und was Gegenstand der vertraglichen Vereinbarung ist. Auch im bisherigen System »kaufen« die Krankenkassenverbände Leistungen bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern und den Verbänden der übrigen Leistungserbringer ein. Diese Verträge zeichnen sich jedoch durch ihren meist beidseitigen Kartellcharakter aus.

572. Will man eine Weiterentwicklung, gibt es eine staatsnähere oder eine wettbewerblichere Richtung.

Die staatsnahe Lösung faßt alle Krankenkassen einer Region zu einem Einkaufskartell zusammen. Dieses Einkaufskartell verpflichtet die einzelnen bedarfsnotwendigen Leistungserbringer per Vertrag aufgrund einer Ausschreibung. Staatsnah ist dieses Modell, weil ein solcher Zusammenschluß der Krankenkassen nur erlaubt ist, wenn die Krankenkassen nicht dem Wettbewerbsrecht unterstehen, was der Fall ist, wenn sie quasi staatliche Aufgaben übernehmen. Schließlich schreibt auch das öffentliche Recht Ausschreibungen vor, wenn sich der Staat zur Erfüllung seiner Aufgaben privater Dienste und Güter bedient. Das staatsnahe Einkaufsmodell ist nur in Zeiten eines Überangebotes durchsetzbar. Bei ausgeglichenen Marktverhältnissen schließen sich die Leistungserbringer zum Schutze zu marktmächtigen Kollektivverbänden zusammen. Sie bilden eine Marktgegenmacht. Eine solche Entwicklung gab es in Deutschland in den Jahren von 1900 bis 1932.

573. Eine wettbewerbliche Lösung verbot sich 1932, ist aber heute möglich und sollte gründlich diskutiert werden. Ihre Kennzeichen sind, daß sich einzelne Krankenkassen oder auch Krankenkassenverbände im gegenseitigen Wettbewerb einzelne Leistungserbringer vertraglich verpflichten.

Wie weit sich die Käufer zusammenschließen dürfen, wird vom Wettbewerbsrecht und damit ihrer Marktmacht abhängig gemacht. Demnach dürfte ein Einkäufer z.B. nicht mehr als 30 % der Versicherten einer Region vertreten. Letzteres würde dann den gemeinsamen Einkauf z.B. des VdAK ebenso wie das von landesweiten Ortskrankenkassen verbieten. Eine Lösung dieses Problems könnte darin bestehen, daß für Rahmenverträge das Kartellrecht nicht angewendet wird (Ziffer 568).

8.4.3. Mitwirkung von Patienten und Versicherten

574. Verbandliche Regelungen bedürfen stets der Akzeptanz durch die Betroffenen, das sind in erster Linie die Patienten und die Versicherten. Die Versicherten können wirkungsvoll durch Abwanderung, d.h. durch Wechsel ihrer Versicherung, ihrer Meinung Ausdruck geben, sofern es den Krankenversicherungen ermöglicht wird, alternative Angebote zu machen.

Den versicherten Patienten muß ebenfalls eine Abstimmung mit den Füßen möglich gemacht werden. Dies kann dadurch gewährleistet werden, daß Patienten auch Leistungserbringer aufsuchen können, die keine Vertragspartner ihrer Versicherung sind. Freilich muß letzteres, sollen Verträge wirkungsvoll sein, mit erschwerten Bedingungen verknüpft werden. Dies könnte z.B. in einer generellen Erstattung von z.B. nur 80 % des Preises bestehen, der bei einem Vertragspartner angefallen wäre. Damit würde zugleich die Versichertengemeinschaft entlastet.

8.4.4. Gemeinsame Selbstverwaltung zur Wahrnehmung übergreifender Aufgaben

575. Gemeinsam sollte die Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern immer dann tätig werden, wenn Regelungen erforderlich sind, die sonst der Staat wahrnehmen müßte. Dieses Handeln kann einseitig nur bei den Krankenkassen bzw. Leistungserbringern oder im Zusammenwirken beider Seiten erfolgen.

576. Gemeinsame Selbstverwaltung zeichnet sich durch gemeinsames und einheitliches Handeln aus, d.h. es werden für alle Betroffenen Regelungen gefunden, die insoweit Vertragsfreiheit und damit wettbewerbliches Agieren einschränken.

Auf Seiten der Leistungserbringer stellt die Weiter- und Fortbildungsqualität eine gemeinsame Aufgabe dar. So muß es eine einheitliche Regelung für die Facharztweiterbildung oder die Fortbildung an einem Großgerät geben.

577. Schwieriger ist es, jene Aufgaben zu benennen, welche der wettbewerblichen Vertragsgestaltung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringern weiterhin nicht unterliegen. Beispielhaft können hier genannt werden: Die Festlegung eines einheitlichen Leistungsrahmens und einheitlicher Leistungsbegriffe, wie z.B. für Hilfsmittel oder Patientenkategorien ebenso wie gemeinsame Vorgaben für Mindestqualitäten und -normen.

578. Weitgehend der vertraglichen Gestaltungsfreiheit der Verbände und ihren Mitgliedern sind die Preise bzw. Honorare – auch die Arten der Honorierung, die Organisationsformen und die Art der Leistungsgewährung (Sachleistung oder Kostenerstattung) zu überlassen. Hier können allenfalls Rahmenverträge (Ziffer 568) von der gemeinsamen Selbstverwaltung abgeschlossen werden.

8.5. Lenkung durch den Staat

8.5.1. Grundsätze staatlicher Lenkung

579. Die Zuordnung der Entscheidungskompetenzen nach dem Subsidiaritätsprinzip führt logisch zu dem Er-

gebnis, daß dem Staat immer nur solche Aufgaben verbleiben, welche die vorgelagerten Entscheidungsebenen nicht übernehmen können. Formal ist dies eindeutig für die Gesetzgebungskompetenz der Fall. Inhaltlich besteht freilich kaum Einigkeit, welche Sachverhalte der Gesetzgeber wie detailliert zu regeln hat.

580. In der ordnungspolitischen Diskussion über die Rolle des Staates wird dem dirigistischen, Einzelheiten regulierenden Staat der ordnende, Rahmen setzende Staat gegenübergestellt.

Der dirigistische Staat zeichnet sich dadurch aus, daß er versucht, in Einzelbereichen der Wirtschaft mit speziellen Regulierungen (z.B. Gebote, Verbote, Preisfestlegungen, Mengenbestimmungen) einzugreifen. Einzelbereiche werden in ihren Besonderheiten verselbständigt, und deswegen wird nach Sonderlösungen gesucht. Der ordnende Staat hingegen strebt eine allgemeingültige, für alle Teilbereiche der Wirtschaft gültige Festlegung von Geboten und Verboten an. Ausnahmeregelungen werden nur befristet in Teilbereichen zur Umstrukturierung und Anpassung zugebilligt. Nur dort, wo originäre staatliche Aufgaben wie innere und äußere Sicherheit vorliegen, werden auch im Ordnungsstaat generelle Ausnahmen zugelassen.

581. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung ist die Frage selbst theoretisch nicht eindeutig geklärt, ob hier ein genereller Ausnahmebereich vorliegt oder eher ein normaler Wirtschaftsbereich mit einigen speziellen Ausprägungen. In der praktischen Wirtschafts- und Sozialpolitik Deutschlands – und auch Europas – wurde die Gesundheits- und Krankenversorgung eher als ein genereller Ausnahmebereich mit Anspruch auf Sonderbehandlung gehandhabt. In der wissenschaftlichen Diskussion neigt die Mehrheit der Auffassung zu, daß für die Finanzierung wie für die Leistungserstellung von Gesundheitsleistungen allgemeine ökonomische Gesetzmäßigkeiten gelten. Gesundheitsversorgung wäre dann kein genereller Ausnahmebereich und hätte allenfalls Anspruch auf befristete Regelungen.

582. Die Politik der Kostendämpfung seit 1977 stellt eine zunehmende staatliche Regulierung der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Das GSG hat jedoch wettbewerbliche Strukturen im Krankenkassen- und Krankenhausbereich eingeführt und die Budgetierungen zeitlich befristet. Interventionen des Staates werden in demokratischen Staaten stets damit begründet, daß der Staat dazu aufgrund seiner Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl aufgerufen ist. Damit wird implizit ausgedrückt, daß die vorgelagerten Steuerungsebenen versagt haben. Dieses Versagen wird in der Regel von Zielen abgeleitet, die der Staat formuliert hat (z.B. Beitragssatzstabilität).

583. Eine Alternative zu dem bisher praktizierten dirigistischen Lenken durch den Staat wäre der ordnungspolitische Ansatz, das Gesundheitssystem verstärkt den

allgemeinen Regeln der sozialen Marktwirtschaft zu unterwerfen. Bei diesem Ansatz beschränkt sich die staatliche Aufgabe darauf, das Privateigentum, die Vertrags- und Berufsfreiheit sowie das Wettbewerbsrecht zu gewährleisten. Im Mittelpunkt hätte dann die Lenkung der Finanzierungs- und Leistungsströme durch den Wettbewerb der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt und der Leistungserbringer auf dem Leistungsmarkt zu erfolgen. Staatliche Eingriffe hätten sich dann auf die Erhaltung des Wettbewerbes und die soziale Abstützung Einkommensschwacher zu konzentrieren.

584. Welche Aufgabe dem Staat zufällt, hängt also sehr davon ab, ob die Gesundheits- und Krankenversorgung als unabhängiger, spezifischer Teilsektor oder als allgemeiner Sektor mit einigen Besonderheiten verstanden wird. Das Gesundheitsstrukturgesetz ist in dieser Hinsicht widersprüchlich angelegt.

Im Krankenkassenbereich und auch bei den Krankenhäusern werden die Prinzipien der Vertragsfreiheit und des Wettbewerbs gestärkt. Im vertragsärztlichen Bereich sollen beide Prinzipien ab 1999 (Ziffer 323) eher zurückgedrängt werden.

585. Unabhängig von der obigen Diskussion ist es nahezu unstrittig, daß der Staat immer dann lenkend einzugreifen hat, wenn übergreifende Aufgaben (externe Effekte) von vorgelagerten Entscheidungsebenen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Ansteckende Krankheiten sind hierfür ein typisches Beispiel. Auch eine Gefährdung der Versorgung der Bevölkerung durch Untätigkeit bzw. gegenseitiges Blockieren von Vertragsparteien rechtfertigt staatliches Handeln.

8.5.2. Einzelprobleme aktueller staatlicher Lenkung

Die staatliche Bedarfsplanung und ihre Merkmale

586. Wer von staatlicher Bedarfsplanung spricht, hat in der Regel eine staatliche Angebotsplanung im Sinn. Diese zeichnet sich dadurch aus, daß der Staat versucht, für einen bestimmten Versorgungsbereich zunächst den zukünftigen Bedarf an Versorgungseinrichtungen bzw. Leistungserbringern aufgrund des gegenwärtigen Bedarfes abzuschätzen. Eine solche Bedarfsabschätzung verlangt das Wissen um zukünftigen Bedarf bzw. zumindest das Wissen um bedarfsanzeigende Größen, mit deren Hilfe sich der Bedarf für die Zukunft schätzen läßt. Zweite Stufe eines solchen Vorgehens ist die Umsetzung der Bedarfsabschätzung in eine Angebotsplanung, deren Inhalt es ist, den geschätzten Bedarf in konkreten Angebotseinheiten auszudrücken. Es müssen also Fragen zur Leistungsfähigkeit, Qualität und Kapazität der Angebotseinheiten beantwortet werden. Eine reine Angebotsplanung liegt immer dann vor, wenn der Staat die Finanzierung der Angebotseinheiten selbst übernimmt. Die

auch im staatlichen Bereich knappen Ressourcen verlangen eine entsprechende Bewirtschaftung der zur Verfügung stehenden Mittel. Das bedeutet jedoch, daß ein gewünschtes Versorgungsniveau in aller Regel nicht voll erreicht werden kann, sondern allenfalls mit Hilfe von gesetzten Prioritäten nur schrittweise verwirklicht werden kann.

587. Ihrer Zielsetzung entsprechend, versucht eine staatliche Angebotsplanung eine möglichst flächendeckende, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu erreichen. Störungen einer solchen Planung treten durch ungeplant in die Versorgung eintretende Anbieter auf. Letzteres wäre ein Hinweis auf eine wettbewerbliche Orientierung der Versorgung. Eine solche Wettbewerbsorientierung beinhaltet neben dem offenen Marktzugang allerdings auch das Risiko des Ausscheidens aus der Versorgung für alle Leistungserbringer.

Daraus wird offensichtlich, daß staatliche Angebotsplanung und Wettbewerb in einem grundsätzlichen Widerspruch zueinander stehen. Lediglich eine Rahmenplanung, die Spielregeln für den Eintritt und das Ausscheiden aus der Versorgung sowie das angestrebte Versorgungsniveau vorgibt, kann als widerspruchsfreie staatliche Ergänzung einer Wettbewerbsordnung angesehen werden.

588. In einer demokratischen Gesellschaft darf Privaten nicht von vornherein die Teilnahme an einer Versorgung verwehrt werden. Der Staat kann seine Angebotsplanung dadurch schützen, daß er den seine Planung vollziehenden Anbietern monetäre Vorteile einräumt, um jene vor dem Wettbewerb mit Privaten bzw. Außenseitern zu schützen. Solche Vorteile sind beispielsweise die Finanzierung der Investitionskosten. Aber auch regulierende Elemente können hinzutreten, indem der Staat den Krankenkassen verbietet, mit nicht bedarfsgerechten (staatlich nicht geplanten) Leistungsanbietern Versorgungsverträge abzuschließen.

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik gibt es derzeit vor allem drei Leistungsbereiche, die von dem oben gekennzeichneten Konflikt betroffen sind: Zum einen die Krankenhausplanung und zum anderen die Großgeräteplanung. Ein dritter Bereich ist die Bedarfsplanung für Vertragsärzte. Im weiteren soll kurz auf diese drei Felder eingegangen werden, um insbesondere die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

Planung des Krankenhausangebots

589. Im Krankenhausbereich setzt der Staat seine Angebotsplanung dadurch um, daß er plangerechten Krankenhäusern die Investitionskosten voll finanziert. Krankenhäuser, die außerhalb des Angebotsplanes Leistungen anbieten, müssen die Investitionskosten selbst aufbringen, um mit den staatlich geförderten Häusern konkurrieren zu können. Damit dies auch geschieht, schreibt

der Staat den Krankenkassen vor, daß sie bei Versorgungsverträgen mit nicht staatlich geförderten Häusern nur Pflegesätze vergüten dürfen, die höchstens die Höhe erreichen, die voll geförderten Krankenhäuser gewährt wird. Bei einer solchen Vorgehensweise ist es offensichtlich, daß der Marktzutritt durch Diskriminierung von Außenseitern reguliert wird.

590. Im GSG werden diese Grundsätze zwar etwas aufgelockert, aber im Prinzip bestätigt. So können nach dem GSG Krankenhäuser teilweise ihre Investitionen privat finanzieren und teilweise öffentlich fördern lassen. Gleichwohl dürfen die Pflegesätze bzw. Vergütungen für diese Häuser nicht höher liegen als jene für vergleichbare, voll geförderte Krankenhäuser. Der knappe finanzielle Rahmen, der den Ländern gesetzt ist, und die daraus resultierende, immer dürftigere Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser räumt Außenseitern mehr und mehr Spielraum ein. Andererseits unterbleiben notwendige Rationalisierungsinvestitionen in öffentlich geförderten Krankenhäusern, was diese weniger wirtschaftlich werden läßt und privat finanzierte Außenseiter zusätzlich begünstigt.

591. Der Krankenhausplan verliert seine schützende Wirkung für die Plankrankenhäuser in dem Umfang, wie die Haushalte der Länder keine ausreichenden Mittel mehr für die Krankenhäuser aufbringen. Umgekehrt steigt der Wettbewerb im System durch das Hinzukommen von privaten Anbietern in gleichem Umfang. Der Rat hat in seinem Jahresgutachten 1992 Wege aufgewiesen, wie dieses Problem gelöst werden kann (JG 1992 Ziffer 234ff.).

Großgeräteplanung

592. Der zweite Bereich, in dem eine staatliche Angebotsplanung betrieben wird, ist die Großgeräteversorgung. Medizinische Großgeräte werden heute sowohl im Krankenhaus wie in vertragsärztlichen Fachpraxen eingesetzt. Doch während die Krankenhäuser die Großgeräteinvestitionen nur mit staatlicher Hilfe tätigen können, war es niedergelassenen Ärzten bislang möglich, Großgeräte weitgehend autonom anzuschaffen. Das führte innerhalb kurzer Zeit zu einer beträchtlichen Versorgung mit Großgeräten im ambulanten Bereich und einer eher zögerlichen Ausstattung der Krankenhäuser.

593. Im derzeitigen Finanzierungssystem führen aber Großgeräte sowohl in den Krankenhäusern als auch bei den niedergelassenen Ärzten (Einzelleistungsvergütung) zu einer Leistungsausdehnung. Daraus resultiert das Interesse der Krankenkassen an einer generellen Beschränkung der Zahl der Großgeräte. Eine solche Beschränkung findet auch Interesse bei den Ländern, da diese die Finanzierung der Großgeräte in den Krankenhäusern zu übernehmen haben und sich letztlich von einer Planung Einsparungen erhoffen.

594. Die im SGB V vorgesehene Großgeräteplanung bedeutet nichts anderes als eine Regulierung in dem Sinne, daß beide Seiten einer Planung durch eine gemeinsame Kommission unterworfen werden, die festlegt, welche Geräte von wem und wo aufgestellt werden dürfen. Ein solches Vorgehen läuft einer wettbewerblichen Steuerung diametral entgegen. Bei einer wettbewerblichen Steuerung bleibt es dem Krankenhaus bzw. dem Vertragsarzt überlassen, ob er ein Großgerät erwerben will. Eine Selektion erfolgt durch den Wirtschaftlichkeitsdruck im Wettbewerb. Das bedeutet wiederum, daß aus Wirtschaftlichkeitsgründen weder alle Krankenhäuser noch alle Vertragsärzte in ein Großgerät investieren können bzw. daß sogar ein Teil seine Großgeräte wieder aufgeben müßte. Damit ein solcher Wettbewerbsdruck erfolgt, stehen den Krankenkassen vier Instrumente zur Verfügung:

- 1) Die Leistungen können nur von Anbietern erbracht werden, die in der Nutzung des jeweiligen Großgerätes ausgebildet sind (Strukturqualität).
- 2) Gemeinsame Ausschüsse von Kassen und Ärzten legen fest, wann der Einsatz eines entsprechenden Großgerätes angezeigt ist (Indikationspräzisierung).
- 3) Die Vergütungssätze sind so festzulegen, daß nur ab einer hohen Nutzung die Geräte wirtschaftlich betrieben werden können.
- 4) Die Krankenkassen können selektive Verträge mit Einrichtungen, die Großgeräte nutzen, schließen. Leistungserbringer ohne Vertrag können nur an Selbstzahler Leistungen abgeben.

Mit diesem Instrumentarium könnten die Krankenkassen den Wettbewerb der Leistungserbringer nutzen, statt diesen durch Angebotsplanung quasi zu verbieten.

Vertragsärztliche Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkung

595. Für die Vertragsärzte ist im GSG ab dem Jahr 1999 eine strikte bedarfsorientierte Zulassung vorgesehen – letztendlich eine staatlich sanktionierte Angebotsplanung. Auch diese Angebotsplanung steht im Widerspruch zu einer wettbewerblichen Steuerung. Die vorgesehene Angebotsplanung der Vertragsärzte wird damit begründet, daß die Zahl der Ärzte zu rasch steigt und damit die Ausgaben der GKV in die Höhe getrieben werden, ohne daß dafür eine Bedarfsnotwendigkeit vorliegt.

596. Es gilt, eine Alternative zu der staatlichen Angebotsplanung zu finden, die unserem Wirtschafts- und Gesellschaftssystem besser entspricht. Die Ergebnisse der Angebotsplanung sind weder in Großbritannien noch in den skandinavischen Ländern besonders ermutigend. Es soll daher geprüft werden, wie eine wettbewerbliche Lösung des drohenden Überangebotes aussehen könnte, ohne auf die Nachteile der Angebotsplanung im einzelnen einzugehen. Eine Liberalisierung des Ver-

tragsrechts erscheint zu diesem Zweck aus ökonomischer Sicht unverzichtbar. Hierzu zählen auch neue Formen der Honorierung ärztlicher Leistungen. Im folgenden wird eine wettbewerbliche Lösung als Alternativmodell vorgestellt.

597. Eine wettbewerbliche Steuerung beinhaltet, daß zwar im Prinzip jeder Arzt an der Versorgung teilnehmen kann, jedoch nicht jeder tatsächlich in gleicher Form zum Zuge kommt. Wird dieser Gedanke auf die vertragsärztliche Versorgung übertragen, so ist eine Steuerung der ärztlichen Zulassung in der Art möglich, daß jeder Arzt zwar eine Chance hat, als Vertragsarzt zugelassen zu werden, aber aufgrund der Auswahlverfahren nicht jeder zum Zuge kommt.

598. Ein erster gravierender Unterschied zu einer Option mit staatlicher Angebotsplanung aber auch zum derzeitigen Vertragsarztrecht läge darin, daß den vertragsärztlich zugelassenen Ärzten keine auf Dauer gewährte Zulassung erteilt wird, sondern lediglich eine vertraglich befristete. Nach einer bestimmten Zeitdauer müßte sich jeder Arzt wieder neu um einen Kassenarztsitz bewerben. Dabei könnte man sich für ein solches Bewerbungsverfahren durchaus ein öffentliches Ausschreibungsverfahren vorstellen. So würden alle Ärzte eine Chance erhalten, als Vertragsarzt erneut zugelassen zu werden.

599. Ein zweiter grundlegender Unterschied der Wettbewerbsoption gegenüber einer Option mit staatlicher Angebotsplanung bestünde darin, daß Ärzten, die nicht mehr zum Zuge kommen, – sei es gewollt oder ungewollt – auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eine faire Chance geboten wird. Diese läge darin, daß Patienten, die ihren ausscheidenden Ärzten die Treue halten wollen, weiterhin dort, z.B. auf der Basis einer Kostenerstattung, versorgt werden können. Entgegen dem derzeitigen gesetzlichen Rahmen müßte also auch Kassenpatienten, die keine Vertragsärzte aufsuchen, Kostenerstattung erlaubt werden. Um letzteres ökonomisch nicht allzu attraktiv zu machen bzw. um die Krankenkassen in ihrer Verhandlungsposition nicht zu schwächen, wäre es sinnvoll die Kostenerstattung für diese Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung auf nur 80 % oder auch weniger jener Sätze zu begrenzen, die für Kassenpatienten in Ansatz zu bringen sind.

600. Ein solcher wettbewerblicher Lösungsansatz böte allen Ärzten faire Chancen, Patienten versorgen zu können, und ist zugleich ein Regulativ gegenüber den vertragsärztlichen Vertragspartnern, das jederzeit anzeigt, ob die Verträge auch von den Patienten akzeptiert werden oder nicht.

Ausschreibung und Auswahl der Vertragsärzte könnte von den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam vorgenommen werden. Dabei müßten beide Vertragsseiten stets darauf achten, daß sie attraktive Verträge anbieten,

damit Außenseiter ihre Vertragsgestaltung nicht unterlaufen. Die Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Systems würde auf diese Weise stärker dynamisiert als es eine gesetzliche oder staatliche Planung jemals ermöglicht. Mittelfristig könnte auch den einzelnen Kassenarten selektives Vertragsrecht zugestanden werden (Ziffer 568).

601. Die hier kurz skizzierte Option einer Beschränkung der Zahl der Vertragsärzte im Wege einer wettbewerblichen Steuerung führt zu neuen Angebots- und Honorarstrukturen. Es bietet neue Anreize zur Vorsorge und eigenverantwortlicher Gestaltung des Versicherungsschutzes und verfolgt – wie zu erkennen ist – ähnliche Ziele wie die im GSG vorgesehene Regelung. Der gravierende Unterschied besteht allerdings darin, daß eine Lösung dadurch angestrebt wird, daß den Versicherten, den Ärzten und auch den Krankenkassen mehr Gestaltungsspielraum (Vertragsfreiheit) angeboten wird anstelle von mehr staatlicher und verbandlicher Planung (Zwang). Selbst wenn die Ergebnisse beider Lösungen tatsächlich gleich gut sein sollten, verdiente nach dem vorherrschenden gesellschaftlichen Selbstverständnis eine freiheitlichere Lösung den Vorrang.

8.6. Ziel der Reform 2000: »Stärkung der Selbstregelung«

602. Wie dargestellt, kann die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung grundsätzlich über die Individualebene, die Verbandsebene und die staatliche Ebene gesteuert werden. Das deutsche Krankenversicherungssystem wurde seit Jahrzehnten schwerpunktmäßig über die Verbandsebene, genauer über die korporatistischen (Zwangs-)Verbände gesteuert. Mit seinen Bemühungen um Ausgabendämpfung hat der Staat jedoch zunehmend Einfluß genommen.

603. Ziel einer Reform GKV 2000 muß eine Neuordnung der Steuerungskompetenzen dahingehend sein, daß die Individualebene deutlich mehr Steuerungskompetenzen zugeordnet erhält (Ziffer 568), so daß die Selbststeuerungskräfte gestärkt werden. Im Verbund mit einer Neuordnung der Finanzierung und des Leistungskataloges können alte Instrumente belebt und neue erprobt werden. Der Staat und die Verbände als jene Institutionen, die Steuerungskompetenzen abzugeben haben, sind aufgerufen, im Sinne von Subsidiarität und Eigenverantwortung diese Schritte zu unterstützen und nicht zu erschweren.

604. Auf der Verbandsebene ist die Vertragsfreiheit zu erweitern, so daß eine konkurrierende Vertragsbildung möglich wird. Hier ginge es darum, daß die Zwangsverbände Kompetenzen an freie Verbände abgeben und sich auf das Abschließen von Rahmenverträgen beschränken. Dadurch könnten sich die Zwangsverbände auf Aufgaben konzentrieren, die heute staatliche Ebenen wahrnehmen.

605. Der Staat hätte sich – der Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft folgend – auch im Gesundheitswesen wieder mehr als Ordnungsstaat zu verstehen. Er hat den Ordnungsrahmen zu setzen, innerhalb dessen der Versicherungsschutz und die Krankenversorgung zu erfolgen hat. Die ablaufenden Prozesse sind möglichst – vom Staat ungestört – den Individuen und ihren Verbänden zu überlassen.

Die vorliegenden konzeptionellen Ausführungen aus gesundheitsökonomischer Sicht sollen die erforderliche interdisziplinäre Diskussion mit Juristen und Medizinern fördern und bedürfen insoweit auch der Ergänzung und Vertiefung aus ärztlicher und sozialrechtlicher Sicht. Dazu gehört auch die weitere Analyse der Besonderheiten des vertragsärztlichen Berufes, der vertragsärztlichen Zulassung und der einschlägigen Planung im Ausland. Der Rat wird sich mit diesen und anderen Fragen im nächsten Gutachten beschäftigen.

9. Ausgewählte Instrumente zur Förderung der Eigenverantwortung

606. Die Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit ist ein wichtiges Element, dessen Möglichkeiten und Implikationen für die Krankenversicherung der genaueren Betrachtung bedürfen. Es liegen eine Reihe von Modellen und Vorschlägen vor, die auf eine Stärkung der Eigenverantwortung zielen und die z.T. bereits realisiert sind.

Ein Instrument zur Förderung der Eigenverantwortung ist die Selbstbeteiligung, die in unterschiedlichen und bekannten Modellen gestaltet sein kann und zu der eine breite Literatur vorliegt. In diesem Sachstandsbericht wird zunächst die Beitragsrückerstattung oder Beitragsrückzahlung vorgestellt, die seit 1989 auch in der GKV erprobt werden kann.

Als bisher in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht realisiertes, gleichwohl stark diskutiertes Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortung wird die Gesundheitsabgabe (auch Gesundheitsbeitrag, Bonus/Malus, Sündensteuer oder Gesundheitspfennig genannt), die für die Ausgestaltung einer zukünftigen Krankenversicherung als Instrument der individuellen Verhaltenssteuerung und der Finanzierung zu untersuchen ist, vorgestellt.

Damit ist das Thema Selbstbeteiligung aus der Sicht des Rates keineswegs erschöpfend behandelt, vielmehr sollen im folgenden Sondergutachten 1994 weitere Instrumente zur Förderung der Eigenverantwortung, darunter auch Selbstbeteiligungsmodelle für die verschiedenen Leistungssektoren, analysiert werden.

9.1. Beitragsrückzahlung

607. Seit dem 01.01.1989 besteht die Möglichkeit, ein Element der privaten Krankenversicherung auch in der GKV zu erproben, die Beitragsrückzahlung nach § 65 SGB V. Die Beitragsrückzahlung (auch Beitragsrückerstattung genannt) kann als eine indirekte Form der Selbstbeteiligung verstanden werden. Bei schadensfreiem Versicherungsverlauf wird nachträglich eine Prämie gewährt.

Die Erprobungsregelung sieht vor, daß Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als 90 Tage versichert waren, bis zu einem Zwölftel des Jahresbeitrags (für Arbeitnehmer einschließlich des Arbeitgeberanteils) erstattet bekommen können. Wurden vom Mitglied und seinen mitversicherten Familienangehörigen Leistungen unterhalb eines Zwölftels in Anspruch genommen, wird die Differenz bis zu einem Zwölftel des Jahresbeitrags erstattet. Nicht angerechnet werden Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen für Versicherte unter 18 Jahren.

608. Aus jedem Landesverband mit mehr als zwei Mitgliedskassen soll mindestens eine Krankenkasse die Beitragsrückzahlung per Satzung vorsehen. Im Rahmen der Erprobungsregelung werden die Kosten der Beitragsrückzahlung auf die Mitgliedskassen umgelegt.

609. Die Beitragsrückzahlung kann als Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten angesehen werden (§ 1 SGB V). Sie zielt auf eine sparsame Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten. Der finanzielle Anreiz soll motivieren, Leistungen nur im notwendigen Umfang in Anspruch zu nehmen. Die Beitragsrückzahlung kann auch als Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des GRG verstanden werden, das ausdrücklich, z.B. in § 2 Abs. 4 SGB V, die Krankenkassen mit heranzieht, dafür Sorge zu tragen, daß eine Inanspruchnahme nur im notwendigen Umfang erfolgen soll.

610. Eine umfassende Bewertung der Beitragsrückzahlung in der GKV muß verschiedene Aspekte berücksichtigen. Betrachtet man zunächst einzelne Versicherungsträgergruppen, so kommen diejenigen Versicherten in den Genuß der Rückerstattung, die keine oder eine nur geringe Leistungsanspruchnahme zu verzeichnen haben. Dies sind

- gesündere, d.h. eher jüngere Versicherte,
- eher Ledige, da mit jedem mitversicherten Familienangehörigen über 18 Jahren die Wahrscheinlichkeit der Leistungsanspruchnahme steigt,
- diejenigen Versicherten, deren Leistungsanspruchnahme unterhalb einer steuerbaren Marge liegt. Dies kann z.B. bei einer aufschiebbaren Behandlung der Fall sein.

Kaum Chancen auf Beitragsrückzahlung haben Ältere und chronisch Kranke.

611. Desweiteren sind die Steuerungswirkungen zu untersuchen. Hier lassen sich intendierte und nichtintendierte Wirkungen unterscheiden. Beabsichtigt ist ein sparsames Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten. Im Sinne eines bewußteren Umgangs mit den Versicherungsleistungen soll dort, wo dies möglich ist, durch den Anreiz »Rückerstattung von Beiträgen« ein Einsparpotential erschlossen werden. Die Versicherten sollen zu einer auf das Notwendige beschränkten Leistungsanspruchnahme motiviert werden. Insofern stellt die Beitragsrückzahlung einen Schritt in Richtung auf Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten durch positive Sanktionen dar.

612. Allerdings können auch nichtintendierte Wirkungen eintreten. So können zum einen die angestrebten Wirkungen nicht eintreten, z.B. da

- der Anreiz der Rückerstattung zu niedrig ausfällt;
- Versicherte von der Rückerstattung profitieren, obwohl bei ihnen keine Verhaltensänderung in Richtung sparsames Verhalten eingetreten ist. Dies betrifft diejenigen Versicherten, die auch schon bisher

keine oder nur geringe Leistungsausgaben verursacht haben. Sie werden jetzt durch die Erstattung belohnt:

- die Versicherten die Kosten der Leistungsanspruchnahme nicht kennen und nur einen ungefähren Überblick über die nichtanzurechnenden präventiven Leistungen haben und insofern aus der Sicht der Versicherten die Einspareffekte nicht monetär bewertbar sind. Dies kann zu einer Inakzeptanz des Instrumentes Beitragsrückzahlung führen, wenn nicht gleichzeitig eine größere Kostentransparenz hergestellt wird.

Auch wenn man von einer Verhaltensänderung ausgeht, so muß diese nicht unbedingt zu erwünschten Ergebnissen führen. Dort, wo die Beitragsrückzahlung in Richtung auf eine sparsame Inanspruchnahme wirkt, besteht die Möglichkeit der Krankheitsverschleppung, z.B. durch Verschiebung von notwendigen Behandlungen. Leistungen könnten in einzelnen Jahren konzentriert in Anspruch genommen werden, um in anderen Jahren in den Genuß der Beitragsrückzahlung kommen zu können. Durch Folgekosten können so insgesamt höhere Behandlungskosten entstehen. Diese und weitere Zusammenhänge, die auch nebeneinander auftreten könnten, müssen Gegenstand der weiteren wissenschaftlichen Begleitforschung sein.

613. Bei flächendeckender Einführung greift die Beitragsrückzahlung in die solidarische Finanzierung der GKV durch die Versichertengemeinschaft ein, da eine veränderte Verteilung der Beiträge gegenüber dem status quo stattfindet. Mit der Einführung der Beitragsrückzahlung werden Versicherte, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, von denjenigen entlastet, die bereits Krankheitskosten verursachen und im Rahmen weiterer Selbstbeteiligungsregelungen noch zusätzlich belastet

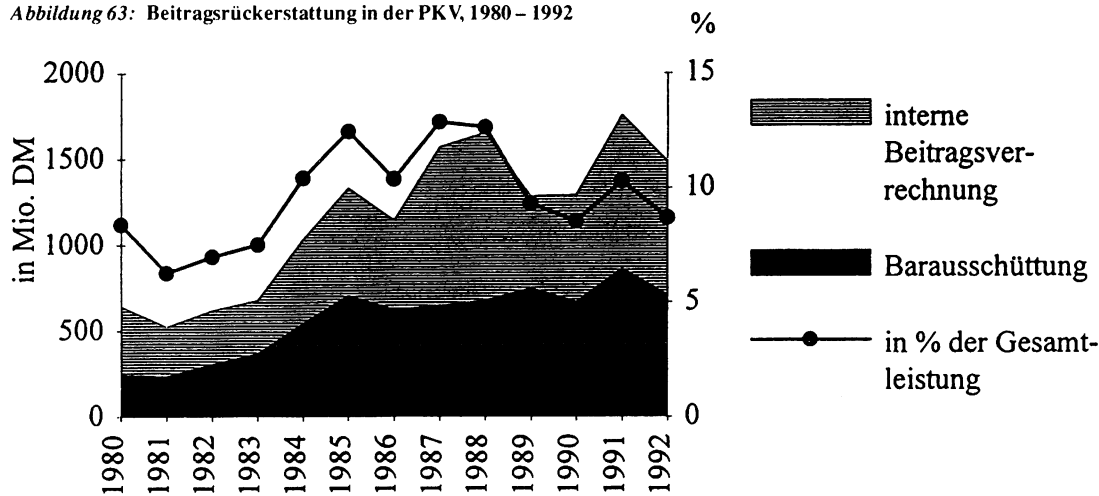
werden können. Diese Personengruppe muß dann sowohl die Last der Krankheit als auch höhere Beiträge tragen. Familien werden ebenfalls eher benachteiligt, da mit zunehmender Mitversichertenzahl (über 18 Jahre) die Wahrscheinlichkeit, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, steigt. Demgegenüber werden Gesunde bzw. Personen mit nur geringen Krankheitskosten finanziell belohnt.

Auch kann die Beitragsrückzahlung nicht von allen Versicherten in gleichem Maße erreicht werden, sondern im wesentlichen nur von solchen, deren Leistungsanspruchnahme unterhalb einer steuerbaren Marge liegt. Es findet also in mehrfacher Hinsicht ein Eingriff in die solidarische Finanzierung der GKV statt. Tendenziell findet eine Aufweichung des Prinzips der Finanzierung der GKV durch die Solidargemeinschaft statt, d.h. der Kranken durch die Gesunden ebenso wie des Familienlastenausgleichs. Allerdings muß eine Abwägung erfolgen, ob dieser Eingriff vertretbar ist. Zum einen kann dies der Fall sein, wenn der Umfang nicht erheblich ist, zum anderen könnten die positiven Effekte einer bewußteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei gleichzeitiger Ersparnis für die Gemeinschaft überwiegen.

614. Erfahrungen mit der Beitragsrückzahlung liegen aus der PKV vor. Einen Überblick über die Aufwendungen der PKV für die Beitragsrückerstattung gibt Abbildung 63. Ein Teil der Aufwendungen wird bar ausgeschüttet, ein Teil zur internen Beitragsverrechnung verwendet. Der Anteil der Beitragsrückerstattung schwankte im Zeitraum von 1980 bis 1992 zwischen 6 % und 13 % der Gesamtleistung.

Eine Übertragung der Erfahrungen der privaten auf die gesetzliche Krankenversicherung erscheint jedoch pro-

Abbildung 63: Beitragsrückerstattung in der PKV, 1980 – 1992



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht, Köln, verschiedene Jahrgänge.

blematisch, da unterschiedliche Voraussetzungen vorliegen. Zum einen bestehen grundlegende Unterschiede in der Tarifgestaltung zwischen PKV und GKV. In der PKV wird die Tarifikalkulation nach dem Prinzip der versicherungstechnischen Äquivalenz, differenziert nach Alter und Geschlecht und Vorerkrankungen vorgenommen, während in der GKV eine einkommensabhängige Beitragsbemessung mit Familienmitversicherung stattfindet. Hinzu kommt; daß die Beitragsrückerstattung in der PKV ein verhaltenssteuerndes Element unter mehreren anderen (wie z.B. Wahltarife, Selbstbehalt in verschiedener Form) darstellt, während in der GKV weitere sanktionierende Maßnahmen, die ein bewußteres Inanspruchnahmeverhalten bewirken sollen, lediglich in deutlich geringerem Umfang existieren. Auch besteht in der PKV die Möglichkeit, aus verschiedenen Tarifen mit unterschiedlichem Selbstbehalt auszuwählen, was einer Risikoselektion gleichkommt; dies entfällt in der GKV.

Zum anderen hängt die steuernde Wirkung von Selbstbeteiligungen von der Einkommenshöhe ab, sie wirkt bei Beziehern geringer Einkommen voraussichtlich stärker als bei Beziehern von höheren Einkommen in der PKV. Gleichzeitig ist sie auch von der Beitragshöhe abhängig; mit steigenden Beiträgen steigt auch der mögliche Erstattungsbeitrag, also der Anreiz zur sparsamen Inanspruchnahme.

Desweiteren besteht in der GKV für die Versicherten bisher kaum Kostentransparenz. Ein Überblick der Versicherten über das aktuelle Beitrags-Leistungskonto ist nicht vorhanden. Diese grundlegenden Unterschiede werden durch die Einführung der Erprobungsregelung nicht berührt.

Auch hinsichtlich der Perspektiven gibt es differierende Einschätzungen. Während die Beitragsrückzahlung in der GKV ein neues Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten darstellt, das einen Anreiz zur sparsamen Leistungsanspruchnahme geben soll, besteht demgegenüber in der PKV die Tendenz, die Beitragsrückzahlung nicht mehr an die Versicherten auszahlen, sondern, auch auf Betreiben des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen, für Altersrückstellungen zu verwenden. Damit verliert ein Element der Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens (allerdings eines unter mehreren) an Bedeutung.

615. In der GKV wurde ein ähnliches Instrument, die Krankenscheinprämie, mit Gesetz vom 27.07.1969 eingeführt. Der neu eingefügte § 188 Abs. 2 RVO lautete: »Der Versicherte erhält für jedes Kalendervierteljahr, in dem er mindestens sechzig Kalendertage versichert war und in dem er keinen Krankenschein für ärztliche Behandlung gelöst und keine Krankenhauspflege in Anspruch genommen hat und in dem keine Kosten für seine ärztliche Behandlung erstattet oder abgegolten wurden, zehn Deutsche Mark, jedoch höchstens dreißig Deutsche Mark für ein Kalenderjahr«.

Zu den Motiven heißt es im Referenten-Kommentar (BABI. 69, S. 557): »Es liegt im Interesse der Versicherungsgemeinschaft, die Versicherten zur verantwortungsbewußten Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen anzuhalten. Dem Versicherten kann dabei auch ein finanzieller Anreiz geboten werden, unnötige Kosten zu vermeiden oder geringe Kosten selbst zu tragen. Durch die Prämien-gewährung tritt innerhalb der Solidargemeinschaft eine geringe Kostenverschiebung zugunsten der gesunden Versicherten ein. Dieser Effekt kann den besonders von ärztlicher Seite für notwendig gehaltenen Wunsch des Versicherten, sich gesund zu erhalten oder gesund zu werden, fördern, ohne den kranken Versicherten zu belasten. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß sich die Modelle der privaten Versicherung nicht ohne weiteres auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen lassen. Der Gesetzgeber mußte daher eine Lösung finden, die dem System der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht wird und die die zusätzliche Verwaltungsarbeit auf das für eine solche Regelung unbedingt notwendige Maß beschränkt«.

Die Vorschrift wurde 1973 wieder gestrichen. Begründung im Referenten-Kommentar (BABI. 74, S. 66): »Die Krankenschein-Prämie war vom Bundesrat als Experiment angesehen worden. Nach Ansicht der Spitzenverbände der Träger der Krankenversicherung ist dieses Experiment gescheitert und das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel durch die Krankenschein-Prämie nicht erreicht worden. Der Gesetzgeber hat daher die Regelung über die Krankenschein-Prämie wieder abgeschafft«. Allerdings kann der Erstattungsbeitrag, der zwischen 10 DM und 30 DM je Kalenderjahr lag, als eher geringer Steuerungsanreiz gelten.

616. Eine Abschätzung der Ergebnisse der Beitragsrückzahlung geht für die GKV von einem einzusparenden Anteil am gesamten Beitragsaufkommen von 2,2 % unter der Annahme aus, daß etwa ein Drittel der AKV-Mitglieder von der Beitragsrückzahlung profitieren (Berechnungen für das Jahr 1986). Ein Simulationsmodell auf der Basis der Daten der AOK Lindau kommt für das Jahr 1991 auf einen Anteil von 20,4 % der Mitglieder, die Anspruch auf Beitragsrückzahlung haben würden. Der Rückerstattungsbetrag je Empfänger betrüge im Durchschnitt 216 DM, dies entspricht fast 70 % des durchschnittlichen Monatsbeitrags. Dabei ergeben sich Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Versicherten-gruppen. Mit zunehmendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit, in den Genuß der Rückerstattung kommen zu können. Für Frauen liegt die Wahrscheinlichkeit in jüngerem Alter deutlich unter der der Männer, ab einem Alter von 60 Jahren dann darüber.

Erste Erfahrungen mit der Erprobungsregelung bei einzelnen Betriebskrankenkassen ergaben einen Anteil von 15 % – 18 % der Mitglieder, die im Jahr 1992 Anspruch auf die Beitragsrückzahlung in Höhe von durchschnittlich je nach Kasse zwischen 173 und 223 DM hatten. Zu

ähnlichen Ergebnissen kommt auch die AOK Lindau. Hier erhielten 1992 knapp 20 % der Mitglieder eine Beitragsrückzahlung in Höhe von durchschnittlich 222 DM. Für die verschiedenen Versichertengruppen ergeben sich folgende Anteile und Durchschnittsbeträge je Anspruchsberechtigtem: 26,5 % der Pflichtversicherten erhielten 228,40 DM, 17,8 % der freiwillig Versicherten erhielten 231,96 DM und 4,2 % der Rentner erhielten 139,09 DM.

617. Erste Aussagen über mögliche Ausgaben für die Beitragsrückzahlungen liegen aus der Mikrosimulation vor und werden auf 1,14 % der Leistungsausgaben der GKV beziffert. Die Gegenüberstellung von Entlastungen durch geringere Leistungsanspruchnahme und Belastungen durch die Rückerstattung führt in Modellberechnungen zu einer Anhebung des Beitragssatzes um 0,15 Prozentpunkte. Darin sind die mit der Durchführung der Rückerstattung verbundenen höheren Verwaltungskosten für die versichertenbezogene Leistungserfassung noch nicht berücksichtigt.

618. Für die Einordnung der Beitragsrückzahlung ist auch die Bewertung durch die Versicherten von Interesse. Die Beitragsrückzahlung wird aufgrund der Auswertung einer ersten Befragung von 1.917 Versicherten vor Einführung der Beitragsrückzahlung vom überwiegenden Teil der Versicherten eher positiv eingeschätzt. 71 % stimmen der Aussage »Wenn der Versicherte nur wenige oder gar keine medizinischen Leistungen in Anspruch genommen hat, sollte er einen entsprechenden Anteil des Beitrags zurückerstattet bekommen« zu. Dies sind erheblich mehr, als tatsächlich Anspruch auf Rückerstattung haben. Es besteht demnach ein breiter Konsens über eine mögliche Beitragsrückzahlung.

619. Festzuhalten bleibt, daß für die GKV – wegen der bestehenden Unterschiede zur PKV gesondert – zu untersuchen ist, wie die Eingriffe auf die Finanzierung der GKV wirken und welche Steuerungswirkungen tatsächlich auftreten. Erst nach Auswertung der wissenschaftlichen Begleitforschung läßt sich eine abschließende Bewertung vornehmen. Festhalten läßt sich aber, daß die Beitragsrückzahlung nach dem GSG eine neue Bewertung, vor allem unter Wettbewerbsgesichtspunkten, erfahren muß. Mit der Beitragsrückzahlung können die Krankenkassen das attraktive Potential jüngerer Versicherter ansprechen. Die Beitragsrückzahlung wäre dann auch ein Wettbewerbsinstrument, mit dem in der Konkurrenz um »gute« Risiken möglicherweise Marktpositionen besetzt werden können.

620. Will man die Beitragsrückzahlung außerhalb der Erprobungsregelung einführen, müßten u.a. folgende Voraussetzungen geschaffen werden:

- Zur Erhöhung der Kostentransparenz sollte die Beitragsrückerstattung in Verbindung mit der Kostenerstattung eingeführt werden, um den Versicherten ei-

ne Kontrolle der verursachten Kosten zu ermöglichen.

- Da bisher diejenigen Leistungen, deren Inanspruchnahme für die Beitragsrückzahlung unschädlich ist, für den Versicherten nicht eindeutig zu identifizieren sind (mit Ausnahme der Leistungen an Versicherte unter 18 Jahren), müßte die Nichtanrechnung für den Versicherten deutlicher werden.
- Die zeitliche Zuordnung der Leistungen und Kosten sollte nicht kalenderjährlich erfolgen, da mit dieser Abrechnungsmodalität Ungerechtigkeiten verbunden sind.
- Der Datenschutz muß bei der für die Beitragsrückerstattung notwendigen Führung eines Versichertenkontos gewährleistet bleiben.

621. Das Ziel der Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten ist ein wichtiges Ziel im Hinblick auf eine Reform der GKV und ihrer Perspektiven bis zum Jahr 2000, das an Bedeutung noch gewinnen wird. Die Frage ist aber, mit welchen Mitteln dieses Ziel erreicht werden kann. Eine Reihe von Vorschlägen liegen vor.

Gegenüber anderen Instrumenten hat die Beitragsrückzahlung den Vorteil der direkten institutionellen Zurechenbarkeit. Eine Anbindung an bestehende Institutionen und Instrumente ist gegeben, wie die Erprobungsregelung zeigt. Auch eine monetäre Zurechenbarkeit ist gegeben. Die Höhe der Leistungen und des Erstattungsbetrags ist eindeutig feststellbar. Allerdings ist für den Versicherten der direkte Bezug zwischen der Leistungsanspruchnahme und der Beitragsrückzahlung erst im nachhinein sichtbar da – anders als bei anderen Selbstbeteiligungsmodellen – erst am Ende eines Kalenderjahres eine Abrechnung stattfindet. Die persönliche Verantwortung, die für die verhaltenssteuernde Wirkung des Instrumentes von Bedeutung ist, findet sich nur für Mitglieder; die Mitversicherten werden dem jeweiligen Mitgliedskonto zugerechnet.

Auf der anderen Seite zielt die Steuerungswirkung nicht unbedingt auf gesundheitsbewußteres Verhalten und es findet eine ungleiche, systematische Bevorzugung (oder Benachteiligung) bestimmter Versichertengruppen sowie – gegenüber der gegenwärtigen Situation – eine Aufweichung der solidarischen Finanzierung der GKV statt. Allerdings ist der Umfang der Selbstbeteiligung begrenzt und es bleibt eine politische Entscheidung, ob dieser Eingriff hinnehmbar ist.

9.2. Gesundheitsabgaben – ein zusätzliches Instrument der Verhaltenssteuerung und Finanzierung

9.2.1. Ziele und Ausgestaltung von Gesundheitsabgaben

622. In der Diskussion um die zukünftige Finanzierung und Steuerung von Gesundheitsleistungen wird

häufig eine Gesundheitsabgabe (Gesundheitsbeitrag, Bonus/Malus, Sündensteuer, Gesundheitspfennig) vorgeschlagen. Auch wenn die Begriffe noch unklar und sprachlich unzulänglich sind, bestehen doch konkrete Vorstellungen über Ziele, Ausgestaltung und Wirkungen von Gesundheitsabgaben. Ungesundes und riskantes Verhalten soll durch diese Abgaben belastet oder gesundheitsförderndes und risikoarmes Verhalten durch finanzielle Anreize relativ belohnt werden. In diesen Vorschlägen spiegeln sich zugleich Vorstellungen über die Gerechtigkeit der Mittelaufbringung im Gesundheitswesen wider. Um was geht es?

623. In der GKV werden die individuellen Gesundheitsrisiken durch die Solidargemeinschaft der Versicherten getragen. Sie wird also durch die finanziellen Folgen vermeidbarer Selbstbeschädigungen belastet. Individuelles gesundheitsförderndes oder gesundheits-schädliches Verhalten hat bisher keinen Einfluß auf die Beiträge der einzelnen Mitglieder. Die der Gesundheitsabgabe zugrundeliegende Idee eines bewußteren Umgangs mit dem Gut Gesundheit soll durch Anreize bzw. Sanktionen gefördert werden. Gesundheitliche Risiken, denen sich der Mensch bewußt aussetzt, sollen auch seiner Verantwortung zugerechnet und nicht der Solidargemeinschaft zur Last gelegt werden.

624. Die Vorschläge zur Ausgestaltung einer Gesundheitsabgabe beziehen sich – sieht man von Zwangsmaßnahmen einmal ab – zum ersten auf gruppenspezifische Abgaben, z.B. der gezielten Besteuerung des Tabak- und Alkoholkonsums.

Zum zweiten werden Versicherungsprämien vorgeschlagen, die stärker auf den Lebensstil gerichtet sind. Es könnten Versicherungsgemeinschaften »gesundlebensder« Personen gebildet werden. Dieser Vorschlag wäre in Form von Vergünstigungen oder Risikoabschlägen im jetzigen System der privaten und gesetzlichen Krankenkassen umsetzbar. Dieses Modell ließe sich auch durch Steuervergünstigungen unterstützen, die bei dem Nachweis von gesundheitlichem Wohlverhalten gewährt werden.

Zum dritten werden Steuersenkungen bei Gütern, deren Konsum erwünscht ist (z.B. zucker- oder kalorienarme Getränke), und Steueraufschläge auf gesundheitsschädigende Verbrauchsgüter außer auf Tabak und Alkohol, vorgeschlagen. Der indirekten Besteuerung fielen auf diese Weise weitere gesundheitspolitische Aufgaben zu.

625. Die Vorschläge verhaltensbeeinflussender Gesundheitspolitik führen zu berechtigten Fragen nach der Art und dem Umfang der Fürsorgepflicht des Staates in einem gemischtwirtschaftlichen Wirtschaftssystem wie dem der Bundesrepublik Deutschland und sind auch dem Vorwurf ausgesetzt, daß sie zu einer Begrenzung der Freiheit des einzelnen führen. Allerdings unterstützen derartige Abgaben oder Vergünstigungen die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten, indem sie bestimm-

te gesundheitliche Risiken bewußt machen. Neben der Förderung des Gesundheitsbewußtseins wirken sie möglicherweise auch dem *moral-hazard* entgegen, so daß sie von den Krankenversicherungen in ihre Tarifpolitik einbezogen werden könnten.

626. Der Kenntnisstand in der Medizin und Epidemiologie läßt nur in einzelnen Fällen eindeutige und empirisch abgesicherte Aussagen über ein wünschenswertes Gesundheitsverhalten zu. Unstrittig erscheinen beispielsweise Aussagen, daß weniger Zigarettenkonsum, körperliche Aktivität und Vermeidung von Übergewicht gesundheitlich vorteilhaft sind. Hierzu zählt auch die Förderung der Prävention bei Hochrisikogruppen im Vergleich zu Präventionsmaßnahmen für die Gesamtbevölkerung. Strittig ist aber bereits die gesundheitliche Auswirkung sportlicher Aktivitäten, da neben gesundheitsfördernden Effekten des Breitensports auch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko und Verletzungsgefahr besteht. Will man Gesundheitsabgaben in die Praxis umsetzen, so müßte geklärt werden, was »gesundheitsbewußtes« Verhalten ist, wie dieses zu messen und dann festzulegen ist. Hier bestehen Aufgaben für die präventive Medizin und die Identifikation gesundheitlicher Risiken durch die Krankenversicherung. Gesund alt werden wäre eine Maxime für Präventionsprogramme, in denen finanzielle Anreize durchaus eine Rolle spielen könnten.

9.2.2. Wirkungen von Gesundheitsabgaben

627. Voraussetzung für die Wirksamkeit der verhaltenslenkenden Maßnahmen und die Umsetzung der Vorschläge in die Praxis ist also zunächst die Abgrenzung von Risiken und eine eindeutig zuzuordnende Verhaltensweise der Risikovermeidung. Zu beantworten wäre weiterhin die Frage, welche Risiken nicht verhältnismäßig, sondern ursächlich verhaltensbedingt und somit selbstverursacht zu Krankheit und Behandlungskosten führen.

628. Ein solcher Zusammenhang läßt sich für den Tabak- und Alkoholkonsum noch recht eindeutig durch Erkrankungswahrscheinlichkeiten belegen. Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sind dennoch schwierig. Zwar erhöht sich das Lungenkrebsrisiko, wenn eine Exposition mit Umweltschadstoffen erfolgt; für das Skifahren – wie für jede sportliche Aktivität – zeigen sich aber sowohl gesundheitsfördernde wie auch gesundheitsriskante Wirkungen, so daß sich ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Gesundheitszustand nicht ausschließlich in eine Richtung herstellen läßt.

629. Die zweite Möglichkeit der Zuordnung setzt beim Krankheitsfall und seinen Ursachen an. Problematisch ist hier, daß aufgrund der Symptome in der Regel keine Zuordnung der Ursachen möglich ist. Unabhängig davon, wodurch bestimmte Symptome entstanden sind, kann das gleiche Krankheitsbild auftreten. Zum Beispiel

können Rückenschmerzen durch Berufsausübung bedingt sein, also am Arbeitsplatz ihre Ursache haben, durch Freizeitgestaltung entstanden oder durch eine vererbte Disposition begründet sein. Schließlich können alle genannten Ursachen gleichzeitig oder im Zeitablauf unterschiedlich auftreten.

630. Die verhaltenssteuernde Wirkung einer Gesundheitsabgabe, die bei den Beiträgen ansetzt (Bonus/Malus), ist voraussichtlich für Beitragszahler wirksamer als für mitversicherte Familienangehörige. Hier würde – schließt man eine Kollektivverantwortung des Beitragszahlers für seine mitversicherten Familienangehörigen aus – gleiches gesundheitsschädliches Verhalten unterschiedlich beitragsatzwirksam.

631. Aus medizinischer Sicht ist eine globale Verhaltensänderung in der Bevölkerung durch Aufklärung vorzubereiten, einzuleiten und zu erhalten. Hier könnte eine aus der privaten Krankenversicherung bekannte, für die gesetzlichen Krankenkassen aber neue Aufgabe für die zukünftige Tarifgestaltung liegen.

632. Es gibt noch weitere Möglichkeiten der Zuordnung von gesundheitsriskantem Verhalten und zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Werden die »gesunden« Alternativen nicht gewählt, so könnte der Versicherte z.B. durch höhere Beiträge oder Steuern bestraft werden. Allerdings sind Krankheiten, die zwar grundsätzlich durch die Lebensführung beeinflusst werden können, z.B. Bluthochdruck, nicht immer in ausreichender, die Gesundheit wiederherstellender Weise beherrschbar. Es stellt sich daher die Frage, wie zu verfahren ist, wenn trotz gesundheitsbewußten Verhaltens solche Krankheiten auftreten. Auch in dieser Hinsicht ist eine Abgrenzung nicht immer eindeutig möglich. Allerdings ist der Hinweis auf trotz gesunder Lebensweise auftretende Krankheiten kein Argument gegen die Förderung einer gesunden Lebensweise.

633. Selbst wenn die Abgrenzung und Zuordnung gesundheitsfördernden Verhaltens in einigen Fällen möglich ist, bliebe das Problem der Kontrolle gesundheitsbewußten Verhaltens. Dort, wo gesundheitsbewußtes Verhalten prämiengünstig oder steuermindernd wirken soll, muß zunächst eindeutig die Voraussetzung des Vorliegens von gesundheitsbewußtem Verhalten geprüft werden. Eine Kontrolle, die zu stark und weit in die individuelle Lebenssphäre jedes einzelnen eingreifen müßte, ist aber weder wünschenswert noch praktikabel und lediglich auf freiwilliger Basis denkbar. Das Problem der Kontrolle entfällt bei denjenigen Modellen der Gestaltung der Gesundheitsabgabe, die beim Erwerb eines Gutes (z.B. Tabak, Alkohol) ansetzen und eine praktikable Lösung über indirekte Steuern darstellen, obwohl hier der Käufer, der nicht zugleich der Konsument sein muß, bei dem der gesundheitliche Schaden auftritt, belastet wird.

634. Besonders weit geht die Sorge um die Volksgesundheit in Schweden, Norwegen und Finnland, wo durch ein staatliches Alkoholmonopol versucht wird, die Trink(un)sitten der Bevölkerung zu zügeln. Ob sich die Alkoholpolitik dieser Staaten im Kontext der EU-Verhandlungen aufrechterhalten läßt, bleibt abzuwarten. Das staatliche Importmonopol und andere Praktiken stehen im Gegensatz zu den Grundregeln des freien Wettbewerbs und des freien Warenverkehrs. Wieweit das staatliche Alkoholmonopol, das einerseits unterlaufen wird, andererseits jedoch diese Länder in einer »Trinkskala« deutlich unter die Werte der Franzosen, Deutschen, Italiener und Österreicher bringt, die Volksgesundheit verbessert (Tabelle 37), bedarf der näheren Analyse.

635. Die gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums sind vielfältig: Sie können sich einerseits auf den gelegentlichen Alkoholkonsum und daraus resultierende Bedrohungen (Unfälle im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz und in der Freizeit oder auch bei Schwangeren eine Gefährdung der Leibesfrucht) beziehen, andererseits auf regelmäßigen und umfangreichen Alkoholkonsum (etwa 50 g reinen Alkohols pro Tag), die direkte körperliche und seelische Folgewirkungen erzeugen. Der gelegentliche und der regelmäßige Alkoholkonsum sind nicht immer voneinander zu trennen.

636. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren starben im Jahr 1992 40.000 Personen an den Folgen des Alkoholkonsums. Zu den chronischen Folgen des Alkoholmißbrauchs gehört die Leberzirrhose, die im Jahr 1990 in 18.000 Fällen Todesursache war. Es besteht keine einfache statistische Beziehung zwischen Häufigkeit und Ausmaß der Alkoholabhängigkeit, unter der nach Schätzungen 30 % der Bevölkerung leiden, und bestimmten Folgekrankheiten. So steht zwar in 90 % der Leberzirrhosen Alkohol im Hintergrund, jedoch hat die Zirrhose (und Zirrhose als Todesursache) in den vergangenen Dekaden abgenommen, der Alkoholkonsum und die Zahl der Alkoholabhängigen hat sich jedoch in den letzten 30 Jahren mehr als verdoppelt. Wegen der normalerweise notwendigen langen Vorbildung besteht eine sehr deutliche Altersabhängigkeit. Jenseits eines Alters von 55 Jahren liegt die Sterblichkeit an chronischen Leberkrankheiten um das Vierfache höher als zwischen 35 und 45 Jahren.

Zu den gesundheitlichen Folgen zählen weiterhin z.B. Bauchspeicheldrüsen- und Herzerkrankungen. Selbst bestimmte Karzinome (obere Verdauungswege, sicher aber Leberkarzinome auf der Basis einer Zirrhose) werden mit chronischem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht.

637. Zu den akuten Folgen des Alkoholkonsums gehören Unfälle unter Einwirkung von Alkohol. In 5 % der Straßenverkehrsunfälle ist Alkohol als Ursache beteiligt, bei den Unfällen mit Todesfolge spielt Alkohol in 20 % der Unfälle eine Rolle (1992 ca. 2.100 der insge-

Tabelle 37: Jährlicher Alkoholverbrauch pro Kopf im internationalen Vergleich

	Jährlicher Alkoholkonsum Liter pro Kopf 1980	Jährlicher Alkoholkonsum Liter pro Kopf 1988	Veränderung in %
Belgien	10,8	10,0	-7
Bundesrepublik Deutschland	11,4	10,4	-9
Dänemark	9,1	9,7	7
Frankreich	14,9	13,3	-11
Griechenland	6,7	5,8	-13
Großbritannien	7,1	7,4	4
Irland	7,3	6,2	-15
Italien	13,0	9,0	-31
Niederlande	8,8	8,3	-6
Österreich	11,0	9,9	-10
Portugal	10,0	10,4	4
Schweden	5,7	5,5	-4
Schweiz	10,8	11,0	2
Spanien	12,4	12,1	-2

Quelle: WHO 1992, Health for All, Version 3.0 nach BASYS: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich Ausgabe 1992, Augsburg 1993, S. 39.

samt ca. 10.000 Verkehrstoten). In 10 % – 20 % der Arbeitsunfälle ist Alkoholkonsum die Ursache. Alkohol spielt aber sicher auch bei anderen Deliktformen eine Rolle, teilweise bewußt als »Mutantrinken« eingesetzt.

638. Eine Schädigung des ungeborenen Lebens durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft (Alkoholembryopathie) mit unterschiedlichem Schweregrad wird auf ca. 300 Kinder/100.000 Geburten geschätzt. Etwa 5 % – 10 % der auf Dauer (ein- bis mehrfach) behinderten Kinder gehen auf solche Alkoholembryopathien zurück.

639. Als weitere Folgeerscheinungen von Alkoholabhängigkeit können psychische Veränderungen angesehen werden (z.B. Persönlichkeitsveränderungen, Alkoholpsychosen und irreversible hirnorganische Veränderungen, Delirium). Zu den sehr schwer meßbaren Folgen der Alkoholabhängigkeit zählen solche im familiären Umfeld. So findet sich ein alkoholabhängiger Elternteil häufiger bei sozial schlecht integrierten – ihrerseits wieder oft alkoholabhängigen – Kindern. Die Scheidungsrate bei Alkoholabhängigen liegt doppelt so hoch wie im Durchschnitt. Ebenfalls häufiger findet man sozialen Abstieg, Arbeitslosigkeit und Frühberentung. Dieses Muster sozialer Folgen reflektiert die Persönlichkeitsveränderungen (Interessenverlust, Isolierung) beim Alkoholabhängigen, lange bevor die meist bekannteren

psychotischen Veränderungen wie das Delirium auftreten.

Speziell im psychosozialen Bereich besteht eine eindeutige Wechselbeziehung oder ein Teufelskreis. Der chronische Alkoholkonsum kann dabei Folge und Anlaß des Sinnverlustes des Lebens und der sozialen Isolation darstellen. Die Selbstmordneigung unter Alkoholkranken ist nach Angaben der Deutschen Gesellschaft gegen die Suchtgefahren sehr hoch (etwa 1/6 der Alkoholabhängigen begehen Suizid, etwa 1/4 unternehmen einen Suizidversuch).

640. Die Gesamtausgaben für Alkohol liegen in Deutschland bei über 600 DM/Kopf bzw. bei 50 Milliarden DM/Jahr. Der Werbeaufwand wird auf etwa 1 % dieses Umsatzes geschätzt, also eine Summe, die allein den Aufwendungen für Reha-Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit entspricht.

Der Anteil an den Nahrungs- und Genußmittelausgaben für Alkohol wird auf 7 % geschätzt. Da dies ein Durchschnittswert ist, lägen die Ausgaben selbst für leicht erhöhten regelmäßigen Alkoholkonsum (um 50 g reinen Alkohols/ Tag) zwischen 2.000 bis 4.000 DM/Jahr. Ein Ehepaar, das einen überdurchschnittlichen Nikotin- und Alkoholkonsum aufweist, müßte dafür 7.000 bis 15.000 DM pro Jahr in Ansatz bringen, was bei entsprechend

niedrigen Einkünften bereits jetzt eine erhebliche Belastung darstellt.

641. Die wirtschaftliche Belastung u.a. durch Produktivitätsverlust und Kosten für Gesundheits-, Sozial- und Verkehrswesen wird von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren auf 5 % – 6 % des Bruttosozialproduktes geschätzt (1992: 150–180 Mrd. DM).

Die jährlichen Ausgaben für die Maßnahmen der Krankenkassen und anderer Träger werden auf 30 Mrd. DM geschätzt; nochmal der gleiche Betrag wäre für weitere, nicht gesundheitliche Folgen anzusetzen. Selbst bei zurückhaltender Schätzung der Ausgaben der GKV in der Folge von Alkoholkonsum kommt man auf Beträge, die einen Anteil von 10 % – 20 % an den Gesamtausgaben sicher erscheinen lassen. Zu den Aufwendungen infolge Alkoholkonsums ohne die der Krankenversicherung gehören auch die Kosten für eine Frühberentung, z.B. liegt die Anzahl vorzeitiger Berentung wegen alkoholbedingter Zirrhose bei 2.000 Männern und 500 Frauen im Jahr.

Würde man die gesamten Kosten über den Alkoholpreis einziehen wollen – wobei noch keine zusätzlichen Aufwendungen für eine bessere Prävention und Behandlung der Alkoholabhängigkeit angesetzt wurden (immerhin liegt der dauerhafte Erfolg der Alkoholikerbehandlung relativ hoch) – wäre eine beträchtliche Erhöhung des Preises für den Konsumenten um mindestens 50 % notwendig. Unabhängig von den rechtlichen und praktischen Grenzen eines solchen Vorgehens (z.B. wird der besonnene Alkoholkonsum genauso behandelt wie der exzessive) wären auch die sozialen Folgen zu bedenken, wenn man davon ausgeht, daß eine positiv verhaltenssteuernde Wirkung einer Preiserhöhung bei den Abhängigen nicht eintritt.

Bei der Erhebung eines GKV-Beitragszuschlags von Alkoholabhängigen im Sinne eines Malus würde – ebenfalls unabhängig von den rechtlichen und praktischen Möglichkeiten – von dieser Gruppe ein mindestens zwei- bis dreifach höherer Beitrag eingefordert werden müssen, um Kostendeckung zu erreichen.

Offen bleiben muß auch, wo die Grenze zwischen Alkohol als Genuß- und Suchtmittel zu ziehen ist und wo von persönlicher Verantwortung und wo von unverschuldeter Krankheit auszugehen ist. Diese Frage ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn aus dieser Entscheidung Konsequenzen für die Finanzierung und die Beitragserhebung abhängen.

642. Neben der Förderung von gesundheitsbewußtem Verhalten ist die Erschließung einer weiteren Finanzierungsquelle ebenfalls ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik. Um diese Ansicht zu belegen, ist nicht nur ein Blick auf die Finanzierungsvorschläge einer die gesamte amerikanische Bevölkerung umfassenden Krankenversicherung der Clinton-Regierung erforderlich. In Deutschland führten die Erhöhungen der Tabak- und Alkoholsteuern (Branntwein-, Bier-, Schaumweinsteuer)

in der Vergangenheit zu erheblichen Einnahmen (Tabelle 38). Insbesondere das Tabaksteueraufkommen ist fiskalisch ergiebig und erbrachte dem Bund im Jahr 1992 über 19 Mrd. DM. Das geringfügigere Aufkommen der Alkoholsteuern erbrachte im gleichen Jahr 8,2 Mrd. DM, wobei der Anteil des Biersteueraufkommens den Ländern zufällt und das Branntwein- und Schaumweinsteueraufkommen beim Bund liegt.

643. Ein Blick auf die steuerinduzierte Preis-Absatzfunktion für Trinkbranntwein und Zigaretten (Abbildung 64) zeigt, daß die steuerpflichtig abgesetzte Menge im Fall des Trinkbranntweins stärker rückläufig ist als bei Zigaretten. Der Nikotinkonsum sank trotz häufiger Erhöhung der Tabaksteuer in den 80er Jahren nicht erheblich (Durchschnittskonsum je Einwohner nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1976: 2.103 Zigaretten, 1989: 1.942 Zigaretten bezogen auf das frühere Bundesgebiet, die neueren Zahlen sind nur bedingt vergleichbar, 1992: 1.662 Zigaretten bezogen auf ganz Deutschland). Allerdings kommt eine neuere amerikanische Untersuchung zum Ergebnis, daß in Kalifornien der Zigarettenpreis sowie Nichtraucherkampagnen durchaus konsumsenkende Auswirkungen auf die Nachfrage nach Zigaretten haben.

Mehr Kenntnisse zur Preiselastizität der Nachfrage nach Tabakwaren sind wünschenswert. Wenn man z.B. eine ökonomisch induzierte Verhaltensänderung wünscht, sollte bekannt sein, ab welcher Abgabenhöhe überhaupt ein solcher Effekt zu erreichen ist und wie sich dieser in Abhängigkeit von Einkommen, Bildung, sozialer Schicht, Alter und Geschlecht in der Bevölkerung verteilt. Es ist schon jetzt abzusehen, daß die Verteilung dieser Kosten der Verteilung des Risikofaktorenprofils folgt und damit in den unteren sozialen Schichten kumuliert. Bei der Berücksichtigung von »Schadensklassen« (Ziffer 647) entfällt dieses Problem.

Weiterhin sind internationale Vergleiche anregend (Tabelle 39), die den jährlichen Verbrauch an Zigaretten zeigen und deren unterschiedliche Veränderungsdaten Grundlage für die weitergehende und erforderliche Analyse der Bestimmungsfaktoren von Verhaltensänderungen beim Risikofaktor Rauchen sind.

644. Zigarettenrauchen erhöht das Erkrankungsrisiko für

- Lungenkrebs (jeder vierte starke Raucher erkrankt an Lungenkrebs),
- chronische Bronchitis,
- Herzinfarkt,
- Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfes, der Speiseröhre und der Blase,
- Krankheiten der oberen Luftwege durch Passivrauchen,
- Schädigung der Föten, ggf. Mißbildungen infolge Rauchens der schwangeren Frau.

Tabelle 38: Das Aufkommen der Ausgabensteuern in Mrd. DM, 1980 – 1992

	1980 (alte Länder)			1985 (alte Länder)			1990 (alte Länder)			1992 (Deutschland gesamt ¹)		
	Bund	Länder	Gesamt	Bund	Länder	Gesamt	Bund	Länder	Gesamt	Bund	Länder	Gesamt
Umsatzsteuern												
Mehrwertsteuer	34,4	18,5	52,9	33,7	17,7	51,4 ²	50,7	27,3	78,0 ³	76,3	41,1	117,3 ³
Einfuhrumsatzsteuer	26,4	14,2	40,6	38,3	20,1	58,4 ²	45,2	24,2	69,6 ³	52,3	28,1	80,4 ³
Versicherungssteuer	1,8	-	1,8	2,5	-	2,5	4,4	-	4,4	8,1	-	8,1
Tabaksteuer	11,3	-	11,3	14,5	-	14,5	17,4	-	17,4	19,3	-	19,3
Alkoholsteuern												
Branntweinabgabe	3,9	-	3,9	4,2	-	4,2	4,2	-	4,2	5,5	-	5,5
Biersteuer	-	1,3	1,3	-	1,3	1,3	-	1,4	1,4	-	1,6	1,6
Schaumweinsteuer	0,5	-	0,5	0,7	-	0,7	1,0	-	1,0	1,1	-	1,1
Vergnügungssteuern												
Rennwett- und Lottosteuer	-	1,3	1,3	-	1,6	1,6	-	2,0	2,0	-	2,6	2,6
Transportsteuern												
Mineralölsteuer	21,4	-	21,4	24,5	-	24,5	34,6	-	34,6	55,2	-	55,2
Kraftfahrzeugsteuer	-	6,6	6,6	-	7,4	7,4	-	8,3	8,3	-	13,3	13,3
Sonstige Verbrauchssteuern												
Kaffeesteuer	1,5	-	1,5	1,6	-	1,6	1,9	-	1,9	2,1	-	2,1
Zuckersteuer	0,1	-	0,1	0,1	-	0,1	0,2	-	0,2	0,2	-	0,2
Sonstige	0,2	-	0,2	0,2	-	0,2	-	-	-	-	-	-
Zölle	4,6	-	4,6	5,4	-	5,4	7,2	-	7,2	7,7	-	7,7
Insgesamt	106,1	41,9	148,0	125,7	48,1	173,8	166,8	63,4	230,2	227,8	86,7	314,5

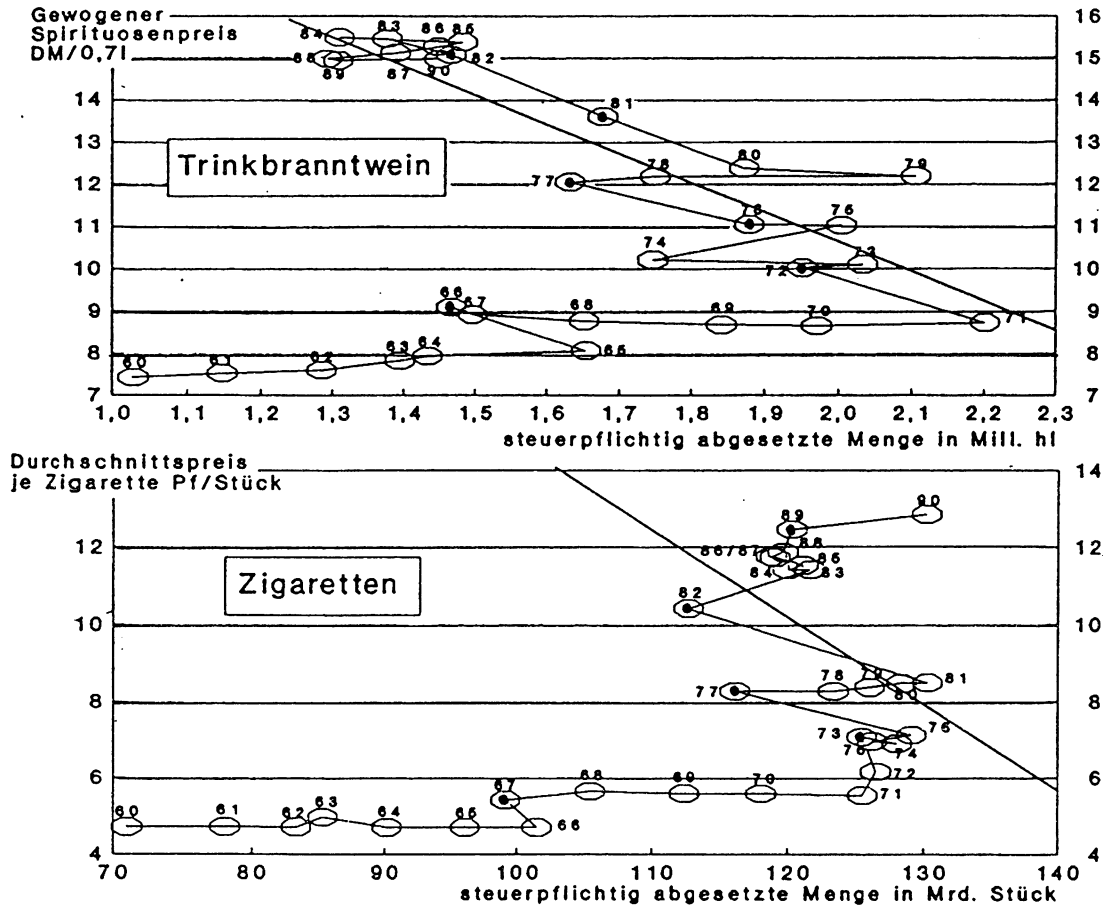
¹ Eine getrennte Auswertung für alte und neue Länder ist wegen der aggregierten Angaben für Berlin nicht möglich.

² Bundesanteil 65,5%, Länderanteil 34,5%.

³ Bundesanteil 65%, Länderanteil 35%.

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1981, 1986, 1991 und 1993.

Abbildung 64: Steuerinduzierte Preis-/Absatzfunktion von Gütern mit spezieller Verbrauchsteuerbelastung



Quelle: Statistisches Bundesamt und Berechnungen des ifo-Instituts.

Die Mortalität an Lungenkrebs stieg zwischen 1960 und 1990 bei Frauen von 7/100.000 auf 17/100.000 und bei Männern von 48/100.000 auf 74/100.000 Einwohner. Rund 80 % dieser Fälle können auf den Nikotinkonsum bezogen werden.

Der Anteil der Raucher an der Bevölkerung lag nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 1989 bei Männern bei 36,3 % und bei Frauen bei 21,4 %. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum lag 1989 bei 16,3 Zigaretten pro Tag. Entgegen den Erfahrungen in anderen Ländern ist der Zigarettenkonsum in den 80er Jahren in der Bundesrepublik geringfügig gesunken (Tabelle 39).

645. Das Rauchverhalten unterscheidet sich nach Alter, Geschlecht und sozialer Klasse. Die Raucherquote der Männer liegt im Alter zwischen 25–35 Jahren am höchsten mit 43 %, bei den Frauen mit 34,5 % im Alter

zwischen 20 und 40 Jahren. Der Anteil der Raucher in den Arbeiterberufen liegt in der Regel mit 48 % erheblich über dem Durchschnitt (Angestellte 32 %, Beamte 27 %). Bei Berufen mit längerer Ausbildung ist ein Rückgang des Rauchens zu beobachten, während der Konsum bei Arbeitern noch weiter wächst.

Bisher sind gewisse Erfolge in der Zurückdrängung des Rauchens immer durch Mißerfolge kompensiert worden: So rauchen jetzt weniger Männer, dafür mehr Frauen. Es rauchen jetzt weniger Jugendliche, dafür ist die durchschnittliche konsumierte Menge gestiegen.

646. Ein rauchendes Ehepaar gibt im Jahr (je nach Konsum von 10, 20 oder 40 Zigaretten/Tag) mehr als 1.500, 3.000 bzw. 6.000 DM aus. Es handelt sich also für viele Haushalte um einen beträchtlichen Teil der Ausgaben (hinzu kommen oft doppelt so hohe Ausgaben für Alkohol). Der allgemeine Anteil an den Nahrungs- und

Tabelle 39: Jährlicher Zigarettenverbrauch pro Kopf im internationalen Vergleich

	Jährlicher Zigarettenkonsum Stück pro Kopf 1980	Jährlicher Zigarettenkonsum Stück pro Kopf 1986	Veränderung in %
Belgien	1935	1438	-26
Bundesrepublik Deutschland	2098	1994	-5
Dänemark	1558	1668	7
Frankreich	1659	1708	3
Griechenland	2178	2479	14
Großbritannien	2372	1691	-29
Irland	1486	1770	19
Italien	1662	1841	11
Niederlande	2087	1092	-48
Österreich	1933	2048	6
Portugal	1248	1338	7
Schweden	1610	1418	-12
Schweiz	2382	2439	2
Spanien	2414	1986	-18
USA	3800	3300	-13

Quelle: WHO 1992, Health for All, Version 3.0 nach BASYS: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich Ausgabe 1992, Augsburg 1993, S. 39.

Genußmittelausgaben wird bei Tabak auf ca. 3 %, bei Alkohol auf ca. 7 % geschätzt. Wenn insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1992 33 Mrd. DM für Tabak und Tabakwaren ausgegeben werden, gehen davon 19 Mrd. oder 57 % allein an Tabaksteuer an den Fiskus.

647. Zu den für Alkohol diskutierten Lösungen würde sich für Nikotin eine weitere Option anbieten. Da im Gegensatz zum Alkohol beim Nikotinkonsum weniger die erstrebte Droge selbst (also das Erreichen eines bestimmten Nikotinspiegels), sondern die mit inhalierten Begleitprodukte die wesentliche Gesundheitsbedrohung ausmachen, könnte man für Zigaretten Schadensklassen (entsprechend einem auf den Nikotingehalt standardisierten Teergehalt) bilden und entsprechend diesen Klassen unterschiedlich besteuern bzw. eine andere Form gestaffelter Abgaben einführen. Diese Lösung könnte sozial auch insofern verantwortet werden, als der sozial Schwache auf die weniger gesundheitsgefährdende aber gleichfalls seine Abhängigkeit befriedigende Zigarettenmarke ausweichen könnte. Selbstverständlich wäre immer das Nichtrauchen die niedrigste »Schadensklasse«.

648. Bei der Verwendung des Steueraufkommens stellt sich die Frage, wer für die Behandlungskosten von Krankheiten aufzukommen hat, die auf das Rauchen,

das übermäßige Trinken und das Übergewicht zurückzuführen sind. Geht man von einem selbstverursachten Krankheitsbild aus, so wäre dies keine Aufgabe der Solidargemeinschaft. Geht es um die Finanzierung der Gesundheitsleistungen, sollte eine epidemiologische und gesundheitsökonomische Einschätzung des verhaltensbedingten Anteils von Lungenkrebs, Leberkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten etc. an der Gesamtmorbidität und Mortalität dieser Krankheiten und deren Folgen sowie ihrer direkten und indirekten Kosten vorliegen. Die Höhe einer Gesundheitsabgabe müßte, um politisch durchsetzbar zu sein, in einer vertretbaren Relation zur Höhe dieser Kosten stehen.

649. Bei der Bestimmung des fiskalischen Erfolges einer Gesundheitsabgabe muß weiterhin gefragt werden, ob es sich um eine aufkommensneutrale Umgestaltung der Finanzierung für die Krankenversicherung handeln soll oder um eine zusätzliche Einnahme. Geht man von der bestehenden Tabak- und Alkoholbesteuerung aus und möchte sie erhöhen, so ergibt sich ceteris paribus nur ein höheres Steueraufkommen für den Staat. Der fiskalische Erfolg ist auch vom Ausmaß möglicher Ausweichstrategien der Konsumenten durch Umgehung der Steuerpflicht, z.B. der Verlagerung der Nachfrage ins Ausland abhängig.

650. Gesundheitsabgaben als Belastung ungesunden Lebens werfen weitere Fragen auf, die von der Öffentlichkeit oft übersehen und unzulänglich diskutiert werden. So muß man insbesondere im Kontext von steuerlichen Abgaben (Tabaksteuer, Branntweinsteuer, Biersteuer, Schaumweinsteuer) die häufig vorgeschlagene Zweckbindung der Mittel für Gesundheitsleistungen auch aus haushaltsrechtlicher, finanzpolitischer und steuersystematischer Perspektive beurteilen.

Haushaltsrechtlich ist die Zweckbindung des Steueraufkommens durch den Haushaltsgrundsatz der Nonaffektation untersagt. Der Gesetzgeber schreibt im Haushaltsrecht vor, daß das gesamte Steueraufkommen für alle Staatsaufgaben zur Verfügung stehen muß. Selbst wenn man Ausnahmen zuließe, wie es in manchen Ländern der Fall ist, stellt sich die Frage, für welche Gesundheitsleistungen die Mittel zweckgebunden werden sollen. Denjenigen, die eine einfach handhabbare und zusätzliche Geldquelle nur für die Kassen der GKV erschließen wollen, muß man verdeutlichen, daß dann auch die PKV Ansprüche auf die Zuweisung der zweckgebundenen Mittel anmelden wird. Im übrigen könnten diese Einnahmen auch zur Beitragssenkung verwendet werden und damit Arbeitgebern und Arbeitnehmern zugute kommen.

Wenn eine Überweisung an die Krankenkassen nicht erfolgen soll – allein schon aus technischen Gründen würde es schwierig sein, alle privaten und gesetzlichen Krankenkassen an dieser Verteilung der Mittel zu beteiligen – bleibt nur eine Zweckbindung für allgemeine öffentliche Gesundheitsleistungen, die über Bundes-, Landes- oder kommunale Haushalte verwendet werden könnten. Das zusätzliche Aufkommen der Tabak- oder Alkoholsteuern müßte geschätzt werden, um zu ermitteln, ob es für die Kosten der entsprechenden Behandlung ausreicht (Lungenkrebs, Alkoholikerbehandlung) bzw. noch für andere Gesundheitsleistungen verwendet werden kann.

Aber auch in dem denkbaren, wenn auch haushaltsrechtlich untersagten Fall einer Zweckbindung muß man sich vor Augen führen, daß die Autonomie der Parlamente beeinträchtigt und die sog. »Gleichwertigkeit der Staatszwecke« unterlaufen wird. Je mehr Zweckbindungen tatsächlich erlaubt würden und je höher der Anteil der zweckgebundenen Einnahmen am gesamten Steueraufkommen ist, desto mehr werden damit Verwendungszwecke der öffentlichen Einnahmen präjudiziert, die andernfalls zur Gestaltungsautonomie des Parlaments gezählt hätten. Das Parlament bindet sich mit der Zweckbindung also selbst die Hände und bringt sich um einen Teil seiner Autonomie.

Schließlich läßt sich aus steuersystematischer Sicht darauf verweisen, daß derartige Präzedenzfälle dazu führen könnten, daß weitere Zweckbindungen im Steuersystem gefordert würden. Allerdings sind die Steuerwiderstän-

de bei einer wünschenswerten Zweckbindung aus finanzpsychologischen Gründen geringer als im Falle einer Besteuerung, deren Verwendungszwecke dem Steuerzahler a priori unbekannt sind. Das zeigt sich an bereits vorhandenen »Pfennigabgaben« (Kohlepfennig, Wasserpfennig, Ölpfennig, etc.), die dem Bürger eine minimale Belastung suggerieren, um sie leichter einführen zu können. Eine Abgrenzung zu Steuern und Entgelten (Gebühren und Beiträge) fällt schwer, so daß vom Bundesverfassungsgericht die Rechtsform der »Sonderabgabe« erfunden wurde.

651. Werden in diesem Zusammenhang Fonds zur Finanzierung für bestimmte Ausgaben vorgeschlagen, so ergeben sich nicht nur Verstöße gegen den Haushaltsgrundsatz der Nonaffektation, sondern weitere haushaltsrechtliche Bedenken, da diese Sonder- oder Nebenhaushalte gegen den Haushaltsgrundsatz der Einheit verstoßen, deren Einhaltung vor allem aus Gründen der Transparenz und aus finanzpolitischer Sicht unverzichtbar ist.

652. Sieht man in den Gesundheitsabgaben eine gerechtere Mittelaufbringung im Sinne einer Anwendung des Verursacherprinzips, ergeben sich weitere Überlegungen im Zusammenhang mit selbstverschuldeten Unfällen. Bei Verkehrsunfällen wäre wegen der Kostenträchtigkeit der Krankenhausbehandlung in diesem Falle eine Bezahlung durch eine Autoversicherung vorstellbar. Eine obligatorische Unfallversicherung wäre eine mögliche Form, die Behandlungskosten bei selbstverschuldeten Verkehrsunfällen von der GKV zu verlagern (Ziffer 427).

9.2.3. Gesundheitsabgaben als neues gesundheitspolitisches Instrument?

653. Aus ordnungspolitischer Sicht muß bei der Verwendung des Steueraufkommens aus einer Gesundheitsabgabe darauf hingewiesen werden, daß durch diese Form der steuerlichen Finanzierung des Gesundheitswesens nicht nur der Versicherungsgedanke verloren geht, sondern vor allem der Einfluß des Staates auf die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung weiter zunehmen wird. Insbesondere die vorgesehene Zweckbindung und die dadurch verfügbaren zusätzlichen Mittel eröffnen dem Politiker Handlungsspielräume bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Die Gefahr, daß eine steuerliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen weitere Interventionen des Staates hervorruft, liegt auf der Hand.

Was die zukünftige Finanzierung der Krankenversicherung angeht, sollte grundsätzlich an der Beitragsfinanzierung festgehalten werden und es der PKV und GKV im Wettbewerb überlassen bleiben, ob und welche Risikoorientierung sie bei der Tarifierung (Bonus/Malus, Rückerstattung) verwenden. Je mehr eine Schadens-

wahrscheinlichkeit vom individuellen Verhalten des Versicherten abhängig ist, desto mehr wird die Selbstbeteiligung oder Beitragsrückgewähr dann zum Mittel der Wahl. Das moralische Risiko ließe sich vermindern und die Regulierung von Bagatellschäden vermeiden.

654. Geht es bei Gesundheitsabgaben weniger um ein zusätzliches Finanzierungsinstrument und mehr um eine Verhaltenssteuerung, so sind Anreize bzw. Sanktionen, die keine zusätzliche Abgabe beinhalten noch nicht ausgeschöpft. Auch das Verbot oder eine weitere Einschränkung der Werbung für das Rauchen wäre denkbar, ebenso wie ein erschwerter Zugang zu Alkohol und Tabak, z.B. über ein Verbot der Aufstellung von Zigarettenautomaten. Zwar läßt sich hier argumentieren, daß die »Konsumentensouveränität« berührt wird, jedoch kann diese Frage auch in bestimmten Fällen bei der »Sündensteuer« aufgeworfen werden.

Eine verstärkte gesundheitliche Aufklärung und die Förderung gesundheitsbewußten Verhaltens, z.B. durch gezielte Maßnahmen am Arbeitsplatz, in Schulen und in Kindergärten, wären weitere Möglichkeiten zur Vermeidung von Krankheits- und Unfallrisiken beizutragen und sind zentrale Aufgaben der Prävention (Ziffer 220ff.).

655. Die Lebenserfahrung zeigt allerdings und Umfragen ist zu entnehmen, daß die Kenntnis über die mögliche positive Beeinflussung der Gesundheit noch nicht zur Verhaltensänderung führt. Eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung und ein weitgehender Verzicht auf bestimmte Genußmittel wären Beispiele. Diesen verhaltensbedingten Faktoren des Gesundheitsstandes stehen relativierende Faktoren gegenüber, die sich aus den Arbeitsbedingungen, der Umwelt und den Familien- und Lebensumständen ergeben. In diesem Zusammenhang der unterschiedlichen verhaltens- und verhältnisbedingten Bestimmungsfaktoren steht die Frage nach dem selbstverantworteten Anteil an der Gesundheit, die in der sogenannten »*victim blaming*« Diskussion in den USA, aber auch in deutschsprachiger Literatur bereits in den 70er Jahren diskutiert wurde. Ersten Umfragen in Holland und Deutschland kann man entnehmen, daß Risikozuschläge (für Raucher, Alkoholkonsum) zwar durchaus Unterstützung finden, gleichzeitig aber auf die Kontrollprobleme hingewiesen wird und normativ-moralische Argumente gegen sie vorgebracht werden.

656. Will man aus den vorstehenden Überlegungen ein Ergebnis ableiten und neben den Möglichkeiten einer verhaltensorientierten Beitragsgestaltung in der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Gesundheitsabgaben auch als Finanzierungsinstrument einsetzen, sind die Möglichkeiten sehr begrenzt. Setzt sich der Staat über haushaltsrechtliche, finanzpolitische und steuersystematische Bedenken hinweg, bleibt ihm – sieht man von den Maßnahmen einer gesundheitlichen Aufklärung in Kindergärten, Schulen, im Straßenver-

kehr und am Arbeitsplatz ab – nur die Erhöhung der Tabaksteuer und Alkoholsteuern (Branntweinsteuer, Biersteuer und Schaumweinsteuer).

657. Die vorgenommene überwiegend qualitative Systematisierung des komplexen Problems einer Gesundheitsabgabe bedarf über die vorgelegten Angaben hinaus einer quantitativen Untermauerung. Die *Public Health* Forschung ist aufgerufen, entsprechende epidemiologische und gesundheitsökonomische Unterstützung zu gewähren. Nur so ist die stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Prävention und eine ökonomisch induzierte Verhaltenslenkung in Verbindung mit weiteren gesetzlichen Maßnahmen zur Ausschöpfung des Präventionspotentials möglich.

658. Eine Steigerung der Arbeitsproduktivität durch eine bessere Gesundheit könnte auch zur Lösung des Problems der Rentenfinanzierung beitragen. Der Zusammenhang zwischen der Steigerung der Arbeitsproduktivität und einer höheren Wertschöpfung wird aus der wirtschaftspolitischen Diskussion um die Sicherung der Renten und der Finanzierung des Gesundheitswesens zu stark ausgeblendet. Dies gilt umso mehr, wenn das Humankapital durch vermeidbare Krankheiten und deren Folgen ineffektiv eingesetzt wird. In diesen Zusammenhang gehören auch Fragen der Standortdiskussion. Qualität, Quantität und die Kosten des Humankapitals (Bildung und Gesundheit) sollten stärker einbezogen werden. Wie in einer Krankheitskostenstudie für das Jahr 1990 geschätzt, betragen die Verluste an Humankapital etwa 4,6 Mio. Lebensjahre jährlich. Das Präventionspotential dieser krankheitsbedingten Ausfälle an Humankapital wird von den Autoren dieser Studie sehr hoch eingeschätzt. Für validere Aussagen sind spezielle Untersuchungen der genannten Art erforderlich.

659. Für die Bewertung der Gesundheitsabgaben ist zwischen einer verhaltenssteuernden Wirkung und den Auswirkungen auf die Finanzierung zu unterscheiden. Unter dem Aspekt der Verhaltenssteuerung ist eine Gesundheitsabgabe ein Instrument, das den verantwortungsvolleren Umgang mit bewußt eingegangenen Gesundheitsrisiken durchaus befördern kann.

Gleichzeitig sind aber Instrumente, die ein gesundheitsbewußtes Verhalten fördern und keine zusätzliche finanzielle Belastung bedeuten, noch nicht ausgeschöpft. Auch eine verstärkte Aufklärung ist eine Möglichkeit, eine Verhaltensänderung herbeizuführen.

660. Als Instrument der Finanzierung ist bei einer steuerlichen Abgabe zu bedenken, daß der Haushaltsgrundsatz der Nonaffektation eine Zweckbindung des Steueraufkommens nicht zuläßt. Selbst wenn man für eine Gesundheitsabgabe eine Ausnahmeregelung schaffen würde, stellt sich die Frage, für welche Zwecke die Abgabe verwendet werden soll. Kämen z.B. Fonds in Frage, so würden diese Neben- oder Sonderhaushalte auch

gegen den Haushaltsgrundsatz der Einheit verstoßen. Desweiteren muß aus ordnungspolitischer Sicht darauf hingewiesen werden, daß durch die Einführung einer Gesundheitsabgabe der Versicherungsgedanke an Bedeutung verliert und der Einfluß des Staates auf die

Krankenversorgung der Bevölkerung weiter steigen würde. Eine stärkere Risikoorientierung innerhalb der bestehenden beitragsfinanzierten Krankenversicherung (Bonus/Malus, Rückerstattung) wäre ein Weg, dieses Problem zu vermeiden.

Anhang

1. Erlaß über die Errichtung eines Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesminister für Gesundheit vom 12. November 1992

§ 1

Auf der Grundlage von § 142 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch wird ein Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Rat) gebildet. Der Rat hat

1. die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
2. unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
3. Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen sowie
4. Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

§ 2

(1) Der Rat erstattet Jahresgutachten, die dem Bundesminister für Gesundheit bis zum 15. Dezember vorgelegt werden sollen; die Gutachten werden zusammen mit den sonstigen Daten i.S. des § 142 Abs. 1 SGB V der Konzertierte Aktion zur Beratung übermittelt.

(2) Anstelle oder ergänzend zu den in Abs. 1 genannten Gutachten kann der Bundesminister für Gesundheit den Rat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Die Gutachten des Rates werden durch den Bundesminister für Gesundheit veröffentlicht.

§ 3

Der Rat ist an den durch diesen Erlaß begründeten Auftrag gebunden und im übrigen in seiner Tätigkeit unabhängig.

§ 4

(1) Der Rat besteht aus sieben Mitgliedern, die über besondere medizinische oder wirtschafts- oder sozialwissenschaftliche oder sozialrechtliche Kenntnisse und Erfahrungen verfügen müssen.

(2) Die Mitglieder des Rates dürfen weder der Regierung oder einer gesetzgebenden Körperschaft des Bundes oder eines Landes, noch dem öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes oder einer sonstigen juristischen Person des öffentlichen Rechts, es sei denn als Hoch-

schullehrer oder als Mitarbeiter eines wissenschaftlichen Instituts, angehören. Sie dürfen ferner nicht Repräsentant eines Wirtschaftsunternehmens, eines Wirtschaftsverbandes, einer Organisation der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer oder einer Organisation im Gesundheitswesen sein oder zu diesen in einem ständigen Dienst- oder Geschäftsbesorgungsverhältnis stehen.

§ 5

(1) Die Mitglieder des Rates werden vom Bundesminister für Gesundheit unter Beteiligung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für die Dauer von vier Jahren berufen; die Mitgliedschaft ist auf die Person bezogen. Wiederberufung ist zulässig.

(2) Die Mitglieder können schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten dem Bundesminister für Gesundheit gegenüber ihr Ausscheiden aus dem Rat erklären.

(3) Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so wird ein neues Mitglied für die Dauer der Amtszeit des ausgeschiedenen Mitglieds berufen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit hört den Rat, bevor er neue Mitglieder beruft.

(5) Der Rat schlägt nach geheimer Wahl aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden vor, die vom Bundesminister für Gesundheit für die Dauer von 2 Jahren berufen werden.

§ 6

(1) Entscheidungen des Rates werden mit der Mehrheit der Mitglieder gefällig.

(2) Vertritt eine Minderheit bei der Abfassung der Gutachten nach § 2 eine abweichende Auffassung, so kann sie diese in dem Gutachten zum Ausdruck bringen.

§ 7

(1) Der Vorsitzende vertritt den Rat nach außen. Er beruft den Rat zu den Sitzungen ein und teilt dabei die Tagesordnung mit.

(2) Auf Wunsch des Bundesministers für Gesundheit oder von drei Mitgliedern hat der Vorsitzende den Rat einzuberufen.

(3) Die Beratungen sind nicht öffentlich. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen des Rates teilnehmen.

§ 8

Der Rat gibt sich eine Geschäftsordnung; sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 9

(1) Der Bundesminister für Gesundheit kann in Abstimmung mit dem Rat weitere Sachverständige beauftragen, an der Begutachtung medizinischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und sozialrechtlicher Spezialfragen mitzuwirken.

(2) Der Rat kann zu einzelnen Beratungsthemen im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Mittel weitere Sachverständige hinzuziehen.

(3) Der Rat kann die für das Gesundheitswesen verantwortlichen Stellen hören.

§ 10

Der Rat kann sich an die Behörden des Bundes und der Länder, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie weitere Verbände und Institutionen im Gesundheitswesen um Unterstützung im Rahmen ihrer Zusammenarbeit nach § 141 SGB V wenden.

§ 11

Der Bundesminister für Gesundheit stellt dem Rat zur Erfüllung seiner Aufgaben eine Geschäftsstelle zur Verfügung.

§ 12

Die Mitglieder des Rates und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle sind zur Verschwiegenheit über die Beratungen und die vom Rat als vertraulich bezeichneten Beratungsunterlagen verpflichtet. Die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht sich auch auf Informationen, die dem Rat gegeben und als vertraulich bezeichnet werden.

§ 13

Die Mitglieder des Rates erhalten als Honorar eine feste Vergütung sowie Ersatz ihrer Reisekosten; das nähere regelt ein Werkvertrag.

§ 14

(1) Bei der erstmaligen Berufung der Ratsmitglieder nach Inkrafttreten dieses Erlasses werden acht Ratsmitglieder berufen, davon fünf Mitglieder bis 31.12.1994 und drei Mitglieder bis 31.12.1996.

(2) Zum 01.01.1995 werden vier Mitglieder des Rates berufen, davon mindestens ein neues Mitglied. Ab 01.01.1997 wird jeweils mindestens ein neues Mitglied berufen.

Bonn, den 12.11.1992

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

2. Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im SGB V

Fünftes Kapitel Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 141 Konzertierte Aktion

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln gemeinsam mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Auf der Grundlage der medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sind die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben, insbesondere hinsichtlich des Abbaus von Überversorgung und des Ausgleichs von Unterversorgung, zu bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

(2) Die Konzertierte Aktion gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der

Beitragssatzstabilität. Die Beteiligten berichten über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse.

(3) Der Bundesminister für Gesundheit beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenkassen, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände sowie je einen Vertreter der Gesundheitshandwerker, der Heilmittelerbringer, des Kur- und Bäderwesens, der Pflegeberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behindertenverbände und der Verbraucherverbände. Der Bundesminister für Wirtschaft, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesminister für Familie und Senioren sind zu beteiligen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1991, über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion

(1) Der Bundesminister für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann einen Sachverständigenrat berufen, der die Konzertierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt.

Anhänge zu den Kapiteln

3. Anhang zu Kapitel 1.

Initiativen zur Entwicklung rationaler Gesundheitsziele im Ausland

England

In England ging die Initiative für eine Entwicklung nationaler Gesundheitsziele von der Regierung aus. Das *Department of Health* veröffentlichte dazu 1991 einen ersten Entwurf (*'Green Paper'*), der sich thematisch eng an das WHO/EURO Programm »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« anlehnte und allen relevanten Einrichtungen, Organisationen und Berufsgruppen als Diskussionsgrundlage dienen sollte. Die Resonanz auf dieses Dokument war groß; zahlreiche Seminare und Konferenzen fanden statt, über 2000 Stellungnahmen wurden dazu abgegeben. Die Ergebnisse wurden dann vom *Department* 1992 in einem *'White Paper'* (*'The Health of the Nation'*) veröffentlicht. Ausdrückliches Ziel dieser »Strategy for Health in England« ist die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung; erreichbar wird dieses Ziel nur durch eine darauf bezogene gesamtgesellschaftliche Mobilisierung und nicht allein durch Reorientierung und Intensivierung der Leistungen des Gesundheitswesens.

Die Suche nach strategischen Schwerpunkten für entsprechende Aktivitäten wurde von drei Kriterien geleitet: Hauptaktionsfelder (*'key areas'*) sollten nur solche sein, in denen eine besonders gewichtige Ursache für vermeidbare Krankheiten oder frühzeitigen Tod vorliegt, effektive Interventionen und beträchtliche Verbesserungen möglich sind sowie konkrete Ziele formuliert und deren Erreichungsgrad überprüft werden können. Anhand dieser Kriterien werden in dem *'White Paper'* fünf Kategorien von Krankheiten oder Todesursachen als Hauptaktionsfelder priorisiert:

- koronare Herzkrankheiten und Schlaganfall,
- Brust-, Cervix-, Haut- und Lungenkrebs,
- einige psychische Krankheiten,
- HIV/Aids und Geschlechtskrankheiten,
- Unfälle.

Für jedes dieser Aktionsfelder werden quantitative und auch zeitlich fixierte Ziele (*'targets'*) festgelegt, z.B.: Reduzierung der Sterblichkeitsrate für Schlaganfall bei Personen unter 65 Jahren um mindestens 40 % bis zum Jahr 2000, und sodann Aufgaben für diesbezügliche Interventionen (*'Strategy'*) definiert, z.B. zwecks Reduzierung speziell risikoträchtiger Trink- und Ernährungsgewohnheiten in bestimmten Bevölkerungsgruppen. Die Mehrheit dieser Interventionsziele ist risikofaktorenorientiert und daher primärpräventiv angelegt. So soll z.B. beim Risikofaktor Rauchen durch Informationskampagnen und spezielle Förderungsprogramme erreicht werden, daß der Raucheranteil bei Männern (1990: 31%) und

Frauen (28%) bis zum Jahr 2000 auf maximal 20%, der bei Jugendlichen bis 15 Jahre (1988: 8%) bis 1994 auf maximal 6% gesenkt werde.

Einige andere Interventionsziele sollen u.a. auch durch verbesserte medizinische Prävention (z.B. Früherkennung von Krebs und HIV) erreicht werden, und manche erfordern auch eine Erweiterung und Vernetzung der lokalen Gesundheitseinrichtungen und eine Weiterentwicklung der Standards guter ärztlicher Praxis (z.B. bei psychischen Erkrankungen, HIV/Aids und Geschlechtskrankheiten). Eine Priorisierung unter den einzelnen Interventionszielen oder gar zwischen den fünf Hauptaktionsfeldern wird in *'The Health of the Nation'* nicht vorgenommen.

Der Appell, zur Verwirklichung dieser Strategie aktiv beizutragen, richtet sich prinzipiell an die ganze Gesellschaft, konkret aber an die diversen Ressorts der Landesregierung und der Kommunalverwaltungen, an freiwillige Organisationen und Wohlfahrtsverbände, die Arbeitgeber und Gewerkschaften, die Massenmedien und schließlich an alle im Gesundheitswesen und speziell in der Primärversorgung Tätigen, denen selbstverständlich eine zentrale Rolle auch in einem solchen Programm zukomme. Entscheidend für dessen Erfolg sei, daß es gelingt, diese Institutionen, Organisationen und Professionen zu koordinierten Aktionsbündnissen (*'healthy alliances'*) zu bewegen und gleichzeitig noch Spezialprojekte (wie *'Healthy Cities'*, *'Healthy Schools'*, *'Healthy Hospitals'*) zieladäquat in die Gesamtstrategie zu integrieren.

Angelsächsische Ökonomen kritisieren an dieser Strategie, daß Kosten-Effektivitäts-Kriterien bei der Auswahl der Ziele und Maßnahmen eine zu geringe Rolle gespielt hätten: ohne zusätzliche finanzielle Ressourcen sei sie nicht zu verwirklichen, zumal ja Präventionsmaßnahmen zumindest kurzfristig kaum zu Ersparnissen bei den Ausgaben für kurative oder rehabilitative Leistungen führten. (Allein die oben angeführten Maßnahmen zur Reduzierung des Zigarettenkonsums würden etwa 20 bis 30 Millionen pro Jahr kosten.)

Eine im Sommer 1993 erschienene *'Summary of Progress'* berichtet von einigen Erfolgen der Strategie-Implementation während des ersten Jahres nach Veröffentlichung des *'White Paper'*: Durch ausgedehnte Öffentlichkeitsarbeit konnte die Strategie in weiten Teilen der Bevölkerung und unter den beteiligten Professionen bekannt gemacht werden; mehrere *'task forces'* und, innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes, *'focus groups'* arbeiten bereits an den Detailprogrammen für die einzelnen Hauptaktionsfelder; ein interministerieller Ausschuß für die Koordinierung der regierungsamtl-

chen Strategie-Aktivitäten wurde eingerichtet; die ersten »healthy alliances« mit Kommunen und freien Organisationen sind gegründet; eine Reihe von Seminaren und Konferenzen wurden abgehalten, Handbücher publiziert, epidemiologische Studien durchgeführt oder vorbereitet. Alles in allem ist das *Department of Health* davon überzeugt, daß seine Initiative dank der ausgiebigen Konsultationen im Vorfeld auf große Akzeptanz gestoßen sei und schon eine enorme Dynamik entwickelt habe.

Frankreich

In Frankreich arbeitet ein vom Gesundheitsminister eingesetztes 'Komitee für Öffentliche Gesundheit' (*Haut Comité de la Santé Publique*) seit zwei Jahren an dem Entwurf für eine neue gesundheitspolitische Strategie. Aufgabe des Komitees ist es vor allem,

- zur (Neu-)Definition von Zielen für die Gesundheitspolitik beizutragen,
- Vorschläge zur Verstärkung präventiver Maßnahmen, insbesondere auf dem Gebiet öffentlicher Gesundheitsinformation und -erziehung, zu machen,
- die Kenntnisse über den Gesundheitszustand der Bevölkerung systematisch zu verbessern und
- dazu jährliche Berichte mit routinisierten Vergleichsindikatoren und perspektivischen Problemanalysen zu konzipieren und zu veröffentlichen.

Für seine Arbeit hat sich das Komitee u.a. folgende Vorgaben gemacht:

- Den zu entwerfenden gesundheitspolitischen Zielen soll der umfassende Gesundheitsbegriff der WHO zugrundeliegen; sie sollen außerdem den Grundwerten der französischen Republik (Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit) entsprechen.
- Die Ziele sind so zu gestalten, daß sie einen weitgehenden nationalen Konsens ermöglichen; sie sind pluralistisch zu entwickeln, d.h. an ihrer Formulierung sollen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene – sowohl die Professionen des Gesundheitswesens und dessen Nutzer als auch Experten und Betroffene anderer gesundheitsrelevanter Sektoren der Gesellschaft beteiligt sein.
- Die Zielstrategie muß sich innerhalb des Gesundheitssystems sowohl auf Prävention, Diagnostik und Therapie als auch auf Forschung und Ausbildung beziehen.
- Die Ziele sollen zugleich anspruchsvoll und realistisch sein, was zunächst heißen könnte: Frankreich als Ganzes sollte bei jedem einzelnen Ziel dasjenige Niveau anstreben, welches das darin am weitesten fortgeschrittene europäische Land bereits erreicht hat, und – analog dazu – jede französische Region sollte sich bei jedem Gesundheitsziel an dem Erreichungsgrad der darin führenden Region des eigenen Landes orientieren.

- Die Ziele müssen hinreichend operationalisiert, d.h. quantifiziert und zeitlich wie räumlich fixiert sein, daß sie konkrete, instrumentennahe Implementationsempfehlungen an die Akteure im Gesundheitssystem ermöglichen und anhand von Daten der Erfolge ihrer Verwirklichung objektiv überprüft werden kann.

In einem ersten Schritt zur Erfüllung seines Auftrags hat das Komitee im Sommer 1992 eine Reihe von Arbeitsgruppen gebildet, die sich folgenden Themenkomplexen zu widmen hatten:

- lebensalterbezogene Gesundheitsprobleme (von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen, alten Menschen);
- besonders wichtige Krankheiten und Gesundheitsrisiken (Herz/Kreislaufkrankheiten, Krebs, psychische Erkrankungen, HIV-Infektion, Sucht-, Infektions- und Geschlechtskrankheiten);
- systemübergreifende Aspekte der Gesundheitspolitik (Krankheitsmuster und Versorgungssystem: Qualitätssicherung und Evaluation im Gesundheitswesen; Gleichheit des Zugangs zu Versorgungsleistungen; Gesundheit und Lebensführung).

Aufgabe der Arbeitsgruppen war es zunächst nur, ihre jeweilige Thematik so zu präzisieren, daß die wesentlichen damit verbundenen Fragestellungen hinsichtlich der relevanten Ziele, Maßnahmen und Ressourcen erkennbar würden und erste gesundheitspolitische Grundleitlinien skizziert werden könnten.

Der Bericht, den das Komitee bereits im Oktober 1992 vorlegte (*Stratégie pour une politique de santé*), stellt die ersten Ergebnisse und Vorschläge dieser Arbeitsgruppen vor. Der Bericht hält sich in Thematik und Aufbau eng an das WHO/EURO-Dokument »Ziele zur 'Gesundheit für alle'« (aktualisierte Fassung, 1991), d.h. behandelt zunächst allgemeine Ziele wie »Chancengleichheit« und Förderung der »Lebensqualität«, dann bevölkerungs- und altersgruppenbezogene Gesundheitsziele (z.B. für Behinderte, Kinder, Alte) schließlich krankheitsbezogene Zielsetzungen (Krebs, HIV etc.); daraufhin behandelt er Prinzipien einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, der Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensweisen, einer gesunden Um- und Arbeitswelt; schließlich befaßt er sich auch noch mit Maßnahmen, die zur Unterstützung einer solchen zielorientierten Gesundheitspolitik erforderlich sind (Ausbildung, Forschung, Information und Mobilisierung der Akteure usw.).

Die Darstellung der einzelnen Komplexe folgt einem festen Schema:

- Problembeschreibung mit besonderer Berücksichtigung der Situation in Frankreich, ggf. unter Verwendung epidemiologischer oder versorgungssystemspezifischer Daten;

- Aufstellung eines Zielkatalogs (ohne Quantifizierung der Zielgrößen und ohne zeitliche Festlegung der Zielerreichung);
- Vorschlag von Maßnahmen oder Mitteln der Zielverwirklichung (ohne Kennzeichnung des Ressourcenbedarfs und meist auch ohne Nennung des Adressaten).

Das Werk des Komitees enthält also tatsächlich nur »*premières propositions*« und hat noch bei weitem nicht den Reifegrad des englischen 'White Paper'.

USA

In den USA wurde 1987 ein großes nationales Projekt mit Unterstützung der Zentralregierung in Washington (D.C.) speziell zur Bestimmung von Aufgaben und Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention begonnen. Der erste Entwurf des Projektberichtes wurde in 22 Arbeitskreisen und in einem Konsortium mit Vertretern aus ca. 300 nationalen Organisationen und den Gesundheitsbehörden aller Einzelstaaten (*state health departments*) ausgearbeitet. Grundlage waren unter anderem Stellungnahmen von mehr als 750 Personen und Organisationen. Der Endbericht entstand nach einer öffentlichen Diskussion des Entwurfes unter Beteiligung von mehr als 10.000 Personen.

In dem 1991 publizierten Endbericht werden drei allgemeine Ziele definiert:

- 1) Verlängerung der gesunden Lebenszeit,
- 2) Verringerung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen,
- 3) Zugang zur präventiven Gesundheitsversorgung für alle Personen.

Die verschiedenen möglichen Ansatzpunkte zur Erreichung dieser Ziele werden in insgesamt 22 'Prioritäten-Gebiete' (*priority areas*) unterteilt. Die '*priority areas*' beziehen sich auf Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und präventive Gesundheitsversorgung (z.B. in bezug auf körperliche Bewegung und Fitneß, Schwangerschaft bei Minderjährigen, Tötung und Verletzung durch Gewaltdelikte, Aufklärungsprogramme in Schulen, Sicherheit am Arbeitsplatz, Umweltverschmutzung, Arzneimittelsicherheit, orale Gesundheit, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Krebs, HIV-Infektion, Impfungen); auch die empirische Evaluation des Gesamtprojektes und einzelner Maßnahmen wird als eine '*priority area*' genannt.

Um hervorzuheben, daß Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention häufig altersspezifisch ausgeprägt sind, werden zudem vier Altersgruppen unterschieden (Säuglinge und Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Betagte) und pro Altersgruppe die wichtigsten Gesundheitsprobleme und Präventionsmöglichkeiten diskutiert. In ähnlicher Weise wird auch hervorgehoben, daß die Gesundheitsprobleme in einigen Bevölkerungsgruppen (z.B. Personen mit geringem Einkommen, ethnische Minoritäten, Personen mit Behinderungen) besonders ausgeprägt sind, und daß daher Gesundheitsförderung und Prävention gerade in diesen Gruppen notwendig seien.

Für jedes Prioritäten-Gebiet werden einige spezifische Ziele für das Jahr 2000 definiert und detailliert begründet, und zwar jeweils Ziele in bezug auf den Gesundheitszustand, die Reduzierung des Erkrankungsrisikos und das Versorgungsangebot. Bezogen auf das Prioritäten-Gebiet 'körperliche Bewegung und Fitneß' werden z.B. die folgenden Ziele genannt:

- Bezogen auf den Gesundheitszustand: Die Todesfälle durch koronare Herzkrankheiten sollen auf maximal 100 pro 100.000 (altersstandardisiert) reduziert werden (Ausgangsbasis: 1987 betrug die altersstandardisierte Rate 135 pro 100.000).
- Bezogen auf die Reduzierung des Erkrankungsrisikos: Mindestens 30% der Personen ab 6 Jahren sollen regelmäßig (vorzugsweise jeden Tag) leichte körperliche Aktivität von mindestens 30 Minuten Dauer täglich ausüben (Ausgangsbasis: 1985 waren 22% der Personen ab 18 Jahren mindestens fünf mal pro Woche für wenigstens 30 Minuten körperlich aktiv).
- Bezogen auf das Versorgungsangebot: Mindestens 50% der Primärärzte sollen bei ihren Patienten routinemäßig die körperliche Fitneß überprüfen und sie über Häufigkeit, Dauer, Art und Intensität der körperlichen Aktivitäten beraten (Ausgangsbasis: 1988 berieten ca. 30% der Primärärzte ihre Patienten über körperliche Aktivitäten).

In dem umfangreichen Endbericht von insgesamt 692 Seiten wird versucht, einen möglichst vollständigen Überblick über vorhandene sinnvolle Präventionsmaßnahmen zu geben, und mit Hilfe von einigen spezifischen quantitativen Zielvorgaben die Notwendigkeit und Möglichkeit konkreter Maßnahmen exemplarisch darzustellen. Eine Priorisierung zwischen verschiedenen Präventionsmaßnahmen wird nicht vorgeschlagen.

Tabelle A 1: Ausgaben für die Gesundheitsversorgung* nach Ausgabenträgern** und Versorgungsbereichen***: Ausgewählte Beispiele

Sektoren/Institutionen	intersektorale Aufgaben	Prävention	Kuration	Rehabilitation	Pflege
A. Öffentlicher Sektor					
1. Gebietskörperschaften		* 18			
1.1. Bund	* 1	* 2	* 3	* 4	* 5
1.2. Länder	* 6	* 7	* 8		* 9
1.3. Kommunen	* 10	* 11	* 12	* 13	* 14
2. Sozialversicherung		* 18			
2.1. GKV		* 15	* 15	* 15	* 15
2.2. GRV				* 16	
2.3. GUV	* 17	* 18	* 19	* 19	* 19
B. Privater Sektor					
3. Private Unternehmen		* 18			
3.1. Versicherungsunternehmen, darunter:					
3.1.1. PKV		* 20	* 20	* 20	* 20
3.1.2. PUV			* 20	* 20	* 20
3.2. übrige Unternehmen	* 21	* 18			
4. Private und freigemeinnützige Organisationen ohne Erwerbscharakter, darunter:					
4.1. Organisationen der freien Wohlfahrtspflege		* 18	* 22	* 22	* 22
4.2. Selbsthilfegruppen u.ä. Vereinigungen					
5. Private Haushalte		* 23	* 23	* 23	* 23

Anmerkungen:

- * nur direkte (tatsächliche oder fiktive) Zahlungsströme von den Sektoren/Institutionen in Sp. 1 an Einrichtungen der Leistungserstellung (institutionelle Leistungsdefinition)

Beachte: Der Matrixdarstellung kann die komplexe Finanzverflechtung zwischen den Sektoren/Institutionen in Sp. 1 nicht entnommen werden. Damit bleiben auch Institutionen, die im vorliegenden Kontext nur eine Refinanzierungsfunktion haben (wie z.B. die Haftpflichtversicherungen) außerhalb der Betrachtung.

Einzelne Institutionen sind gleichzeitig Träger der Leistungserstellung, die für die betreffenden Institutionen in vielen Fällen (wenn auch nicht immer) mit Einnahmen verbunden ist.

- ** Die sektorale/institutionelle Gliederung ist, um ein "mapping" der Tabellen I-III zu ermöglichen, in allen drei Tabellen identisch. Für die spezifischen Perspektiven, die in den einzelnen Tabellen dargestellt sind, hätten sich jeweils andere Untergliederungen angeboten, vor allem auch eine gedankliche Zerlegung realer Institutionen unter funktionalen Gesichtspunkten.

- *** Die Versorgungsbereiche sind gewiß nicht mit hoher Trennschärfe voneinander abzugrenzen. Dennoch bringt die Aufnahme der Kategorie der "intersektoralen" Gesundheitsversorgung eine neue Qualität der begrifflichen Unschärfe mit sich, weil dieser Leistungsbereich ex definitione nicht mehr institutionell, sondern nur funktional und/oder intentional abgrenzbar ist.

Auf dem hier gewählten hohen Aggregationsniveau des "intersektoralen" Gesundheitsschutzes einerseits und der institutionellen Gruppenbildung andererseits ist der Erkenntniswert der Tabellen äußerst gering. Eine disaggregierte Betrachtung einzelner Segmente der "intersektoralen" Gesundheitsproduktion (Verkehr, Städtebau, Ernährung usw.) würde bei detaillierter Analyse zu einem je sehr spezifischen Set an relevanten Institutionen führen.

Anmerkungen zu Tabelle A 1:

- 1 Ausgaben des Bundes für Lärmschutzmaßnahmen im Rahmen des Bundesfernstraßenbaus;
Ausgaben für das Bundesamt für Strahlenschutz
- 2 Ausgaben für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- 3 Ausgaben für die medizinische Betreuung der Bundeswehrangehörigen
- 4 Zuschuß zu den landwirtschaftlichen Altersklassen
- 5 Erstattung beihilfefähiger Aufwendungen für Pflegebetreuung

- 6 Ausgaben ÖGD Lebensmittelüberwachung
- 7 Ausgaben ÖGD Schulärztlicher Dienst
- 8 Finanzierung Investitionskosten Krankenhäuser
- 9 Zuwendungen an freigemeinnützige Träger ambulanter Pflegedienste

- 10 Finanzierung von Aktivitäten im Rahmen des WHO-Projekts "Healthy Cities"
- 11 Ausgaben ÖGD Suchtprävention
- 12 Ausgaben ÖGD ambulante sozialpsychiatrische Betreuung
- 13 Ausgaben für die medizinische Rehabilitation von Sozialhilfeempfängern
- 14 Ausgaben für die ambulante krankenpflegerische Betreuung von Sozialhilfeempfängern

- 15 Ausgaben für Leistungskatalog § 11 SGB V
- 16 Ausgaben für Rehabilitation gem. § 23 (1) SGB I

- 17 Ausgaben für die technischen Aufsichtsdienste der UV-Träger
- 18 Ausgaben für innerbetrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutz der UV-Träger
(Beachte: Aufwendungen hierfür leisten alle Institutionen 1/2/3/4.2 !)
- 19 Kurative Versorgung, Rehabilitation und Pflege im Rahmen der Heilbehandlung

- 20 Ausgaben für Leistungen im Rahmen individualvertraglicher Vereinbarungen

- 21 Ausgaben für technische Anlagen des Emissionsschutzes
- 22 Zuschüsse zu leistungserstellenden Einrichtungen in Trägerschaft von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege

- 23 Von der Sozial- und Privatversicherung nicht abgedeckte Aufwendungen

Tabelle A 2: Leistungen der Gesundheitsversorgung* nach Trägern der Einrichtungen der Leistungserstellung** und Versorgungsbereichen***: Ausgewählte Beispiele

Sektoren/Institutionen	intersektorale Aufgaben	Prävention	Kuration	Rehabilitation	Pflege
A. Öffentlicher Sektor					
1. Gebietskörperschaften		* 12			
1.1. Bund	* 1	* 2	* 3		
1.2. Länder	* 4	* 5	* 6		
1.3. Kommunen	* 7	* 8	* 9		
2. Sozialversicherung		* 12			
2.1. GKV				* 10	
2.2. GRV		* 10		* 10	
2.3. GUV	* 11	* 12	* 13	* 13	
B. Privater Sektor					
3. Private Unternehmen		* 12			
3.1. Versicherungsunternehmen, darunter:					
3.1.1. PKV					
3.1.2. PUV					
3.2. übrige Unternehmen		* 14	* 14	* 14	* 14
4. Private und freigemeinnützige Organisationen ohne Erwerbscharakter, darunter:					
4.1. Organisationen der freien Wohlfahrtspflege		* 15	* 16		* 17
4.2. Selbsthilfegruppen u.ä. Vereinigungen		* 18	* 18	* 18	* 18
5. Private Haushalte		* 18	* 18	* 18	* 18

Anmerkungen:

- * institutionelle Leistungsdefinition
- ** siehe Anmerkung ** zu Tabelle I
- *** siehe Anmerkung *** zu Tabelle I
- * 1 Leistungen des Umweltbundesamts
- * 2 Leistungen des Bundesgesundheitsamts, des Bundesamts für Sera und Impfstoffe, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- * 3 kurativmedizinische Versorgung durch Bundeswehrkrankenhäuser
- * 4 Leistungen der Gewerbeaufsichtsämter
- * 5 Leistungen der Untersuchungsämter des ÖGD
- * 6 kurativmedizinische Versorgung durch Universitätskliniken und -polikliniken; stationäre Versorgung psychisch Kranker durch Landes- und Bezirkskrankenhäuser
- * 7 Kommunale Maßnahmen der Verkehrsberuhigung
- * 8 AIDS-Beratungsstellen des ÖGD
- * 9 Ambulante sozialpsychiatrische Betreuung psychisch Kranker durch den ÖGD; kurativmedizinische Versorgung durch Krankenhäuser in Trägerschaft von Städten, Kreisen und Gemeindeverbänden
- * 10 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation in Kurkliniken, Sanatorien und Schwerpunktambulatorien der Rentenversicherungsträger
- * 11 Leistungen der technischen Aufsichtsdienste der UV-Träger
- * 12 Leistungen des innerbetrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes
- * 13 Heilbehandlung in Kliniken der UV-Träger
- * 14 Einrichtungen der Leistungserstellung in privater Trägerschaft (Arztpraxen, Krankenhäuser, Einrichtungen der Krankenpflege usw.)
- * 15 Vorsorgekuren in Einrichtungen des Müttergenesungswerks
- * 16 Kurativmedizinische Versorgung durch Krankenhäuser in Trägerschaft von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege
- * 17 Krankenpflege durch Pflegedienste in Trägerschaft von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege
- * 18 Leistungen der Gesundheitsversorgung im Laiensektor

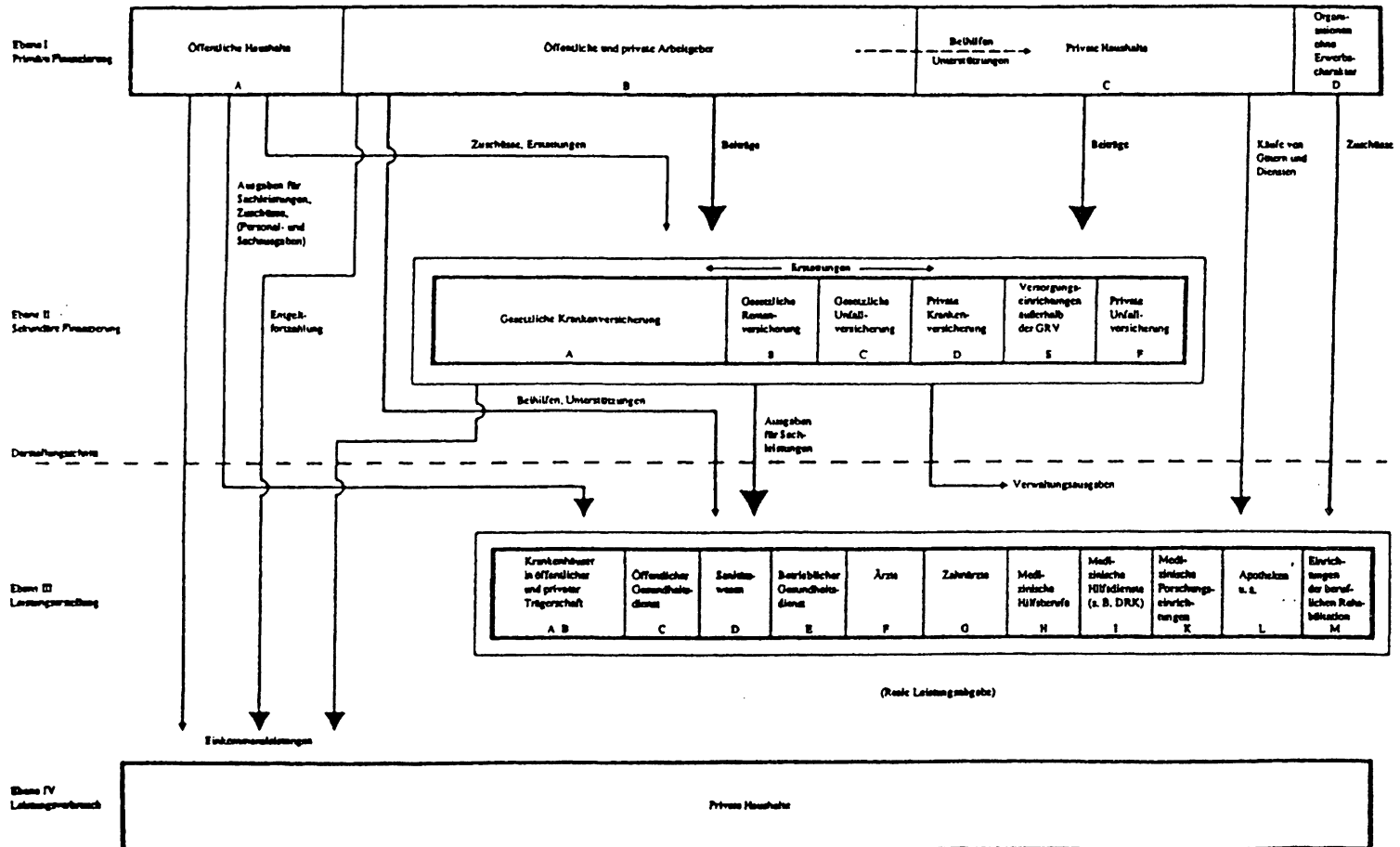
Tabelle A 3: Planungs- und Entscheidungsträger mit gesetzlich fixierten Aufgaben der Gestaltung von Inhalt, Struktur und Finanzierung der Gesundheitsversorgung: Ausgewählte Beispiele

Sektoren/Institutionen	intersektorale Aufgaben	Prävention	Kuration	Rehabilitation	Pflege
A. Öffentlicher Sektor					
1. Gebietskörperschaften					
1.1. Bund	* 1	* 2	* 3	* 4	* 5
1.2. Länder	* 6	* 7	* 8	* 9	* 10
1.3. Kommunen		* 11	* 11		* 11
2. Sozialversicherung					
2.1. GKV		* 12	* 13		* 14
2.2. GRV					
2.3. GUV					
B. Privater Sektor					
3. Private Unternehmen					
3.1. Versicherungsunternehmen, darunter:					
3.1.1. PKV					
3.1.2. PUV					
3.2. übrige Unternehmen					
4. Private und freigemeinnützige Organisationen ohne Erwerbscharakter, darunter:					
4.1. Organisationen der freien Wohlfahrtspflege		* 15	* 15	* 15	* 15
4.2. Selbsthilfegruppen u.ä. Vereinigungen					
5. Private Haushalte					

Anmerkungen:

- * 1 Konkurrierende Gesetzgebung des Bundes im Bereich des Schutzes gegen Gefahren beim Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen (Art. 74 Nr. 11a GG): Strahlenschutzverordnung
- * 2 Konkurrierende Gesetzgebung des Bundes im Bereich von Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren (Art. 74 Nr. 19 GG): Bundes-Seuchengesetz
- * 3 Konkurrierende Gesetzgebung des Bundes im Bereich der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Nr. 19a GG): Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung
- * 4 Konkurrierende Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Sozialversicherung (Art. 74 Nr. 12 GG): Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1979
- * 5 Konkurrierende Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Sozialversicherung (Art. 74 Nr. 12 GG): Einführung von Pflegeleistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheits-Reformgesetz von 1989
- * 6 Immissionsschutzgesetz der Länder
- * 7 Gesetze und Verordnungen der Länder zum ÖGD
- * 8 Krankenhausplanung der Länder
- * 9 Planungen der Träger der mittelbaren Staatsverwaltung auf Landesebene zu Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
- * 10 Rahmenplanungen der Länder zum Ausbau ambulanter sozialer Dienste (Kranken-, Alten- und Hauspflege)
- * 11 Allokationsentscheidungen der Kommunen zu Struktur und Kapazität von Einrichtungen der Leistungserstellung in kommunaler Trägerschaft (Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Einrichtungen der Kranken- und Altenhilfe usw.)
- * 12 Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Art und Umfang von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V
- * 13 Aufstellung von Bedarfsplänen für die kassenärztliche Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten nach § 122 SGB V
- * 14 Richtlinien der Bundesausschüsse nach § 92 (1) Ziff. 6 (Verordnungen von u.a. häuslicher Pflegehilfe)
- * 15 Planungen und Entscheidungen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege zu Struktur und Umfang ihres Leistungsangebots zur Erfüllung der ihnen im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips zugewiesenen Aufgaben

Abbildung A 1: Die Ausgabenverflechtung im Gesundheitswesen



Quelle: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970, Nr. 7 der Reihe Gesundheitsforschung des BMA, Bonn, 1980, S. 20.

Abbildung A 2: Die Beziehungen der GKV mit anderen Zweigen der Sozialversicherung, mit dem Bund und den privaten Haushalten

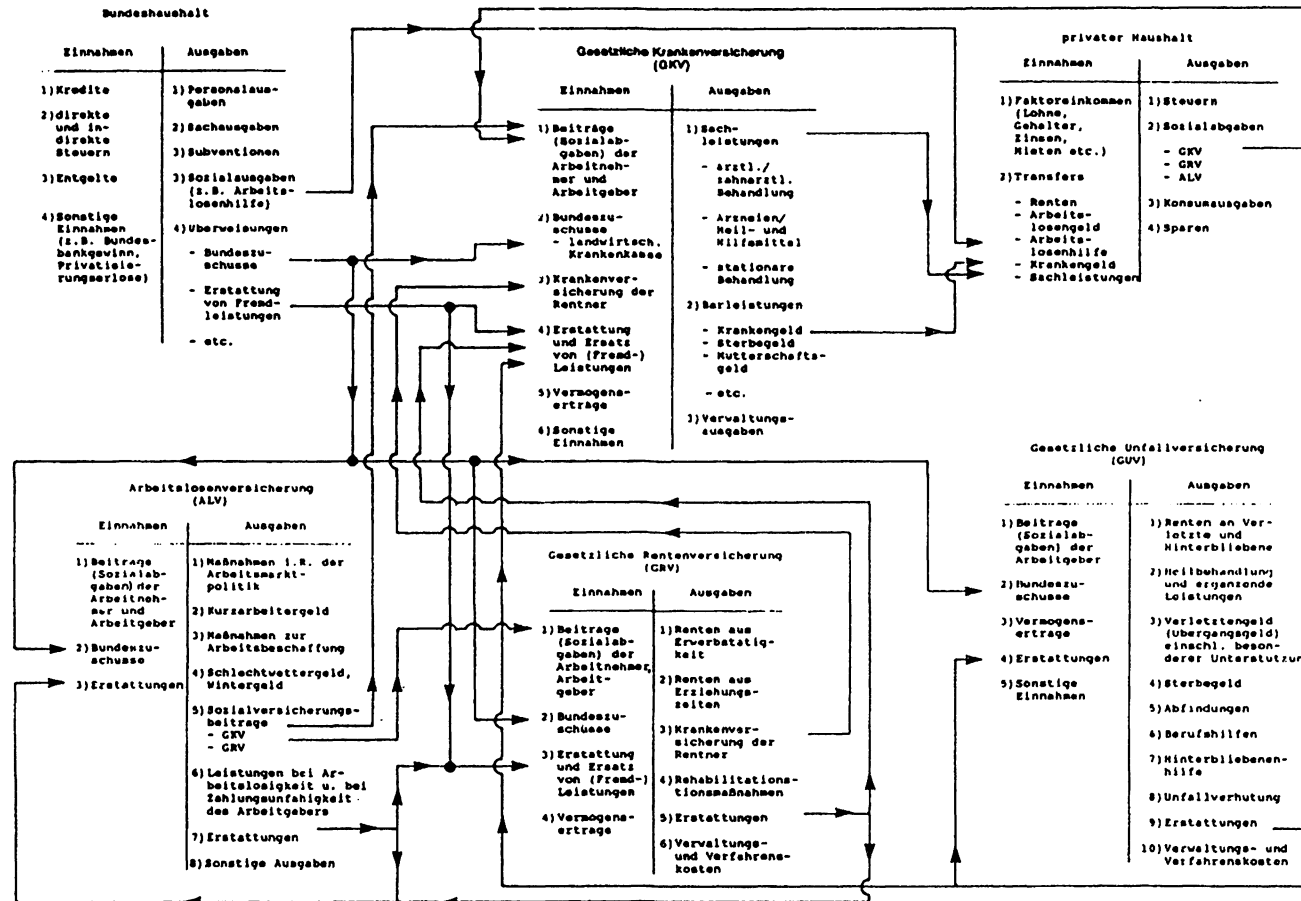


Tabelle A 4: Modellrechnung zur mittelfristigen Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland, in Mio. DM

	1993		1994		1995		1996		1997	
	ArV	AnV	ArV	AnV	ArV	AnV	ArV	AnV	ArV	AnV
	Annahmen und Ergebnisse für das gesamte Bundesgebiet									
Beitragsatz	17,50		18,90		18,60		18,70		18,80	
Einnahmen										
Beitrageinnahmen	102 731	125 008	115 055	142 517	124 552	153 332	130 467	163 516	137 174	174 849
Bundesanteil	40 887	9 203	46 634	10 497	47 352	10 659	49 717	11 191	52 378	11 790
Erstattungen (HEZG, KLG usw.)	507	794	498	790	489	785	480	780	480	780
Wanderversicherung von der KnV	397	139	414	145	426	150	440	154	455	160
Vermögenserträge	219	1 673	224	1 070	248	1 035	264	1 097	277	1 149
Finanzausgleich	25 169	0	15 284	0	13 747	0	14 147	0	15 655	0
sonstige Einnahmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Einnahmen insgesamt	169 910	136 817	178 109	155 019	186 814	165 961	195 515	176 738	206 419	188 728
Ausgaben										
Rentenausgaben	141 982	115 891	149 565	124 024	156 611	131 916	164 155	140 417	173 355	150 571
Zuschüsse zur KV der Rentner	8 881	7 244	10 032	8 316	10 885	9 167	11 408	9 758	12 045	10 463
Rehabilitationsmaßnahmen	5 700	3 902	6 054	4 176	6 372	4 408	6 709	4 657	7 066	4 922
Ausgleichszahlungen an die KnV	5 472	1 491	5 867	1 715	6 221	1 892	6 583	2 085	7 012	2 281
darunter: Wanderungsausgleich	265	327	400	503	521	644	635	798	746	949
Beitragsrückstellungen	150	50	150	50	150	50	150	50	150	50
Verwaltung und Verfahren	3 218	2 183	3 406	2 310	3 607	2 444	3 821	2 588	4 050	2 741
Leistungen nach dem KLG	2 003	706	1 930	680	1 837	648	1 746	615	1 659	585
Finanzausgleich	0	25 169	0	15 284	0	13 747	0	14 147	0	15 655
sonstige Ausgaben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausgaben insgesamt	167 406	156 636	177 004	156 555	185 683	164 272	194 572	174 317	205 337	187 268
Buchmäßiges Rechnungsergebnis	2 504	- 19 819	1 105	- 1 536	1 131	1 689	943	2 421	1 082	1 460
Vermögen										
Schwankungsreserve am Jahresende	4 185	22 565	4 758	20 267	5 153	21 153	5 408	22 737	5 682	23 204
- ArV und AnV zusammen	26 750		25 025		26 306		28 145		28 886	
Liquide Mittel am Jahresende	2 787	20 852	3 437	18 756	3 915	19 860	4 314	21 652	4 662	22 310
- ArV und AnV zusammen	23 639		22 193		23 775		25 966		26 972	
Monatsausgabe im laufenden Jahr	8 371	12 208	9 515	12 094	10 306	12 723	10 816	13 516	11 364	14 545
- ArV und AnV zusammen	20 579		21 609		23 029		24 332		25 909	
Schwankungsreserve in Monatsausg.	0,50	1,85	0,50	1,68	0,50	1,66	0,50	1,68	0,50	1,60
- ArV und AnV zusammen	1,30		1,16		1,14		1,16		1,11	
Liquide Mittel in Monatsausgaben	0,33	1,71	0,36	1,55	0,38	1,56	0,40	1,60	0,41	1,53
- ArV und AnV zusammen	1,15		1,03		1,03		1,07		1,04	

Fortsetzung Tabelle A 4

	1993		1994		1995		1996		1997	
	Ar V	An V	Ar V	An V	Ar V	An V	Ar V	An V	Ar V	An V
Annahmen und Ergebnisse für die alten Bundesländer										
Änderung der Bruttoentgelte	+	2,70	+	4,10	+	4,10	+	4,10	+	4,10
Änderung der Beitragszähler	-	1,33	+	1,23	+	1,21	+	1,20	+	1,18
Arbeitslose (Jahresd. in 1 000)		2 256		2 108		1 958		1 828		1 698
Rentanpassung (ab Juli)	+	4,01	+	3,41	+	2,22	+	3,84	+	3,14
Zuschuß zur KVdR (ab Juli)		6,70		7,20		7,20		7,20		7,20
Einnahmen insgesamt	136 264	116 612	143 724	131 432	149 738	139 250	155 861	147 593	163 037	156 672
darunter: Beiträge	88 075	106 673	98 207	121 071	104 769	128 833	109 156	136 716	113 951	145 319
Bundesanteil	33 156	7 463	37 700	8 486	38 103	8 577	39 878	8 976	41 735	9 394
Finanzausgleich	14 018		6 791		5 821		5 765		6 265	
Ausgaben insgesamt	135 976	130 720	142 963	128 431	148 926	133 895	155 153	141 734	162 249	151 655
darunter: Rentenausgaben	115 603	93 002	121 233	99 444	126 171	105 518	131 616	112 218	137 838	119 813
Krankenv.d.R.	7 263	5 843	8 176	6 706	8 815	7 372	9 195	7 840	9 630	8 371
Buchmäßiges Rechnungsergebnis	288	- 14 108	761	3 001	812	5 355	708	5 859	788	5 017
Schwankungsres. (Jahresende)	3 666		4 069		4 340		4 528		4 725	
Liquide Mittel am Jahresende	2 268		2 748		3 102		3 434		3 705	
Monatsausgabe im laufenden Jahr	7 332		8 137		8 681		9 056		9 450	
Liquide Mittel in Monatsausgaben	0,31		0,34		0,36		0,38		0,39	
Annahmen und Ergebnisse für das Beitrittsgebiet										
Änderung der Bruttoentgelte	+	10,20	+	9,30	+	9,30	+	9,30	+	9,30
Beitragszahler (Jahresd. in 1 000)		5 214		5 316		5 415		5 506		5 597
Arbeitslose (Jahresd. in 1 000)		1 175		1 075		975		825		675
Rentanpassung (Jahresdurchschn.)	+	18,25	+	6,86	+	6,93	+	7,26	+	9,54
Zuschuß zur KVdR (ab Juli)		6,30		6,80		6,80		6,80		6,80
Einnahmen insgesamt	33 646	20 205	34 385	23 587	37 076	26 711	39 654	29 145	43 382	32 056
darunter: Beiträge	14 656	18 335	16 848	21 446	19 783	24 499	21 311	26 800	23 223	29 530
Bundesanteil	7 731	1 740	8 934	2 011	9 249	2 082	9 839	2 215	10 643	2 396
Finanzausgleich	11 151		8 493		7 926		8 382		9 390	
Ausgaben insgesamt	31 430	25 916	34 041	28 124	36 757	30 377	39 419	32 583	43 088	35 613
darunter: Rentenausgaben	26 379	22 889	28 332	24 580	30 440	26 398	32 539	28 199	35 517	30 758
Krankenv.d.R.	1 618	1 401	1 856	1 610	2 070	1 795	2 213	1 918	2 415	2 092
Buchmäßiges Rechnungsergebnis	2 216	- 5 711	344	- 4 537	319	- 3 666	235	- 3 438	294	- 3 557
Schwankungsres. am Jahresende	519		689		813		880		957	
Liquide Mittel am Jahresende	519		689		813		880		957	
Monatsausgabe im laufenden Jahr	1 039		1 378		1 625		1 760		1 915	
Liquide Mittel in Monatsausgaben	0,50		0,50		0,50		0,50		0,50	

Tabelle A 5: Modellrechnung zur mittelfristigen Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland mit den Wirtschaftsannahmen des BMA im Frühjahr 1993, in Mio. DM

	1993		1994		1995		1996		1997	
	ArV	AnV	ArV	AnV	ArV	AnV	ArV	AnV	ArV	AnV
Annahmen und Ergebnisse für das gesamte Bundesgebiet										
Beitragssatz	17,50		18,90		18,50		18,60		18,80	
Einnahmen										
Beitragseinnahmen	102 731	125 008	115 055	142 517	123 927	152 573	129 757	162 636	137 102	174 766
Bundesanteil	40 887	9 203	46 643	10 499	47 104	10 603	49 455	11 132	52 383	11 791
Erstattungen (HEZG, KLG usw.)	507	794	498	790	489	785	480	780	480	780
Wanderversicherung von der KnV	397	139	413	145	425	149	439	154	454	159
Vermögenserträge	219	1 673	224	1 087	247	1 046	263	1 054	276	1 095
Finanzausgleich	25 169	0	14 930	0	14 172	0	14 755	0	15 173	0
sonstige Einnahmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Einnahmen insgesamt	169 910	136 817	177 763	155 038	186 364	165 156	195 149	175 756	205 868	188 591
Ausgaben										
Rentenausgaben	141 982	115 891	149 592	124 047	156 904	132 163	164 565	140 767	173 652	150 829
Zuschüsse zur KV der Rentner	8 881	7 244	9 669	8 015	10 139	8 539	10 633	9 095	11 218	9 744
Rehabilitationsmaßnahmen	5 700	3 902	6 054	4 176	6 372	4 408	6 709	4 657	7 066	4 922
Ausgleichszahlungen an die KnV	5 472	1 491	5 856	1 713	6 204	1 885	6 567	2 078	6 994	2 277
darunter: Wanderungsausgleich	265	327	400	503	518	640	632	794	746	949
Beiträgererstattungen	150	50	150	50	150	50	150	50	150	50
Verwaltung und Verfahren	3 218	2 183	3 406	2 310	3 607	2 444	3 821	2 588	4 050	2 741
Leistungen nach dem KLG	2 003	706	1 930	680	1 840	649	1 750	617	1 662	586
Finanzausgleich	0	25 169	0	14 930	0	14 172	0	14 755	0	15 173
sonstige Ausgaben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausgaben insgesamt	167 406	156 636	176 657	155 921	185 216	164 310	194 195	174 607	204 792	186 322
Buchmäßiges Rechnungsergebnis	2 504	- 19 819	1 106	- 883	1 148	846	954	1 149	1 076	2 269
Vermögen										
Schwankungsreserve am Jahresende	4 185	22 565	4 758	20 918	5 126	20 936	5 378	21 238	5 679	22 528
- ArV und AnV zusammen	26 750		25 676		26 062		26 616		28 207	
Liquide Mittel am Jahresende	2 787	20 852	3 437	19 407	3 888	19 643	4 284	20 153	4 659	21 634
- ArV und AnV zusammen	23 639		22 844		23 531		24 437		26 293	
Monatsausgabe im laufenden Jahr	8 371	12 208	9 514	12 041	10 252	12 731	10 756	13 545	11 359	14 466
- ArV und AnV zusammen	20 579		21 555		22 983		24 301		25 825	
Schwankungsreserve in Monatsausg.	0,50	1,85	0,50	1,74	0,50	1,64	0,50	1,57	0,50	1,56
- ArV und AnV zusammen	1,30		1,19		1,13		1,10		1,09	
Liquide Mittel in Monatsausgaben	0,33	1,71	0,36	1,61	0,38	1,54	0,40	1,49	0,41	1,50
- ArV und AnV zusammen	1,15		1,06		1,02		1,01		1,02	

Fortsetzung Tabelle A 5

	1993		1994		1995		1996		1997	
	Ar V	An V	Ar V	An V	Ar V	An V	Ar V	An V	Ar V	An V
Annahmen und Ergebnisse für die alten Bundesländer										
Änderung der Bruttoentgelte	+	2,70	+	4,10	+	4,10	+	4,10	+	4,10
Aenderung der Beitragszahler	-	1,33	+	1,23	+	1,21	+	1,20	+	1,18
Arbeitslose (Jahresd. in 1 000)		2 258		2 108		1 958		1 828		1 698
Renten Anpassung (ab Juli)	+	4,01	+	3,41	+	2,57	+	3,64	+	3,18
Zuschuß zur KVdR (ab Juli)		6,70		6,70		6,70		6,70		6,70
Einnahmen insgesamt	136 264	116 612	143 421	131 449	149 363	138 576	155 560	146 767	162 591	156 548
darunter: Beiträge	88 075	106 673	98 207	121 071	104 243	128 195	108 561	135 981	113 890	145 250
Bundesanteil	33 156	7 463	37 700	8 486	37 898	8 531	39 665	8 928	41 735	9 394
Finanzausgleich	14 018		6 489		6 178		6 274		5 882	
Ausgaben insgesamt	135 976	130 720	142 660	127 834	148 537	133 998	154 845	142 082	161 808	150 795
darunter: Rentenausgaben	115 603	93 002	121 233	99 444	126 389	105 700	131 933	112 488	138 061	120 007
Krankenv.d.R.	7 263	5 843	7 882	6 465	8 217	6 872	8 577	7 313	8 976	7 802
Buchmäßiges Rechnungsergebnis	288	- 14 108	761	3 615	826	4 578	715	4 685	783	5 753
Schwankungsres. (Jahresende)	3 666		4 069		4 318		4 503		4 722	
Liquide Mittel am Jahresende	2 268		2 748		3 080		3 409		3 702	
Monatsausgabe im laufenden Jahr	7 332		8 137		8,636		9 006		9 445	
Liquide Mittel in Monatsausgaben	0,31		0,34		0,36		0,38		0,39	
Annahmen und Ergebnisse für das Beitrittsgebiet										
Änderung der Bruttoentgelte	+	10,20	+	9,30	+	9,30	+	9,30	+	9,30
Beitragszahler (Jahresd. in 1 000)		5 214		5 316		5 415		5 506		5 597
Arbeitslose (Jahresd. in 1 000)		1 175		1 075		975		825		675
Renten Anpassung (Jahresdurchschn.)	+	18,25	+	6,98	+	7,11	+	7,30	+	9,44
Zuschuß zur KVdR (ab Juli)		6,30		6,30		6,30		6,30		6,30
Einnahmen insgesamt	33 646	20 205	34 342	23 589	37 001	26 580	39 589	28 989	43 277	32 043
darunter: Beiträge	14 656	18 335	16 848	21 446	19 684	24 378	21 196	26 655	23 212	29 516
Bundesanteil	7 731	1 740	8 943	2 013	9 206	2 072	9 790	2 204	10 648	2 397
Finanzausgleich	11 151		8 441		7 994		8 481		9 291	
Ausgaben insgesamt	31 430	25 916	33 997	28 087	36 679	30 312	39 350	32 525	42 984	35 527
darunter: Rentenausgaben	26 379	22 889	28 359	24 603	30 515	26 463	32 632	28 279	35 591	30 822
Krankenv.d.R.	1 618	1 401	1 787	1 550	1 922	1 667	2 056	1 782	2 242	1 942
Buchmäßiges Rechnungsergebnis	2 216	- 5 711	345	- 4 498	322	- 3 732	239	- 3 536	293	- 3 484
Schwankungsres. am Jahresende	519		689		808		875		957	
Liquide Mittel am Jahresende	519		689		808		875		957	
Monatsausgabe im laufenden Jahr	1 039		1 378		1 617		1 750		1 914	
Liquide Mittel in Monatsausgaben	0,50		0,50		0,50		0,50		0,50	

Tabelle A 6: Zuzahlungen auf einen Blick

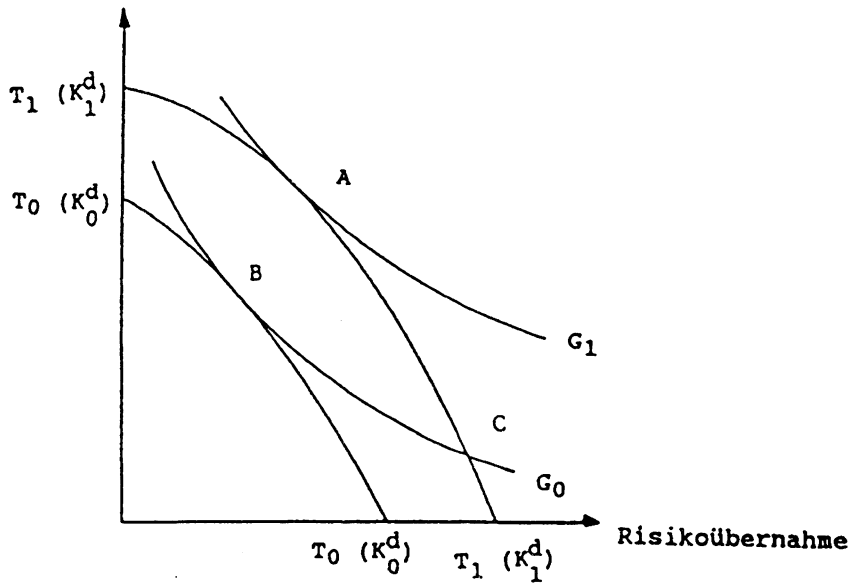
Stand: 01.01.1994

Krankenkassenleistungen	Zuzahlungen		Befreiungsmöglichkeiten
	West	Ost	
Arznei- und Verbandmittel	DM 3,-, DM 5,- u. DM 7,- je Medikament; gestaffelt nach Packungsgrößen	DM 3,-, DM 5,- u. DM 7,- je Medikament; gestaffelt nach Packungsgrößen	a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel c) Kinder
Fahrkosten - zu und von stationären Behandlungen	DM 20,- pro Fahrt	DM 20,- pro Fahrt	a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel
-zur ambul. Beh., wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden wird	DM 20,- pro Fahrt	DM 20,- pro Fahrt	a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel
-bei einem Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen	DM 20,- pro Fahrt	DM 20,- pro Fahrt	a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel
Heilmittel (z.B. Massagen)	10% der Kosten, auch bei Abgabe in der Arztpraxis	10% der Kosten, auch bei Abgabe in der Arztpraxis	a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel c) Kinder
Krankenhausbehandlung für Versicherte ab 18 Jahren	DM 12,- pro Kalendertag für höchst. 14 Tage	DM 9,- pro Kalendertag für höchst. 14 Tage	Keine Befreiungsmöglichkeit Kinder befreit
Station. Vors. und Rehabilitationsmaßn.	DM 12,- täglich	DM 9,- täglich	a) Sozialklausel b) Kinder
Zahnersatz und damit verbund. zahnärz. Behandl.	50% der Kosten; 40 % bei regelm. Vorsorgeunters.	50% der Kosten; 40 % bei regelm. Vorsorgeunters.	a) Sozialklausel b) gleitende Überforderungskl.
Kieferorthop. Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres	20% der Kosten; ist mehr als 1 Kind zur gleichen Zeit in kieferorthop. Behandlung: 10% der Kosten bei jedem weiteren Kind	20% der Kosten; ist mehr als 1 Kind zur gleichen Zeit in kieferorthop. Behandlung: 10% der Kosten bei jedem weiteren Kind	Keine Befreiungsmöglichkeit, der Eigenanteil wird am Ende einer Behandlung erstattet

Quelle: BMG.

Abbildung A 3: Höherer Gesundheitszustand bei gegebenem Budget (A) versus gegebener Gesundheitszustand mit niedrigerem Budget (B)

Risikoprävention



- K** = Direkte Kosten
- G** = Gesundheitsstand
- T** = Transformationskurve

Der Abbildung A 3 ist zu entnehmen, daß eine Gesellschaft, die sich im Punkte C befindet, der durch Wirtschaftlichkeitsreserven gekennzeichnet ist, entweder den gleichen Gesundheitszustand (G_0) mit weniger Ausgaben verwirklichen, oder mit dem gegebenen Budget von T_1 einen höheren Gesundheitszustand erreichen kann. Diese beiden Wege stellen Optionen dar, der sich eine Gesellschaft bei idealtypischer Betrachtung gegenübersteht.

6. Anhang zu Kapitel 4.

Tabelle A 7: Entwicklung der Brutto-lohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1970 – 1992

Jahr	Brutto-lohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze in der GKV			Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied	
	in DM pro Jahr	Veränderung geg. Vorjahr in %	in DM pro Jahr	Veränderung geg. Vorjahr in %	in % der Brutto-lohn- und Gehaltssumme	in DM pro Jahr	Veränderung geg. Vorjahr in %
1970	13.841	-	14.400	-	104	10.709	-
1971	15.403	11,3	17.100	18,8	111	12.389	15,7
1972	16.783	9,0	18.900	10,5	113	13.692	10,5
1973	18.631	11,0	20.700	9,5	111	14.984	9,4
1974	20.649	10,8	22.500	8,7	109	16.440	9,7
1975	21.931	6,2	25.200	12,0	115	17.996	9,5
1976	23.440	6,9	27.900	10,7	119	19.348	7,5
1977	25.035	4,5	30.600	9,7	122	20.643	6,7
1978	26.355	5,3	33.300	8,8	126	21.965	6,4
1979	27.849	5,7	36.000	8,1	129	23.325	6,2
1980	29.691	6,6	37.800	5,0	127	24.580	5,4
1981	31.116	4,8	39.600	4,8	127	25.808	5,0
1982	31.338	3,9	42.300	6,8	135	26.945	4,4
1983	33.376	3,2	45.000	6,4	135	27.978	3,8
1984	34.385	3,0	46.800	4,0	136	29.266	4,6
1985	35.391	2,9	48.600	3,8	137	30.180	3,1
1986	36.664	3,6	50.400	3,7	137	31.094	3,1
1987	37.812	3,1	51.300	1,8	136	31.759	2,2
1988	38.944	3,0	54.000	5,3	139	32.827	3,4
1989	40.114	3,0	54.900	1,7	137	33.979	3,5
1990	42.013	4,7	56.700	3,3	135	35.704	5,1
1991	44.531	6,0	58.500	3,2	131	37.475	5,0
1992	46.981	5,5	61.200	4,6	130	39.392	5,1

SVRKAiG 1994

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 8: Zahl der gesamten und freiwilligen GKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt, alte Bundesländer, 1970 - 1992

Jahr	Mitglieder insgesamt in 1.000	Veränderung geg. Vorjahr in %	freiwillige Mitglieder in 1.000	Veränderung geg. Vorjahr in %	Anteil der freiwilligen Mitglieder an den Mitgliedern insgesamt in %
1970	30.646	-	4.798	-	15,7
1980	35.340	15,3	4.454	- 7,2	12,6
1981	35.705	1,0	4.557	2,8	12,8
1982	35.820	0,3	4.605	0,6	12,9
1983	35.806	- 0,1	4.569	- 0,8	12,8
1984	35.993	0,5	4.539	- 0,7	12,6
1985	36.209	2,4	4.480	0,6	12,4
1986	36.450	0,7	4.412	- 1,5	12,1
1987	36.718	0,7	4.446	0,8	12,1
1988	37.001	0,8	4.373	- 1,7	11,8
1989	37.230	0,6	4.441	1,5	11,9
1990	37.939	1,9	4.435	- 0,1	11,7
1991	38.706	2,0	4.615	4,1	11,9
1992	39.242	1,4	4.817	4,4	12,3

SVRKAiG 1994

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA, Die gesetzliche Krankenversicherung, verschiedene Jahre.

Tabelle A 9: Zahl der gesamten und freiwilligen GKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt, neue Bundesländer, 1991 und 1992

Jahr	Mitglieder insgesamt in 1.000	Veränderung geg. Vorjahr in %	freiwillige Mitglieder in 1.000	Veränderung geg. Vorjahr in %	Anteil der freiwilligen Mitglieder an den Mitgliedern insgesamt in %
1991	11.565	-	496	-	4,3
1992	11.601	3,1	511	3,0	4,4

SVRKAiG 1994

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA, Bundesarbeitsblatt H. 5/1993, Tab. 152 und KM I.

Tabelle A 10: Personen, die zwischen PKV und GKV wechselten, alte Bundesländer, 1970 – 1992

Jahr	Übertritte zur PKV in 1.000	Abgänge zur GKV in 1.000	Differenz in 1.000
1970	130	226	- 96
1971	110	325	- 215
1972	118	552	- 434
1973	150	220	- 70
1974	151	147	+ 4
1975	170	152	+ 18
1976	179	124	+ 55
1977	265	110	+ 155
1978	240	120	+ 120
1979	219	114	+ 105
1980	217	109	+ 108
1981	218	109	+ 109
1982	196	121	+ 75
1983	170	115	+ 55
1984	174	114	+ 60
1985	243	98	+ 145
1986	206	86	+ 120
1987	368	103	+ 265
1988	352	112	+ 240
1989	664	149	+ 515
1990	310	112	+ 198
1991	356	125	+ 231
1992	483	154	+ 329

—SVRKAiG 1994—

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht, verschiedene Jahrgänge.

Tabelle A 11: Prognose der Entwicklung der Anzahl der Arbeitslosen, alte Bundesländer, neue Bundesländer und Bundesgebiet insgesamt, 1993 – 1997

Jahr	Arbeitslose in 1.000		
	in den alten Bundes- ländern	in den neuen Bundes- ländern	im gesamten Bundes- gebiet
1993	2.308	1.170	3.478
1994	2.608	1.150	3.758
1995	2.498	1.140	3.638
1996	2.388	1.120	3.508
1997	2.270	1.100	3.370

—SVRKAiG 1994—

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA, Rentenversicherungsbericht 1993.

Tabelle A 12: Prognose der Entwicklung der Zahl der Beitragszahler in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, alte Bundesländer, 1993 – 2007¹

Beschäftigte Arbeiter und Angestellte in 1.000 bei						
Jahr	niedriger		mittlerer		höherer	
	Beschäftigungsentwicklung					
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	23.522	- 1,9	23.522	- 1,9	23.522	- 1,9
1994	23.322	- 0,8	23.322	- 0,8	23.322	- 0,8
1995	23.439	0,5	23.494	0,7	23.552	1,0
1996	23.555	0,5	23.666	0,7	23.783	1,0
1997	23.672	0,5	23.841	0,7	24.018	1,0
1998	23.767	0,4	23.996	0,7	24.234	0,9
1999	23.862	0,4	24.152	0,7	24.452	0,9
2000	23.933	0,3	24.285	0,6	24.647	0,8
2001	24.005	0,3	24.418	0,5	24.845	0,8
2002	24.053	0,2	24.529	0,5	25.019	0,7
2003	24.102	0,2	24.639	0,4	25.195	0,7
2004	24.125	0,1	24.725	0,3	25.345	0,6
2005	24.149	0,1	24.811	0,3	25.498	0,6
2006	24.150	0,0	24.873	0,2	25.625	0,5
2007	24.149	0,0	24.936	0,2	25.720	0,4

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Beschäftigten in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 13: Prognose der Entwicklung der Zahl der Beitragszahler in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, neue Bundesländer, 1993 – 2007¹

Beschäftigte Arbeiter und Angestellte in 1.000 bei						
Jahr	niedriger		mittlerer		höherer	
	Beschäftigungsentwicklung					
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	5.421	-2,6	5.421	-2,6	5.421	-2,6
1994	5.373	-0,9	5.373	-0,9	5.373	-0,9
1995	5.410	0,7	5.424	0,9	5.437	1,2
1996	5.444	0,6	5.475	0,9	5.501	1,2
1997	5.477	0,6	5.522	0,9	5.562	1,1
1998	5.507	0,5	5.567	0,8	5.621	1,1
1999	5.533	0,5	5.609	0,8	5.679	1,0
2000	5.555	0,4	5.648	0,7	5.733	1,0
2001	5.573	0,3	5.683	0,6	5.783	0,9
2002	5.587	0,3	5.714	0,5	5.830	0,8
2003	5.594	0,1	5.738	0,4	5.871	0,7
2004	5.595	0,0	5.757	0,3	5.907	0,6
2005	5.588	-0,1	5.768	0,2	5.937	0,5
2006	5.643	1,0	5.841	0,1	5.997	1,0
2007	5.699	1,0	5.900	0,1	5.935	-1,0

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Beschäftigten in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 14: Prognose der Entwicklung des Rentnerquotienten¹, alte Bundesländer, neue Bundesländer und Bundesgebiet insgesamt, 1991 – 2010

Jahr	Rentnerquotient		
	in den alten Bundesländern	in den neuen Bundesländern	im gesamten Bundesgebiet
1991	47	35	44
1995	48	40	46
2000	54	44	51
2005	59	51	57
2010	62	55	60

—SVRKAiG 1994—

¹ Anzahl der Rentner je 100 Beitragszahler in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage BMA, Rentenanpassungsbericht 1991.

Tabelle A 15: Prognose der Entwicklung von Brutto Lohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007 – unterste Variante¹

Jahr	Brutto Lohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze		beitragspflichtige Einnahmen	
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	48.176	2,8	64.800	5,9	41.362	5,0
1994	49.236	2,2	68.400	5,6	43.016	4,0
1995	50.713	3,0	70.200	2,6	44.306	3,0
1996	52.234	3,0	72.000	2,6	45.635	3,0
1997	53.801	3,0	73.800	2,5	47.004	3,0
1998	55.415	3,0	76.500	3,7	48.414	3,0
1999	57.077	3,0	78.300	2,4	49.866	3,0
2000	58.789	3,0	81.000	3,4	51.362	3,0
2001	60.553	3,0	83.700	3,3	52.903	3,0
2002	62.370	3,0	85.500	2,2	54.490	3,0
2003	64.241	3,0	88.200	3,2	56.125	3,0
2004	66.168	3,0	90.900	3,1	57.809	3,0
2005	68.153	3,0	93.600	3,0	59.543	3,0
2006	70.198	3,0	96.300	2,9	61.329	3,0
2007	72.304	3,0	99.900	3,7	63.169	3,0

—SVRKAiG 1994—

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme und der Beitragsbemessungsgrenze sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 16: Prognose der Entwicklung von Brutto Lohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007 – mittlere Variante¹

Jahr	Brutto Lohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze		beitragspflichtige Einnahmen	
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	48.176	2,8	64.800	5,9	41.362	5,0
1994	49.236	2,2	68.400	5,6	43.016	4,0
1995	51.205	4,0	70.200	2,6	44.737	4,0
1996	53.253	4,0	72.000	2,6	46.526	4,0
1997	55.383	4,0	74.700	3,8	48.387	4,0
1998	57.598	4,0	78.300	4,8	50.323	4,0
1999	59.902	4,0	81.300	3,8	52.336	4,0
2000	62.298	4,0	84.600	4,1	54.429	4,0
2001	64.790	4,0	87.300	3,2	56.606	4,0
2002	67.382	4,0	90.900	4,1	58.870	4,0
2003	70.077	4,0	94.500	4,0	61.225	4,0
2004	72.880	4,0	98.100	3,8	63.674	4,0
2005	75.795	4,0	102.600	4,6	66.221	4,0
2006	78.827	4,0	106.200	3,5	68.870	4,0
2007	81.980	4,0	110.700	4,2	71.624	4,0

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme und der Beitragsbemessungsgrenze sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 17: Prognose der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, alte Bundesländer, 1993 – 2007 – oberste Variante¹

Jahr	Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze		beitragspflichtige Einnahmen	
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	48.176	2,8	64.800	5,9	41.362	5,0
1994	49.236	2,2	68.400	5,6	43.016	4,0
1995	51.698	5,0	70.200	2,6	45.167	5,0
1996	54.283	5,0	72.000	2,6	47.425	5,0
1997	56.997	5,0	75.600	5,0	49.796	5,0
1998	59.847	5,0	79.200	4,8	52.286	5,0
1999	62.839	5,0	83.700	5,7	54.900	5,0
2000	65.981	5,0	87.300	4,3	57.645	5,0
2001	69.280	5,0	91.800	5,2	60.527	5,0
2002	72.744	5,0	96.300	4,9	63.553	5,0
2003	76.381	5,0	100.800	4,7	66.731	5,0
2004	80.200	5,0	106.200	5,4	70.068	5,0
2005	84.210	5,0	111.600	5,1	73.571	5,0
2006	88.421	5,0	117.000	4,8	77.249	5,0
2007	92.842	5,0	122.400	4,6	81.111	5,0

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Bruttolohn und -gehaltssumme und der Beitragsbemessungsgrenze sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 18: Prognose der Entwicklung von Brutto Lohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007 – unterste Variante¹

Jahr	Brutto Lohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze		beitragspflichtige Einnahmen	
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	32.546	10,0	47.700	10,4	27.985	10,0
1994	35.215	8,2	51.300	7,5	30.224	8,0
1995	37.687	7,0	58.500	14,0	32.340	7,0
1996	40.333	7,0	63.000	7,7	34.604	7,0
1997	43.164	7,0	66.600	5,7	37.026	7,0
1998	46.194	7,0	71.100	6,8	39.618	7,0
1999	49.437	7,0	75.600	6,3	42.391	7,0
2000	52.910	7,0	81.000	7,1	45.358	7,0
2001	55.090	4,1	84.600	4,4	47.218	4,1
2002	57.360	4,1	88.200	4,3	49.154	4,1
2003	59.723	4,1	91.800	4,1	51.169	4,1
2004	62.184	4,1	95.400	3,9	53.267	4,1
2005	64.745	4,1	99.000	3,8	55.451	4,1
2006	67.412	4,1	103.500	4,5	57.724	4,1
2007	70.189	4,1	107.100	3,5	60.091	4,1

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme und der Beitragsbemessungsgrenze sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 19: Projektion der Entwicklung von Bruttolohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007 – mittlere Variante¹

Jahr	Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze		beitragspflichtige Einnahmen	
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in%
1993	32.546	10,0	47.700	10,4	27.985	10,0
1994	35.215	8,2	51.300	7,5	30.224	8,1
1995	38.053	8,1	58.500	14,0	32.672	8,1
1996	41.120	8,1	63.900	9,2	35.318	8,1
1997	44.434	8,1	66.600	4,2	38.179	8,1
1998	48.015	8,1	72.000	8,1	41.271	8,1
1999	51.885	8,1	78.300	8,8	44.614	8,1
2000	56.068	8,1	84.600	8,0	48.228	8,1
2001	58.944	5,1	88.200	4,3	50.687	5,1
2002	61.968	5,1	92.700	5,1	53.272	5,1
2003	65.147	5,1	98.100	5,8	55.984	5,1
2004	68.489	5,1	102.600	4,6	58.844	5,1
2005	72.005	5,1	108.000	5,3	61.845	5,1
2006	75.699	5,1	113.400	5,0	64.999	5,1
2007	79.582	5,1	119.700	5,6	68.314	5,1

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme und der Beitragsbemessungsgrenze sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 20: Projektion der Entwicklung von Brutto Lohn- und -gehaltssumme, der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007 – oberste Variante¹

Jahr	Brutto Lohn- und -gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer		Beitragsbemessungsgrenze		beitragspflichtige Einnahmen	
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	32.546	10,0	47.700	10,4	27.985	10,0
1994	35.215	8,2	51.300	7,5	30.224	8,0
1995	38.420	9,1	59.400	15,8	32.974	9,1
1996	41.916	9,1	65.700	10,6	35.975	9,1
1997	45.730	9,1	67.500	2,7	39.248	9,1
1998	49.891	9,1	73.800	9,3	42.820	9,1
1999	54.431	9,1	80.100	8,5	46.716	9,1
2000	59.383	9,1	87.300	9,0	50.967	9,1
2001	63.029	6,1	92.700	6,2	54.076	6,1
2002	66.899	6,1	99.000	6,8	57.375	6,1
2003	71.007	6,1	104.400	5,5	60.874	6,1
2004	75.367	6,1	110.700	6,0	64.587	6,1
2005	79.999	6,1	117.900	6,5	68.527	6,1
2006	84.911	6,1	125.100	6,1	72.707	6,1
2007	90.125	6,1	132.300	5,8	77.142	6,1

SVRKaIG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme und der Beitragsbemessungsgrenze sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 21: Projektion der Entwicklung der Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) in der GKV, alte Bundesländer, 1993 - 2007¹

Zahl der Pflichtmitglieder in der GKV (ohne Rentner) in 1.000 bei						
Jahr	niedriger		mittlerer		höherer	
	Beschäftigungsentwicklung					
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	22.738	- 1,9	22.738	- 1,9	22.738	- 1,9
1994	22.556	- 0,8	22.556	- 0,8	22.556	- 0,8
1995	22.668	0,5	22.714	0,7	22.782	1,0
1996	22.781	0,5	22.873	0,7	23.010	1,0
1997	22.895	0,5	23.033	0,7	23.240	1,0
1998	22.987	0,4	23.194	0,7	23.449	0,9
1999	23.079	0,4	23.356	0,7	23.660	0,9
2000	23.148	0,3	23.496	0,6	23.849	0,8
2001	23.217	0,3	23.613	0,5	24.040	0,8
2002	23.263	0,2	23.731	0,5	24.208	0,7
2003	23.310	0,2	23.826	0,4	24.378	0,7
2004	23.333	0,1	23.897	0,3	24.524	0,6
2005	23.356	0,1	23.969	0,3	24.671	0,6
2006	23.355	0,0	24.017	0,2	24.794	0,5
2007	23.355	0,0	24.065	0,2	24.893	0,4

SVRKAiG 1994

¹ Die jährlichen prozentualen Veränderungsrate entsprechen den Veränderungsrate der Zahl der Beitragszahler in der Rentenversicherung, Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 22: Projektion der Entwicklung der Zahl der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) in der GKV, neue Bundesländer, 1993 – 2007¹

Zahl der Pflichtmitglieder in der GKV (ohne Rentner) in 1.000 bei						
Jahr	niedriger		mittlerer		höherer	
	Beschäftigungsentwicklung					
	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %	absolut	Veränderung geg. Vorjahr in %
1993	7.815	-2,6	7.815	-2,6	7.815	-2,6
1994	7.745	-0,9	7.745	-0,9	7.745	-0,9
1995	7.799	0,7	7.815	0,9	7.838	1,2
1996	7.846	0,6	7.885	0,9	7.932	1,2
1997	7.893	0,6	7.956	0,9	8.019	1,1
1998	7.932	0,5	8.020	0,8	8.107	1,1
1999	7.971	0,5	8.084	0,8	8.188	1,0
2000	8.003	0,4	8.141	0,7	8.270	1,0
2001	8.027	0,3	8.190	0,6	8.344	0,9
2002	8.051	0,3	8.231	0,5	8.411	0,8
2003	8.059	0,1	8.264	0,4	8.470	0,7
2004	8.059	0,0	8.289	0,3	8.521	0,6
2005	8.051	-0,1	8.306	0,2	8.564	0,5
2006	8.132	1,0	8.314	0,1	8.650	1,0
2007	8.213	1,0	8.322	0,1	8.563	-1,0

SVRKAiG 1994

¹ Die Projektionsdaten für die Entwicklung der Beschäftigten in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sind dem Rentenversicherungsbericht 1993 des BMA entnommen.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Grundlage BMA.

Tabelle A 23: Endokrinologische Differentialdiagnostik

Symptome	Hyper- tyreose	Hypo- tyreose	Cushing-S.	AGS	CONN-S.	M.Addison	Phäochrom. männl. - Hypogonadismus	ovar.Funktions- störungen	Hypothalamus/ Hypophyse	Hyper- kalzämie	Osteo- porose	Osteo- malazie	Morbus Paget	Diabetes mellitus	Hyperlipo- proteinämie
Diagnose															
tachykarde Herz- rhythmusstörg.	+						+								(+)
Hypertonie			+	(+)	+		+			(+)				+	+
Gewichtsabnahme	+						+	+		(+)				(+)	
Adipositas		(+)	(+)				(+)	(+)	+					+	+
Obesitas		+							+	+					
Durst	+		+		+				(+)	+				+	
Schwitzen	+						+	(+)	(+)	(+)				(+)	
Schwäche	+		+				+	+	+	+				+	
Müdigkeit		+	+				+		+	(+)				+	
Kälteempfindlich- keit		+							+						
Depression		+	+				+		+	+					
Plethora			+												
Osteoporose (Rückenschmerzen)			+				+	+	+	+	+	+	+		
Kopfschmerzen							+		+					+	
Hireudismus			+	+				+						(+)	
Libido- Potenzverlust			+				+	(+)	+					(+)	
Amenorrhoe															
Oligomenorrhoe			+	+			+	+	+						

+ Vorkommen des Symptoms
(+) selteneres oder weniger wichtiges Vorkommen des Symptoms

Tabelle A 24: Differenzierte Auswertung eines Krankheitsbildes am Beispiel des Myokardinfarkts

ICD-410.* akuter Myokardinfarkt

Daten, soweit vorhanden, aus einer internistischen Universitätsklinik

Fallzahl und Behandlungskontext (Ziffern 285, 291):

767 Fälle, davon:	gesichert	76 %
	Verdachtsfälle	4 %
	Zustand nach	11 %
	Andere	9 %

610 Fälle auswertbar, entsprechend 549 Patienten (Ziffer 291)

Wiederaufnahmerate (Ziffer 292):

22 % der Fälle innerhalb von 2 Jahren
(gleiche oder ähnliche Vorerkrankung)

Verweildauer pro Fall (Ziffer 297):

Mittel: 18,0 ± 12
Quartile: 8/20/26

Verweildauer pro Patient (Ziffer 291):

Mittel: 20

mittlere Diagnosezahl pro Fall (Ziffer 286):

3,3 ± 1,6

häufigste Nebendiagnosen (Ziffer 286):

26 %	ICD-414	chronisch ischämische Herzkrankheit (KHK)
20 %	ICD-250	Diabetes mellitus
20 %	ICD-401	Essentielle Hypertonie
20 %	ICD-428	Herzinsuffizienz
13 %	ICD-427	Herzrhythmusstörungen
12 %	ICD-410	Herzinfarkt
9 %	ICD-581	Niereninsuffizienz
7 %	ICD-426	Erregungsleitungsstörungen des Herzens

häufigste Leistungen (Ziffer 289):

(1200? z.B. EKG)
Daten liegen nicht vor

teuerste Leistungen (Ziffer 289):

Daten liegen nicht vor

Erlöse (Ziffer 290):

Herkunft: DM gesamt, DM pro Fall

Pflegesätze: Daten liegen nicht vor

Wahlleistungen: Daten liegen nicht vor

Sonderentgelte: Daten liegen nicht vor

Fallpauschalen: Daten liegen nicht vor

Todesfälle (Ziffer 293):

16 % (fehlende Angaben bei 2%)

Fälle mit Intensivbehandlung (Ziffer 294):

79 % (fehlende Angaben bei 5%)

Einzugsgebiet (Ziffer 296):

73 %	eigener Kreis
21 %	angrenzende Kreise
0 %	eigenes Bundesland
6 %	andere

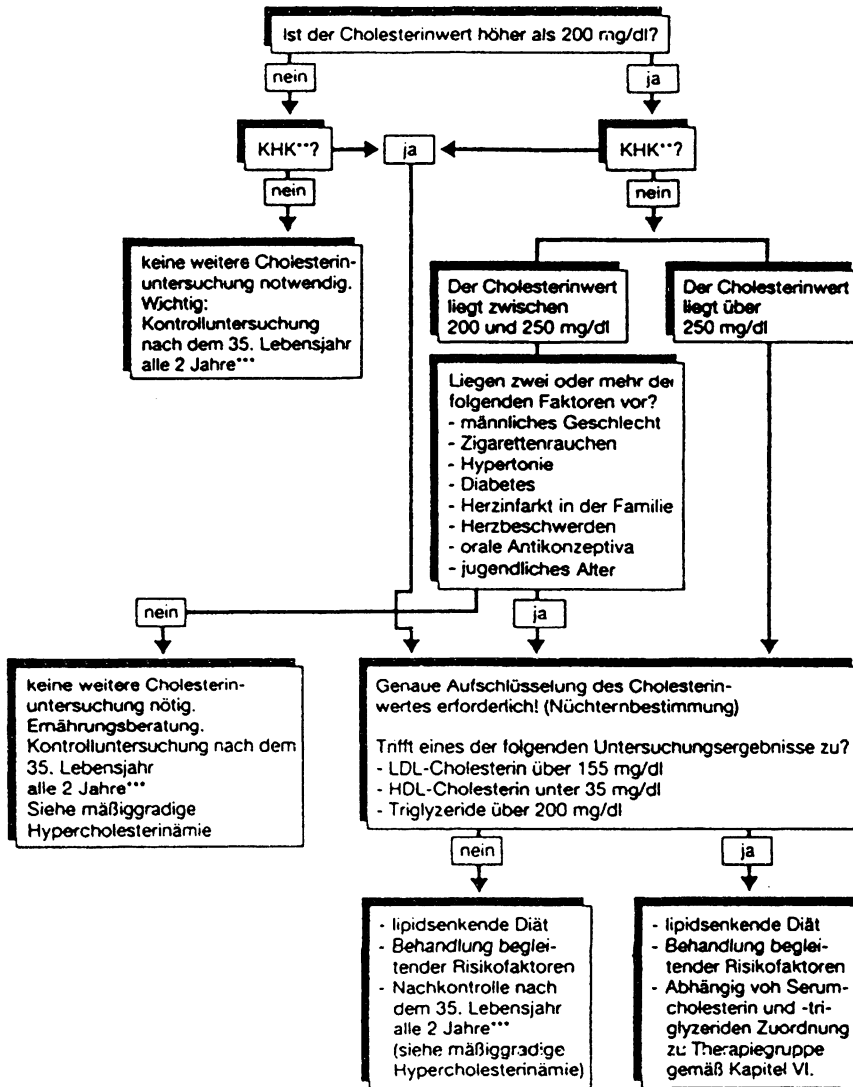
Geschlecht und Alter (Ziffer 297):

Männer: 389 (64 %)Alter: 66 ± 12 (Quartile 57/66/76)

Frauen: 221 (36 %)Alter: 73 ± 10 (Quartile 68/74/80)

zusammen:Alter: 68 ± 12 (Quartile 60/71/77)

Abbildung A 4: Strategie zur Diagnostik und Therapie bei Hypercholesterinämie

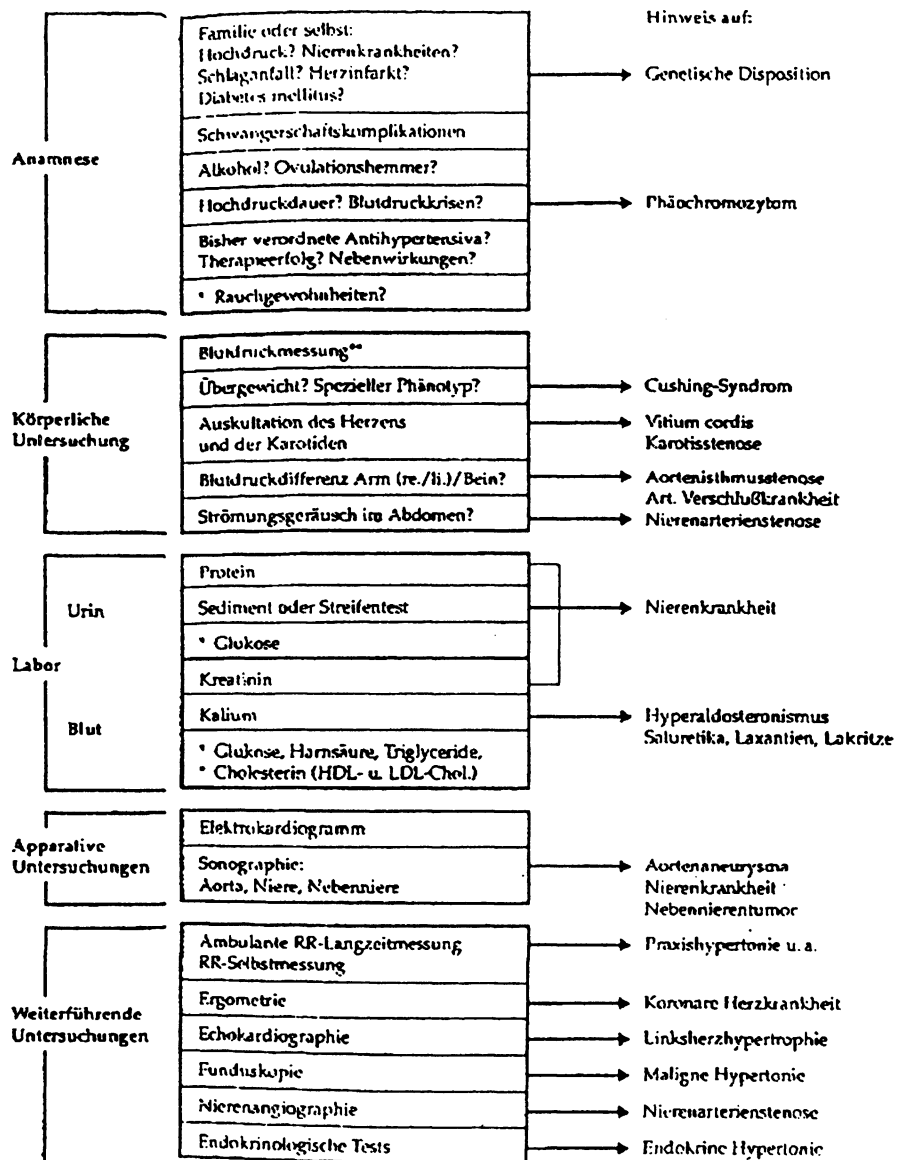


** gesicherter Herzinfarkt, pathologische Koronarangiographie,
Zustand nach Bypass-Operation oder nach Koronardilatation

*** bei Jüngeren ist eine Kontrolluntersuchung alle 5 Jahre wünschenswert

Quelle: Assmann, Gerd: Nationale Cholesterin-Initiative, in: Deutsches Ärzteblatt 87, Heft 17, 26. April 1990, S. B 996.

Abbildung A 5: Empfehlungen zur Diagnostik der Hypertonie

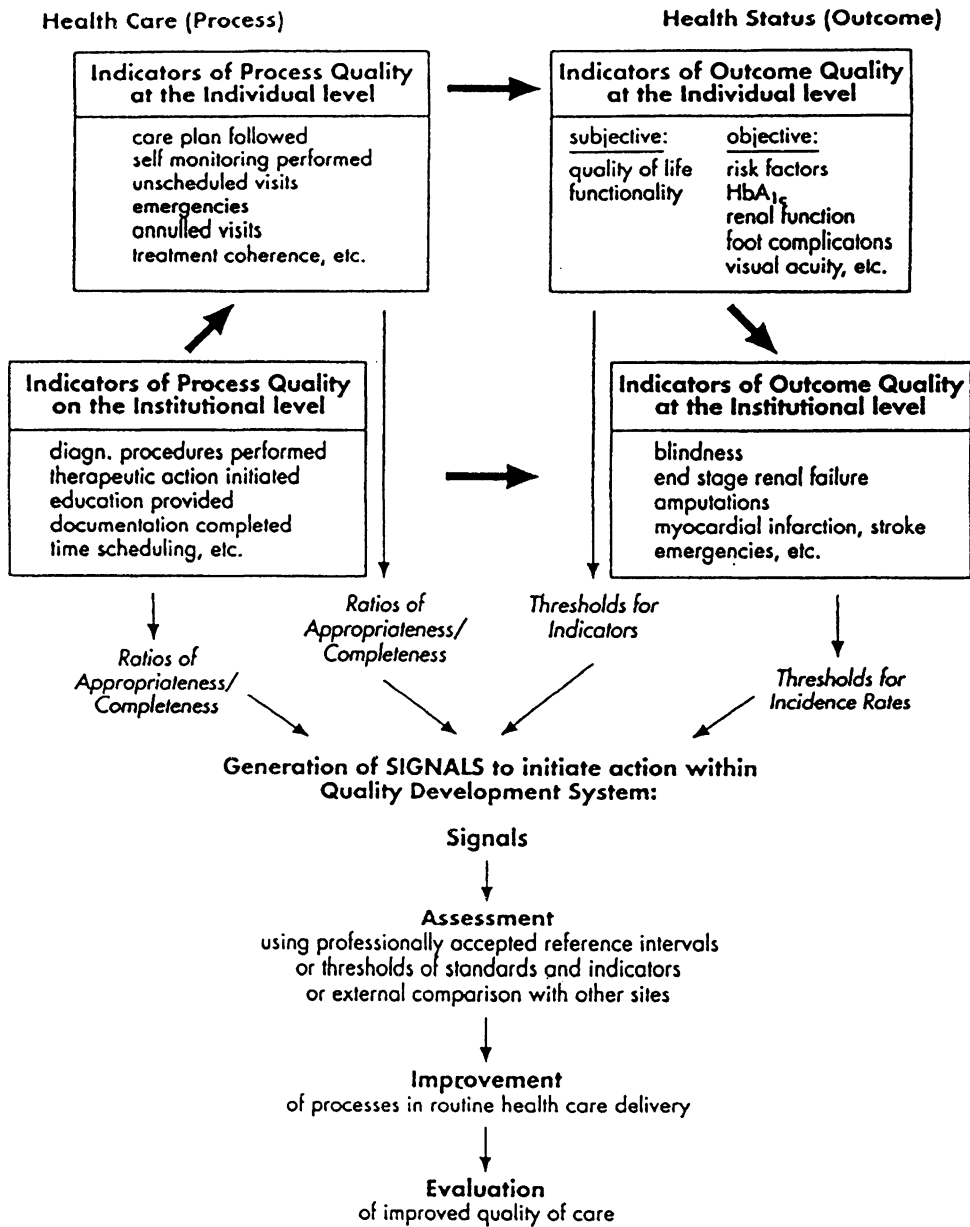


* Zur Hochdruckdiagnostik nicht notwendig, zur Erfassung weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren aber erforderlich.

** Zur Technik der Blutdruckmessung siehe auch Merkblatt "Empfehlungen zur Blutdruckmessung".

Quelle: Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks (Hg.), Heidelberg.

Abbildung A 6: Prozeß- und Ergebnisqualitätssicherung bei Diabetes



Quelle: Diabcare Thinkshop »Quality Network Diabetes« in: DNM, Vol. 6, N. 2, P. 109.

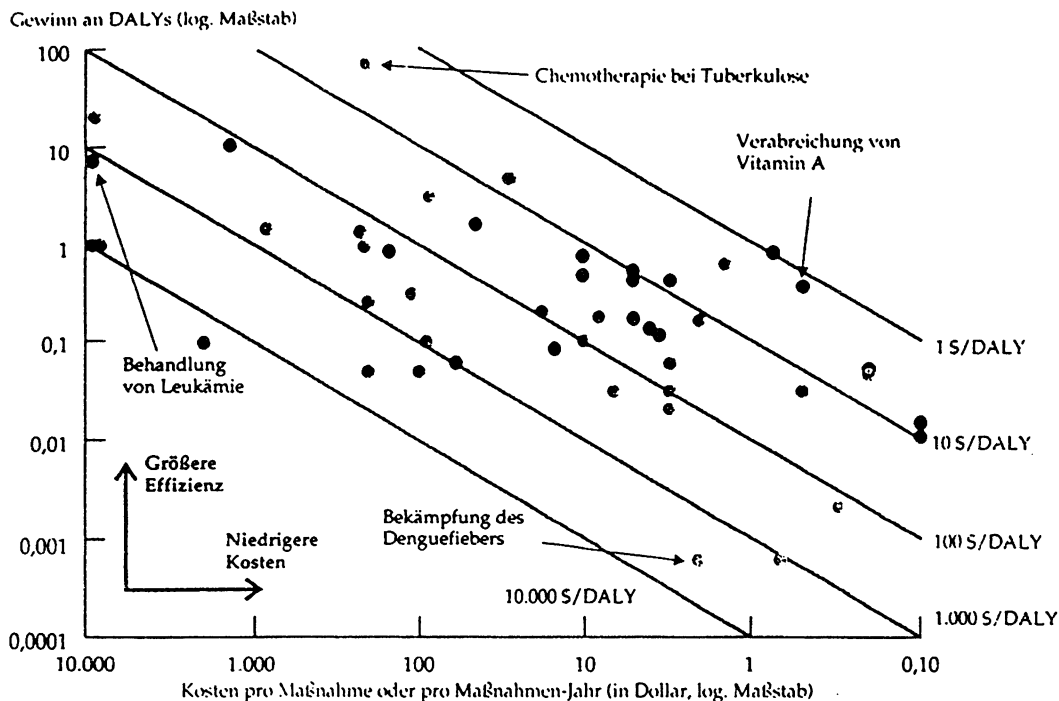
Abbildung A 7: Asthma-Dauertherapie-Stufenplan

<p>Stufe 1: gering Kurzwirksame β_2-Agonisten bei Bedarf, =< 3x/Woche Kurzwirksame β_2-Agonisten oder DNCG vor Anstrengung oder Allergenexposition</p> <hr/>
<p>Stufe 2: mäßiggradig Inhalative antiientzündliche Medikation: - Inh. Steroide 200-500 μg oder DNCG bzw. Nedocromil (Kinder: DNCG) - Evtl. inh. Steroide bis 750 μg oder (nächtliche Symptome) langwirkende Bronchodilatoren <u>und</u> kurzwirksame β_2-Agonisten bei Bedarf (=< 4x/Tag)</p> <hr/>
<p>Stufe 3: mäßiggradig Inhalative Steroide 800-1000 μg (>1000 μg nur durch Spezialisten) <u>und</u> Theophyllin, retardiert, p.o., oder β_2-Agonisten p.o., oder langwirkende β_2-Agonisten p.inh.; evtl. Anticholinergika p.inh. <u>und</u> kurzwirksame β_2-Agonisten bei Bedarf (=< 4x/Tag)</p> <hr/>
<p>Stufe 4: schwer Inhalative Steroide 800-1000 μg (>1000 μg nur durch Spezialisten) <u>und</u> Theophyllin, retardiert, p.o., und/oder β_2-Agonisten, p.o., oder langw. β_2-Agonisten p.inh.; evtl. Anticholinergika p.inh. <u>und</u> orale Steroide (jeden 2. Tag oder einmal täglich) <u>und</u> kurzwirksame β_2-Agonisten bei Bedarf (=< 4 x/Tag)</p>

Quelle: International Consensus Report on Management of Asthma 3/92, in: Allegro J. Vol. I 10/92, S. 24.

8. Anhang zu Kapitel 6.

Abbildung A 8: Nutzen und Kosten von siebenundvierzig gesundheitspolitischen Maßnahmen



Zielgruppe:

- Kinder unter 15 Jahren
- Erwachsene mit mindestens 15 Jahren^a

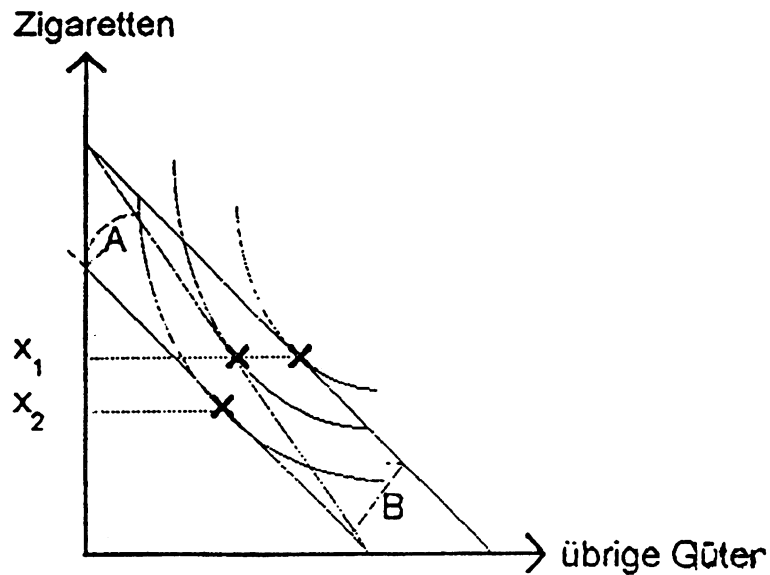
Anmerkung: DALY= krankheitsbereinigtes Lebensjahr. Maßnahmen sind besondere Aktivitäten zur Verminderung der Erkrankungsrisiken, zur Behandlung von Krankheiten oder zur Linderung der Folgen von Krankheit und Behinderung; ein Maßnahmen-Jahr bedeutet eine Maßnahme, die während des Jahres wiederholt – also nicht nur einmal – durchgeführt wird.

a. Enthält einige Maßnahmen, von denen alle Altersgruppen profitieren.

Quelle: Weltbank, Weltentwicklungsbericht 1993. Investitionen in die Gesundheit, Washington 1993, S. 74.

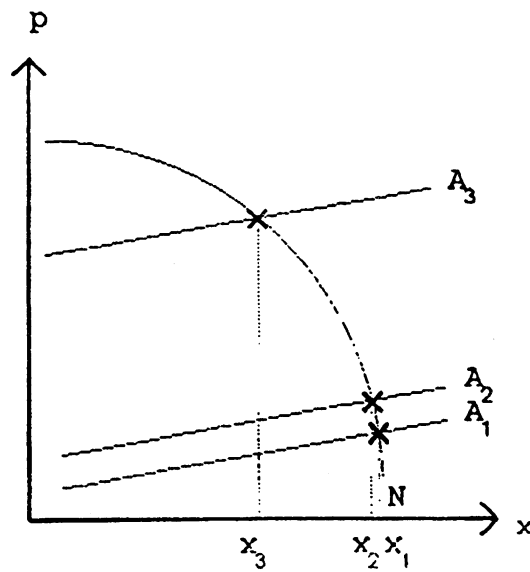
9. Anhang zu Kapitel 9.

Abbildung A 9: Preis- und Einkommenselastizität der Nachfrage nach Zigaretten



Eine Belastung des Gutes Zigaretten mit einem festen Betrag je Mengeneinheit führt zu einer Drehung der Budgetgeraden (A) und damit zu einer Reaktion der Nachfrage nach Maßgabe der Preiselastizität. Im hier dargestellten Normalfall ist diese kleiner als 0, und es kommt zu einem Rückgang der Nachfrage von x_1 auf x_2 . Gerade im Fall von Zigaretten ist jedoch auch eine relativ preisunelastische Nachfrage wahrscheinlich (Suchtnachfrage). Ein möglicher nachfragemindernder Effekt kann zudem im Falle von Einkommenssteigerungen (B) durch einen Einkommenseffekt aufgezehrt werden.

Abbildung A 10: Wirkungen einer Preiserhöhung bei Zigaretten



Möchte man bei einer relativ preisunelastischen Nachfrage einen nachfragesenkenden Effekt erzielen, so reichen maßvolle Belastungen (A_1 auf A_2) nicht aus. Erst nach massiven Belastungen (A_1 auf A_3) gelangt man aufgrund der stark steigenden Opportunitätskosten des Nachfragers in einen preiselastischen Bereich. Damit erhöht sich allerdings der Anreiz zur Steuerausweichung, schon heute stellt Zigarettschmuggel ein Problem dar.

10. Chronik der Rechtsentwicklung (1970 – 1993)

Übersicht der die GKV betreffenden Rechtsentwicklung

1970

1. »Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946)
2. »Gesetz über den Wegfall des von Rentnern für ihre Krankenversicherung zu tragenden Beitrags« vom 14. April 1970 (BGBl. I S. 337)
3. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Verteilung der Übergangshilfe des Bundes« vom 12. Mai 1970 (BAnz. Nr. 89)
4. »Verordnung über die Bemessung der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner für 1968 (KVdR-Beitragsbemessungsverordnung 1968)« vom 12. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1383)
5. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der KVdR-Beitragsvorschrift« vom 12. Oktober 1970 (BAnz. Nr. 194)
6. »Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die von den Krankenkassen den freiberuflich tätigen Hebammen für Hebammenhilfe zu zahlenden Gebühren« vom 27. Oktober 1970 (BAnz. Nr. 202)
7. »Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz – 2. KVÄG)« vom 21. Dezember 1970 (BGBl. I S. 1770)

1971

1. »Verordnung über die Vergütung für den Einzug der Beiträge zu den gesetzlichen Rentenversicherungen (RV-Beitragseinzug-Vergütungsverordnung)« vom 27. Mai 1971 (BGBl. I S. 801)
2. »Verordnung über die Bemessung der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner für 1969 (KVdR-Beitragsbemessungsverordnung 1969)« vom 19. Juli 1971 (BGBl. I S. 1048)
3. »Zweites Gesetz zur Änderung des Bundesescheengesetzes« vom 25. August 1971 (BGBl. I S. 1401)
4. »Verordnung über die Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten« vom 22. Dezember 1971 (BGBl. I S. 2118)

1972

1. »Gesetz über die Rückzahlung der einbehaltenen Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner (Beiträge-Rückzahlungsgesetz)« vom 15. März 1972 (BGBl. I S. 433)
2. »Gesetz zur Förderung sozialer Hilfsdienste« vom 17. April 1972 (BGBl. I S. 609)
3. »Verordnung über den Einzug der Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit und über die Höhe der Einzugskostenpauschale (Beitragseinzugsverordnung)« vom 27. April 1972 (BGBl. I S. 754)
4. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über den Einzug der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur gesetzlichen Krankenversicherung« vom 5. Mai 1972 (BAnz. Nr. 89)
5. »Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die von den Krankenkassen den freiberuflich tätigen Hebammen für Hebammenhilfe zu zahlenden Gebühren« vom 14. Juni 1972 (BAnz. Nr. 112)
6. »Verordnung über die Bemessung der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner für 1970 (KVdR-Beitragsbemessungsverordnung 1970)« vom 28. Juni 1972 (BGBl. I S. 1149)
7. »Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG« vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009)
8. »Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG)« vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433)
9. »Verordnung über die Erfassung von Daten für die Träger der Sozialversicherung und für die Bundesanstalt für Arbeit (Datenerfassungs-Verordnung – DEVO)« vom 24. November 1972 (BGBl. I S. 2159)
10. »Verordnung über die Datenübermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Bereich der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit (Datenübermittlungs-Verordnung – DÜVO)« vom 18. Dezember 1972 (BGBl. I S. 2482)

1973

1. »Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPflV)« vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333)

2. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über Rechnungswesen und Statistik bei den Trägern der Krankenversicherung der Landwirte (KVLRVwV)« vom 5. Juni 1973 (BAnz. Nr. 108)
3. »Verordnung über die Höhe der Vergütung für den Einzug der Beiträge zu den gesetzlichen Rentenversicherungen (RV-Beitragseinzugs-Vergütungsverordnung)« vom 28. Juni 1973 (BGBl. I S. 722)
4. »Gesetz zur Weiterentwicklung des Selbstverwaltungsrechts und zur Vereinfachung des Wahlverfahrens (Achstes Gesetz zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes)« vom 7. August 1973 (BGBl. I S. 957)
5. »Dritte Verordnung zur Änderung der Wahlordnung für die Sozialversicherung« vom 13. August 1973 (BGBl. I S. 982)
6. »Verordnung über die pauschale Berechnung und die Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Dauer eines auf Grund gesetzlicher Pflicht zu leistenden Dienstes (KV-Pauschalbeitragsverordnung)« vom 13. November 1973 (BGBl. I S. 1664)
7. »Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz – KLVG)« vom 19. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1925)

1974

1. »Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch (EGStGB)« vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469)
2. »Siebzehntes Gesetz über die Anpassung der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Altersgelder in der Altershilfe für Landwirte (Siebzehntes Rentenanpassungsgesetz – 17. RAG)« vom 1. April 1974 (BGBl. I S. 821)
3. »Fünfte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die von den Krankenkassen den freiberuflichen tätigen Hebammen für Hebammenhilfe zu zahlenden Gebühren« vom 3. Mai 1974 (BAnz. Nr. 86)
4. »Gesetz über Konkursausfallgeld (Drittes Gesetz zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes)« vom 17. Juli 1974 (BGBl. I S. 1481)
5. »Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes« vom 30. Juli 1974 (BGBl. I S. 1625)
6. »Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation« vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881)

7. Einführungsgesetz zum Einkommensteuerreformgesetz (EG-EStRG)« vom 21. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3656)

1975

1. »Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter« vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061)
2. »Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten (KVSG)« vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536)
3. »Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Beitrag zur Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld« vom 28. Juli 1975 (BGBl. I S. 2084)
4. »Gesetz über ergänzende Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz (Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz StREG)« vom 28. August 1975 (BGBl. I S. 2289)
5. »Verordnung über Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Meldeverfahren für die Krankenversicherung der Studenten (Meldeordnung für die Krankenversicherung der Studenten – KVSMV)« vom 30. Oktober 1975 (BGBl. I S. 2709)
6. »Verordnung über den Nachweis, die Zahlung und die Abrechnung des Bundeszuschusses nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Studenten (Bundeszuschußverordnung für privatversicherte Studenten – BZV)« vom 30. Oktober 1975 (BGBl. I S. 2717)
7. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über Fälligkeit und Zahlung der Bundeszuschüsse nach § 381a Abs. 2 RVO« vom 30. Oktober 1975 (BAnz. Nr. 205)
8. »Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil« vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015)
9. »Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur (Haushaltsstrukturgesetz – HStruktG)« vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091)

1976

1. »Verordnung zur Änderung der KV-Pauschalbeitragsverordnung« vom 9. April 1976 (BGBl. I S. 1010)
2. »Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)« vom 11. Mai 1976 (BGBl. I S. 1181)
3. »Erste Verordnung zur Änderung der Bundespflege-satzverordnung (1. PflÄndV)« vom 23. Juni 1976 (BGBl. I S. 1675)

4. »Gesetz zur Änderung des Bundeskindergeldgesetzes und des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 18. August 1976 (BGBl. I S. 2213)
5. »Sozialgesetzbuch (SGB) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung« vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845)
6. »Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz – KVVG)« vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871)

1977

1. »Viertes Gesetz zur Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (4. BAFöGÄndG)« vom 26. April 1977 (BGBl. I S. 653)
2. »Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG)« vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069)
3. »Gesetz zur 20. Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (20. Rentenanpassungsgesetz - 20. RAG)« vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1040)
4. »Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung)« vom 20. Dezember 1977 (BGBl. I S. 3140)

1978

1. »21. Gesetz über die Anpassung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Altersgelder in der Altershilfe für Landwirte (21. Rentenanpassungsgesetz – 21. RAG)« vom 25. Juli 1978 (BGBl. I S. 1089)
2. »Gesetz zur Herabsetzung der flexiblen Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung für Schwerbehinderte (Fünftes Rentenversicherungs-Änderungsgesetz – 5. RVÄndG)« vom 6. November 1978 (BGBl. I S. 1710)
3. »Bekanntmachung der Bezugsgrößen für die Sozialversicherung und zur Ergänzung der RV-Bezugsgrößenverordnung 1979« vom 10. November 1978 (BAnz Nr. 220)

1979

1. »Gesetz zur Einführung eines Mutterschaftsurlaubs« vom 25. Juni 1979 (BGBl. I S. 797)
2. »Gesetz über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr« vom 9. Juli 1979 (BGBl. I S. 989)
3. »Sechstes Gesetz zur Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (6. BAFöFÄndG)« vom 16. Juli 1979 (BGBl. I S. 1037)
4. »Fünftes Gesetz zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes (5. AFG-ÄndG)« vom 23. Juli 1979 (BGBl. I S. 1189)
5. »Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung (KVMG)« vom 15. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2241)

1980

1. »Zweite Verordnung über die Erfassung von Daten für die Träger der Sozialversicherung und für die Bundesanstalt für Arbeit (2. DEVO)« vom 29. Mai 1980 (BGBl. I S. 593)
2. »Zweite Verordnung über die Datenübermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Bereich der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit (2. DÜVO)« vom 29. Mai 1980 (BGBl. I S. 616)
3. »Zweites Gesetz zur Verbesserung und Ergänzung sozialer Maßnahmen in der Landwirtschaft (2. ASEG)« vom 9. Juli 1980 (BGBl. I S. 905)
4. »Sozialgesetzbuch (SGB) – Verwaltungsverfahren« vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469)

1981

1. »Siebentes Gesetz zur Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes« vom 13. Juli 1981 (BGBl. I S. 625)
2. »Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten (Künstlersozialversicherungsgesetz – KSVG)« vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705)
3. »Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung – SVRV)« vom 3. August 1981 (BGBl. I S. 809)
4. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV)« vom 3. August 1981 (BAnz Nr. 153 a)

5. »Bekanntmachung der Bezugsgrößen für die Sozialversicherung und zur Ergänzung der RV-Bezugsgrößenverordnung 1982« vom 16. November 1981 (BAnz Nr. 221)
6. »Gesetz über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1982« vom 1. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1205)
7. »Gesetz zur Konsolidierung der Arbeitsförderung (Arbeitsförderungs-Konsolidierungsgesetz – AF-KG)« vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1497)
8. »Zweites Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur (2. Haushaltsstrukturgesetz – 2. HStruKtG)« vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523)
9. »Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz – KVEG)« vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578)
10. »Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)« vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568)

1982

1. »Zehnte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die von den Krankenkassen den freiberuflich tätigen Hebammen für Hebammenhilfe zu zahlende Gebühren« vom 11. Juni 1982 (BGBl. I S. 686)
2. »Sozialgesetzbuch (SGB) – Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten« vom 4. November 1982 (BGBl. I S. 1450)
3. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1982 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 9. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1625)
4. »Bekanntmachung der Bezugsgrößen für die Sozialversicherung und zur Ergänzung der RV-Bezugsgrößenverordnung 1982« (BAnz Nr. 239)
5. »Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushaltes (Haushaltsbegleitgesetz 1983)« vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857)

1983

1. »Vierte Verordnung zur Änderung der RV-Beitrags-einzugs-Vergütungsverordnung« vom 28. März 1983 (BGBl. I S. 403)

2. »Bekanntmachung der Bezugsgrößen für die Sozialversicherung und zur Ergänzung der RV-Bezugsgrößenverordnung 1984« vom 16. Dezember 1983 (BAnz Nr. 235)
3. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1983 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 19. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1472)
4. »Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitionshilfeabgabe (Haushaltsbegleitgesetz 1984)« vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532)

1984

1. »Zweite Verordnung zur Änderung der KVdR-Ausgleichsverordnung« vom 2. Januar 1984 (BGBl. I S. 33)
2. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV)« vom 4. Januar 1984 (BAnz Nr. 7)
3. »Erste Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenerfassungs-Verordnung und der Zweiten Datenübermittlungs-Verordnung« vom 21. März 1984 (BGBl. I S. 479/482)
4. »Gesetz zur Erleichterung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand (Vorruhestandsgesetz)« vom 13. April 1984 (BGBl. I S. 601)
5. »Gesetz über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und der Geldleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 1984« vom 27. Juni 1984 (BGBl. I S. 793)
6. »Gesetz zur Verbesserung des Wahlrechts für die Sozialversicherungswahlen« vom 27. Juli 1984 (BGBl. I S. 1029)
7. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1984 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 18. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1641)
8. »Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG)« vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716)
9. »Verordnung über maßgebende Rechnungsgrößen der Sozialversicherung für 1985 (Sozialversicherungs-Bezugsgrößenverordnung 1985)« vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1650)

1985

1. »Gesetz über arbeitsrechtliche Vorschriften zur Beschäftigungsförderung (BeschFG)« vom 26. April 1985 (BGBl. I S. 710)
2. »Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RVFinanzG)« vom 16. Mai 1985 (BGBl. I S. 766)
3. »Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG)« vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902)
4. »Gesetz zur Anpassung rechtlicher Vorschriften an das Adoptionsgesetz (Adoptionsanpassungsgesetz – AdAnpG)« vom 24. Juni 1985 (BGBl. I S. 1144)
5. »Siebte Verordnung zur Änderung der Wahlordnung für die Sozialversicherung« vom 10. Juli 1985 (BGBl. I S. 1439)
6. »Verordnung über die Höhe der Vergütung für das Einziehen der Beiträge zu den gesetzlichen Rentenversicherungen (RV-Beitragseinzugs-Vergütungsverordnung)« vom 10. Juli 1985 (BGBl. I S. 1497)
7. »Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung – BPflV)« vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666)
8. »Gesetz über die Gewährung von Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub (Bundeserziehungsgeldgesetz BErzGG)« vom 6. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2154)
9. »Siebtes Gesetz zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes« vom 20. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2484)
10. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1985 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 20. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2556)
11. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1986 (Sozialversicherungs-Bezugsgrößenverordnung 1986)« vom 20. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2557)

1986

1. »Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker« vom 26. Februar 1986 (BGBl. I S. 324)
2. »Gesetz zur Änderung wirtschafts-, verbraucher-, arbeits- und sozialrechtlicher Vorschriften« vom 25. Juli 1986 (BGBl. I S. 1169)
3. »Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)« vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662)
4. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1987 (Sozialversicherungs-

Bezugsgrößenverordnung 1987)« vom 9. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2451)

5. »Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung« vom 16. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2511)
6. »Zweites Rechtsbereinigungsgesetz« vom 16. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2441)
7. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1986 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 19. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2567)
8. »Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung« vom 19. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2593)

1987

1. »Gesetz zur Änderung des Artikel 2 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung, des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde und der Reichsversicherungsordnung« vom 27.1.1987 (BGBl. I S. 481)
2. »Krankenhaus-Buchführungsverordnung« vom 24.3.1987 (BGBl. I S. 1045)
3. »Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien) – Neufassung« vom 3. Juli 1987 (BANz. Nr. 156a)
4. »Änderung der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)« vom 3. Juli 1987 (BANz. Nr. 156a)
5. »Änderung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)« vom 3. Juli 1987 (BANz. Nr. 156a)
6. »Änderung der Richtlinien über sonstige Hilfen: Ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch (Sonstige Hilfen-Richtlinie)« vom 3. Juli 1987 (BANz. Nr. 156a)
7. »Vierte Verordnung zur Änderung der Zulassungsordnung für Kassenärzte« vom 20. Juli 1987 (BGBl. I S. 1579)
8. »Fünfte Verordnung zur Änderung der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte« vom 20. Juli 1987 (BGBl. I S. 1681)
9. »Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)« vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316)
10. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1988 (Sozialversicherungs-

Bezugsgrößenverordnung 1988)« vom 7. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2530)

11. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1987 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2812)
12. »Zweite Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenerfassungs-Verordnung« vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2815)
13. »Zweite Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenübermittlungs-Verordnung« vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2817)
14. »Gesetz zur finanziellen Sicherung der Künstlersozialversicherung« vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2794)
15. »Erste Verordnung zur Änderung der RV-Beitrags-einzugs-Vergütungsordnung« vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2813)

1988

1. »Änderung der Arzneimittelrichtlinien« vom 18. Februar 1988 (BAnz. Nr. 72)
2. »Preisvergleichsliste – Anlage zu Nummer 24 der Arzneimittel-Richtlinien« vom 20. April 1988 (BAnz. Nr. 74a)
3. »Dritte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte« vom 4. Juni 1988 (BGBl. I S. 797)
4. »Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)« vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818)
5. »Verordnung zur Änderung der Sachbezugsverordnung 1988 und der Arbeitsentgeltverordnung« vom 6. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2208)
6. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1989 (Sozialversicherungs-Bezugsgrößenverordnung 1989)« vom 7. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2222)
7. »Gesetz zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrages in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch« vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2330)
8. »Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG)« vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)
9. »Gesetz zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes« vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606)

1989

1. »Verordnung über die Zahlung, Weiterbildung, Abrechnung und Abstimmung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Beitragszahlungsverordnung)« vom 22. Mai 1989 (BGBl. I S. 991)
2. »Verordnung über die Durchführung der Beitragsüberwachung und die Auskunft- und Vorlagepflichten (Beitragsüberwachungsverordnung)« vom 22. Mai 1989 (BGBl. I S. 992)
3. »Geschäftsordnung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 20. Juni 1989 (BAnz. Nr. 139)
4. »Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)« vom 24. August 1989 (BAbI. Heft 10/1989)
5. »Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung« vom 24. August 1989 (BAbI. Heft 10/1989)
6. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheits-Untersuchungs-Richtlinien)« vom 24. August 1989 (BAbI. Heft 2/1990)
7. »Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung des Kreises der schwerpflegebedürftigen Personen« vom 9. August 1989 (BAbI. Heft 10/1989)
8. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten« vom 24. August 1989 (BAbI. Heft 10/1989)
9. »Künstlersozialabgabe-Verordnung 1990« vom 22. September 1989 (BGBl. I S. 1779)
10. »Verordnung über die Versorgung mit Hilfsmitteln und über Ersatzleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Orthopädieverordnung – OrthV)« vom 4. Oktober 1989 (BGBl. I S. 1834)
11. »Gesetz zur Einführung eines Sozialversicherungsausweises und zur Änderung anderer Sozialgesetze« vom 6. Oktober 1989 (BGBl. I S. 1822)
12. »Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung – KVdR-AusglV)« vom 6. November 1989 (BGBl. I, Seite 149)
13. »Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung 1985« vom 21. November 1989 (BGBl. I, Seite 2043)

14. »Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien)« vom 9. November 1989 (BABI. Heft 12/1989)
 15. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)« vom 9. November 1989 (BABI. Heft 12/1989)
 16. »Dritte Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenerfassungs-Verordnung« vom 5. Dezember 1989
 17. »Dritte Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenübermittlungs-Verordnung« vom 5. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2117)
 18. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen in der Sozialversicherung für 1990 (Sozialversicherungs-Bezugsgrößenverordnung 1990)« vom 7. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2168)
 19. »Verordnung zur Änderung der Arbeitsentgeltverordnung und der Sachbezugsverordnung 1989« vom 12. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2177)
 20. »Erlaß des BMA zu Änderungen in der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 13. Dezember 1989 (BABI. Heft 4/1990)
 21. »Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 13. Dezember 1989 (BGBl. I, Seite 2237)
- 1990**
1. »Erlaß des BMA zu Änderungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 24. Januar 1990 (BABI. Heft 4/1990)
 2. »Erlaß des BMA zur Änderung des Kontenrahmens für die Verbände« vom 24. Januar 1990 (BABI. Heft 4/1990)
 3. »Ergänzung und Änderung der Arzneimittel-Richtlinien« vom 30. Januar 1990 (BABI. Heft 4/1990)
 4. »Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301)
 5. »Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Prüfübersicht im Rahmen der Beitragsüberwachung« vom 22. März 1990 (BAnz Nr. 63)
 6. »Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KH-StaV)« vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730)
 7. Viertes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 19. April 1990 (BGBl. I)
 8. »Änderung der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 4. Mai 1990 (BABI. Heft 7–8/1990)
 9. »Änderung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 4. Mai 1990 (BABI. Heft 7–8/1990)
 10. »Änderung und Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 4. Mai 1990 (BABI. Heft 7–8/1990)
 11. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)« vom 3. April 1990 (BABI. Heft 7–8/1990)
 12. »Erlaß des BMA zu Änderungen des Kontenrahmens für die Träger der Sozialversicherung« vom 6. Juni 1990 (BABI. Heft 10/1990)
 13. »Änderung und Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 22. Juni 1990 (BABI. Heft 9/1990)
 14. »Änderung der Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 22. Juni 1990 (BABI. Heft 9/1990)
 15. »Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)« vom 22. Juni 1990 (BABI. Heft 9/1990)
 16. »Erste Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenordnung« vom 6. Juli 1990 (BABI. Heft 9/1990)
 17. »Verordnung zur Bestimmung des Musters und des Inhalts des Sozialversicherungsausweises, seiner Ausstattung mit einem Lichtbild und der Form der Eintragungen (Sozialversicherungsausweis-Verordnung)« vom 25. Juli 1990 (BGBl. I S. 1706)
 18. »Änderung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen« vom 14. August 1990 (BABI. Heft 10/1990)
 19. »Änderung und Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 14. August 1990 (BABI. Heft 10/1990)
 20. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung« vom 14. August 1990 (BABI. Heft 12/1990)

21. »Neufassung der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel« vom 30. August 1990 (BGBl. I S. 1866)
22. »Erlaß des BMA zur Änderungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 14. September 1990 (BABI. Heft 11/1990)
23. »Einigungsvertragsgesetz« vom 23. September 1990 (BGBl. I S. 885)
24. »Künstlersozialabgabe-Verordnung 1991« vom 24. September 1990 (BGBl. I)
25. »Änderung und Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 16. Oktober 1990 (BABI. Heft 12/1990)
26. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten« vom 16. Oktober 1990 (BABI. Heft 12/1990)
27. »Änderung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien« vom 4. Dezember 1990 (BABI. 2/1991)
28. »Änderung der Arzneimittel-Richtlinien« vom 4. Dezember 1990 (BABI. Heft 2/1991)
29. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« vom 4. Dezember 1990 (BABI. Heft 2/1991)
30. »Erlaß des BMA zur Änderung der Statistiken der gesetzlichen Krankenversorgung« vom 12. Dezember 1990 (BABI. Heft 2/1991)
31. »Erlaß des BMA zur Änderung des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 14. Dezember 1990 (BABI. Heft 2/1991)
32. »Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung für das Kalenderjahr 1991 in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet« vom 17. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2914)
33. »Gesetz zur Verlängerung der Amtsdauer der Organmitglieder in der sozialen Selbstverwaltung« vom 17. Dezember 1990 (BABI. Heft 3/1991)
34. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1991« vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2940)
35. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet« vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2941)

1991

1. »Verordnung des BMA über Künstlersozialversicherungs-Entgeltverordnung« vom 22. Januar 1991 (BABI. Heft 4/1991)
2. »Änderung der Arzneimittel-Richtlinien« vom 26. Februar 1991 (BABI. Heft 5/1991)
3. »Erstes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch« vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792)
4. »Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« vom 9. April 1991« (BABI. Heft 6/1991)
5. »Änderung der Richtlinien über die Durchführung von Psychotherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 9. April 1991 (BABI. Heft 6/1991)
6. »Änderung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 9. April 1991 (BABI. Heft 6/1991)
7. »Änderung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 2. Juli 1991 (BABI. Heft 9/1991)
8. »Änderung der Bekanntmachung der Bezugsgrößen für die Sozialversicherung 1991« vom 19. Juni 1991 (BABI. Heft 9/1991)
9. »Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« vom 2. Juli 1991 (BABI. Heft 10/1991)
10. »Erlaß des BMA zur Änderung der Statistik der GKV« vom 20. August 1991 (BABI. Heft 11/1991)
11. »Änderung der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 3. September 1991 (BABI. Heft 11/1991)
12. »Änderung der Richtlinien über die Durchführung von Psychotherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen« vom 3. September 1991 (BABI. Heft 11/1991)
13. »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweise Wiedereingliederung« vom 3. September 1991 (BABI. Heft 11/1991)
14. »Erste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammen-Gebührenordnung in dem in Art. 3 des

Einigungsvertrages genannten Gebiet« vom 8. Oktober 1991 (BGBl. I S. 1990)

15. »5. Verordnung zur Anpassung der Renten in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet« vom 08. Dezember 1992 (BAbI. 2/1993)
16. »Vierte Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenübermittlungs-Verordnung« vom 17. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2227)
17. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1992« vom 18. Dezember 1991 (BAbI. Heft 2/1992)
18. »Dritte Verordnung zur Anpassung der Renten und zu den maßgeblichen Rechengrößen in den in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet« vom 19. Dezember 1991 (BAbI. Heft 2/1992)
19. »Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 1992« vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2331)
20. »Zweites Gesetz zur Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch« vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325)

1992

1. »Bekanntmachung der Rechengrößen der Sozialversicherung für 1992« vom 7. Januar 1992 (BAbI. Heft 3/1992)
2. »Achte Verordnung zur Änderung der Wahlordnung für die Sozialversicherung« vom 23. Januar 1992 (BAbI. Heft 4/1992)
3. »Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik nach den Vordrucken KM1, KG1, KG3, KG6 und KV45« vom 13. April 1992 (BAbI. Heft 6/1993)
4. »Verordnung zur Anpassung der Renten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ohne das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet im Jahre 1992 und zur vierten Anpassung der Renten in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genann-

ten Gebiet« vom 5. Juni 1992 (BAbI. Heft 7–8/1992)

5. »Bekanntmachung der Rechengrößen der Sozialversicherung für 1993« vom 18. Dezember 1992 (BAbI. Heft 2/1993)
6. »Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266)

1993

1. »Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik« vom 19. Januar 1993 (BAbI. Heft 3/1993)
2. »Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik« vom 26. Februar 1993 (BAbI. Heft 4/1993)
3. »Bekanntmachung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Januar 1993 und des maßgeblichen Beitragssatzes für Studenten und Praktikanten gemäß den §§ 245 und 247 SGB V« vom 14. April 1993 (BAbI. 6/1993)
4. »Verordnung zur Anpassung der Renten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ohne das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet im Jahre 1993 und zur sechsten Anpassung der Renten in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet« vom 9. Juni 1993 (BAbI. Heft 7–8/1993)
5. »Fünfte Verordnung zur Änderung der Zweiten Datenübermittlungs-Verordnung« vom 4. Juni 1993 (BAbI. Heft 7–8/1993)
6. »Rechnungswesen und Statistik der GKV. Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik. Erlaß des BMG« vom 1. Oktober 1993 (BAbI. Heft 12/1993)

Quelle: BMA, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Statistischer und finanzieller Bericht sowie Bundesarbeitsblatt, verschiedene Jahrgänge.

11. Zeitreihen zum Gesundheitswesen

1. Demographische und gesamtwirtschaftliche Rahmendaten

T 100	Wohnbevölkerung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im Jahresdurchschnitt	286
T 101	Bruttosozialprodukt, Volkseinkommen und Veränderungsrate der gesamtwirtschaftlichen Produktivität der Erwerbstätigen gegenüber dem Vorjahr.	287
T 102	Bruttolohn- und -gehaltssumme und beitragspflichtige Einnahmen der GKV	288
T 103	Indexreihe zur Bruttolohn- und -gehaltssumme, beitragspflichtige Einnahmen der GKV und Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen zur Bruttolohn- und -gehaltssumme	289
T 104	Beitragsbemessungsgrenzen der einzelnen Sozialversicherungszweige in DM/Monat.	291

2. Morbidität und Mortalität

T 200	Allgemeine, konservierende und chirurgische zahnärztliche Behandlungsfälle je Mitglied, alte Bundesländer.	293
T 201	Ambulante ärztliche Behandlungsfälle je Mitglied nach Kassenarten, alte Bundesländer	294
T 202	Krankenstand der GKV-Mitglieder nach Kassenarten in %	295
T 203	Durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall bei GKV-Mitgliedern	297
T 204	Krankenhausfälle je 100 Mitglieder ohne Rentner nach Kassenarten.	298
T 205	Krankenhaustage je Krankenhausfall bei Mitgliedern ohne Rentner	299
T 206	Bevölkerung und Gestorbene nach Altersgruppen - Männer	301
T 207	Bevölkerung und Gestorbene nach Altersgruppen - Frauen.	302
T 208	Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen - Männer	303
T 209	Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen - Frauen.	304
T 210	Geburten, Totgeburten und Säuglingssterblichkeit	305

3. Organisation und Finanzdaten des Gesundheitswesens

T 300	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in 1.000.	307
T 301	Zahl der Krankenkassen und Versicherungsunternehmen am 1. Januar.	308
T 302	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern in Mio. DM	309
T 303	Veränderung der Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern im Vergleich zum Vorjahr in %, alte Bundesländer	311
T 304	Anteil der Finanzierungsträger an den Gesundheitsausgaben in %	312
T 305	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in Mio. DM.	313
T 306	Jährliche Veränderung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in %, alte Bundesländer	315
T 307	Anteil der Leistungsarten an den Gesundheitsausgaben in %	316

4. Daten zur GKV

4.1. Daten zur Organisation der GKV

T 400	Zahl der GKV-Versicherten in 1.000.	317
T 401	Mitglieder am 1.10. des jeweiligen Jahres in 1.000	318
T 402	Mitversicherte Familienangehörige am 1.10. des jeweiligen Jahres in 1.000	319
T 403	Beitragsfrei in der Familienhilfe Versicherte je 100 Mitglieder (Pflicht- und freiwillige Mitglieder und Rentner) nach Kassenarten	320
T 404	Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder einschließlich Rentner in der GKV zum 1.10. des jeweiligen Jahres - Männer.	322
T 405	Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder einschließlich Rentner in der GKV zum 1.10. des jeweiligen Jahres - Frauen	323
T 406	Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit zusätzlicher privater Krankenversicherung nach Versichertenstatus (Krankenversicherungsschutz besonderer Personengruppen)	324

4.2. Daten zur finanziellen Situation der GKV

T 450	Beitragspflichtige Einnahmen nach Kassenarten in Mio. DM	325
T 451	Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Kassenarten zum Vorjahr in %	327
T 452	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied in DM nach Kassenarten.	328
T 453	Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zum Vorjahr in % nach Kassenarten	329
T 454	Allgemeiner Beitragssatz im Jahresdurchschnitt	330
T 455	Niedrigster und höchster Beitragssatz nach Kassenarten am 1.1. des jeweiligen Jahres.	331
T 456	Beitragssatzspanne in % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten am 1.1.	332
T 457	Beitragseinnahmen der GKV in Mio. DM	334
T 458	Jährliche Veränderungsrate der Beitragseinnahmen der GKV in %	335
T 459	Beitragseinnahmen der GKV je Mitglied in DM pro Jahr	336
T 460	Jährliche Veränderung der GKV-Beitragseinnahmen je Mitglied in %	337
T 461	Leistungsausgaben der GKV nach Kassenarten in Mio. DM	338
T 462	Veränderung der Leistungsausgaben der GKV nach Kassenarten in %	339
T 463	Leistungsausgaben der GKV je Versicherten nach Kassenarten in DM	340
T 464	Veränderung der Leistungsausgaben der GKV je Versicherten nach Kassenarten zum Vorjahr in %	341
T 465	Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in Mio. DM	342
T 466	Veränderung der Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in %	343
T 467	Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten in DM.	344
T 468	Veränderung der Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten in %	346
T 469	Anteile der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %	347
T 470	Deckungsgrad der Ausgaben für Rentner durch KVdR-Beiträge in der GKV insgesamt	349

5. Entwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen

5.1. Ambulante ärztliche Versorgung

T 500	Zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte	350
T 501	An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie Belegärzte und Belegbetten.	353
T 502	Zahl der Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit einschl. beteiligter Ärzte	354
T 503	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der weiblichen Berechtigten, alte Bundesländer.	355
T 504	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der männlichen Berechtigten, alte Bundesländer.	357
T 505	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in % der Berechtigten, alte Bundesländer.	358
T 506	Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung in der GKV in Mio. DM	360
T 507	Jährliche Veränderung der Ausgaben für ambulante Behandlung nach Kassenarten in %	361
T 508	Durch den niedergelassenen Arzt veranlaßte Ausgaben in Mrd. DM	362

5.2. Stationäre Versorgung

T 520	Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach ausgewählten Berufen.	364
T 521	Pflegepersonal und geburtshilfliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	365
T 522	Ärzte nach Funktion in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.	366
T 523	Zahl der stationären Einrichtungen nach Art der Einrichtung und Trägerschaft	367
T 524	Stationäre Einrichtungen nach Bettenzahl	369
T 525	Zahl der Betten in stationären Einrichtungen	370
T 526	Pflegetage in stationären Einrichtungen in 1.000	371
T 527	Stationär behandelte Kranke in 1.000	372
T 528	Stationär behandelte Kranke und Zahl der Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner, alte Bundesländer.	374
T 529	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	375

T 530	Durchschnittliche Bettennutzung in %	376
T 531	Planmäßige Bettenzahl je Personalgruppe, alte Bundesländer	377
T 532	Ausgaben für stationäre Behandlung der GKV in Mio. DM	378
T 533	Jährliche Veränderung der Ausgaben für stationäre Behandlung der GKV nach Kassenarten in %	379
T 534	Krankenhausinvestitionen der Länder in Mio. DM	380

5.3. Zahnmedizinische Versorgung

T 540	Zahl der im Gesundheitswesen tätigen Zahnärzte und der Zahntechnikerbetriebe	383
T 541	Zahl der über die KZVen mit den Kassen der GKV abgerechneten Fälle	384
T 542	Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der GKV in Mio. DM	385
T 543	Jährliche Veränderung der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der GKV nach Kassenarten in %	386
T 544	Ausgaben für Zahnersatz der GKV in Mio. DM	387
T 545	Jährliche Veränderung der Ausgaben für Zahnersatz der GKV nach Kassenarten in %	389

5.4. Arzneimittelversorgung

T 560	Zahl der Apotheken und Apotheker am 31.12. des jeweiligen Jahres	390
T 561	Umsatz, Verordnungen und Rezepte von Fertigarzneimitteln, alte Bundesländer	391
T 562	Ausgaben für Arzneimittel nach Kassenarten in Mio. DM.	393
T 563	Jährliche Veränderung der Ausgaben für Arzneimittel nach Kassenarten in %	394
T 564	Veränderung des Umsatzes und seiner Komponenten von Fertigarzneimitteln zum Vorjahr in öffentlichen Apotheken in %, alte Bundesländer	395

5.5. Heil- und Hilfsmittel

T 580	Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel in Mio. DM	396
T 581	Veränderung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in %	397
T 582	Anteile der Heil- und Hilfsmittel an den GKV-Leistungsausgaben in %	398
T 583	Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel nach Kassenarten in Mio. DM	400
T 584	Jährliche Veränderung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel nach Kassenarten in %	401

6. Daten zur finanziellen Situation der PKV

T 600	Einnahmen in der privaten Krankenversicherung in Mio. DM, alte Bundesländer	402
T 601	Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung in Mio. DM, alte Bundesländer.	403
T 602	Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer.	404
T 603	Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung je Versicherten in DM, alte Bundesländer	405
T 604	Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung je Versicherten in %, alte Bundesländer	407
T 605	Anteil der Leistungsausgaben an den Gesamtleistungen der privaten Krankenversicherung in % alte Bundesländer.	408

Graphiken zu den Zeitreihen zum Gesundheitswesen

Seit 1989 enthalten die Jahresgutachten einen jährlich fortgeschriebenen Anhang "Zeitreihen des Gesundheitswesens", in dem statistische Basisinformationen über Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik zusammengestellt sind. Der Rat hat sich entschlossen, diese Grunddaten zukünftig nicht nur tabellarisch, sondern auch graphisch aufzubereiten, um dem Leser das rasche Erkennen von Entwicklungstrends, Trendbrüchen und anderen dynamischen Aspekten der berichteten Sachverhalte zu erleichtern. Dabei sollen freilich nicht in jedem Jahresgutachten alle Tabellen auch in Form von Abbildungen präsentiert werden; dies wäre schon deshalb wenig sinnvoll, weil bei vielen Grunddaten binnen eines Jahres nicht mit augenfälligen Veränderungen der Entwicklungsdynamik zu rechnen ist. Vielmehr soll eine Auswahl in der Weise getroffen werden, daß zum einen Gesichtspunkten der thematischen Aktualität Rechnung getragen wird und zum anderen aber auch über eine - aus Gründen der Zeitnähe der Darstellung nicht zu lange - Reihe von Jahren hinweg eine vollständige Umsetzung der Tabellen in Graphiken vorliegt. Der Rat hofft, dem Leser mit diesem zusätzlichen Angebot auch zusätzliche Nutzungsmöglichkeiten der Daten des statistischen Anhangs zu eröffnen.

Schließlich sei darauf verwiesen, daß sich die Nummerierung der Graphiken auf die Nummerierung der entsprechenden Tabellen bezieht; Hinweise auf Datenquellen und technische Kommentare werden daher nicht wiederholt, sondern sind der jeweiligen Tabelle zu entnehmen.

Für die Erarbeitung der Graphiken konnte sich der Rat auf die Mitarbeit des Medis-Instituts der GSF, Neuherberg stützen. Für die unermüdliche Geduld bei der Gestaltung der Graphiken dankt der Rat Frau Hannelore Nagl.

G 102	Veränderung von Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer und beitragspflichtige Einnahmen der GKV je Mitglied gegenüber dem Vorjahr in %, alte Bundesländer . . .	290
G 103	Beitragspflichtige Einnahmen der GKV in % der Bruttolohn- und -gehaltssumme, alte Bundesländer	290
G 104	Beitragsbemessungsgrenzen der einzelnen Sozialversicherungszweige in DM/Monat, alte Bundesländer	292
G 201	Ambulante ärztliche Behandlungsfälle je Mitglied nach Kassenarten, alte Bundesländer.	296
G 202	Krankenstand der GKV-Mitglieder nach ausgewählten Kassenarten in %, alte Bundesländer . . .	296
G 203	Durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall bei GKV-Mitgliedern, alte Bundesländer.	300
G 205	Krankenhaustage je Krankenhausfall bei Mitgliedern der GKV, ohne Rentner, alte Bundesländer	300
G 301	Zahl der Krankenkassen am 1. Januar, alte Bundesländer	310
G 302	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern in Mio. DM, alte Bundesländer	310
G 304	Anteil der Finanzierungsträger an den Ausgaben für Gesundheit in %, alte Bundesländer	314
G 305	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in Mio. DM, alte Bundesländer.	314
G 403	Beitragsfrei in der Familienhilfe Versicherte je 100 Mitglieder (Pflicht- und freiwillige Mitglieder und Rentner) nach ausgewählten Kassenarten, alte Bundesländer.	321
G 451	Beitragspflichtige Einnahmen nach Kassenarten, alte Bundesländer	326
G 455	Niedrigster und höchster sowie durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in der GKV, alte Bundesländer.	333
G 456	Beitragssatzspannen in % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten am 1.1., alte Bundesländer	333
G 465	Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten, alte Bundesländer	345
G 467	Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten, alte Bundesländer	345
G 469	Anteile der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %, alte Bundesländer	348
G 500a	Zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, alte Bundesländer	352
G 500b	Zuwachs an niedergelassenen Ärzten gegenüber dem Vorjahr in %, alte Bundesländer.	352
G 502	Zahl der Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit einschl. beteiligter Ärzte, alte Bundesländer	356
G 503	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der GKV in % der weiblichen Berechtigten, alte Bundesländer	356
G 504	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der männlichen Berechtigten, alte Bundesländer	359

G 505	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in % der Berechtigten, alte Bundesländer	359
G 508	Durch den niedergelassenen Arzt veranlaßte Ausgaben, alte Bundesländer	363
G 522	Ärzte nach Funktion in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, alte Bundesländer.	368
G 523	Stationären Einrichtungen nach Art der Einrichtung und Trägerschaft in % im Jahre 1992, alte Bundesländer.	368
G 524	Stationäre Einrichtungen nach Bettenzahl in % im Jahre 1992, alte Bundesländer	373
G 527	Stationär behandelte Kranke, alte Bundesländer	373
G 529	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, alte Bundesländer	382
G 534	Krankenhausinvestitionen der Länder im Jahre 1991, alte Bundesländer.	382
G 540	Zahnärzten je 10.000 Einwohner, alte Bundesländer	388
G 544	Ausgaben der GKV für Zahnersatz, alte Bundesländer	388
G 560	Zahl der Apotheken und Apotheker am 31.12. des jeweiligen Jahres, alte Bundesländer	392
G 561	Umsatz, Verordnungen und Wert pro Fertigarzneimittel, alte Bundesländer	392
G 582	Anteil der Heil- und Hilfsmittel an den GKV-Leistungsausgaben, alte Bundesländer	399
G 603	Anteil der Leistungsausgaben an den Gesamtleistungen der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer	406

1. Demographische und gesamtwirtschaftliche Rahmendaten

Tabelle T 100: Wohnbevölkerung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im Jahresdurchschnitt

Alte Bundesländer						
Jahr	Wohnbevölkerung					Arbeitslosenquote ¹
		Nicht-erwerbspersonen	Erwerbspersonen	Erwerbstätige		
				Erwerbstätige	Arbeitslose	
in 1.000	in 1.000	in 1.000	in 1.000	in 1.000	in 1.000	in %
1970	60.651	33.834	26.817	26.668	149	0,7
1971	61.284	34.327	26.957	26.772	185	0,8
1972	61.672	34.551	27.121	26.875	246	1,1
1973	61.976	34.543	27.433	27.160	273	1,2
1974	62.054	34.643	27.411	26.829	582	2,5
1975	61.829	34.645	27.184	26.110	1.074	4,6
1976	61.531	34.497	27.034	25.974	1.060	4,5
1977	61.400	34.362	27.038	26.008	1.030	4,3
1978	61.326	34.115	27.212	26.219	993	4,1
1979	61.359	33.831	27.528	26.652	876	3,6
1980	61.566	33.618	27.948	27.059	889	3,6
1981	61.682	33.377	28.305	27.033	1.272	5,1
1982	61.638	33.080	28.558	26.725	1.833	7,2
1983	61.423	32.818	28.605	26.347	2.258	8,8
1984	61.175	32.516	28.659	26.393	2.266	8,8
1985	61.024	32.127	28.897	26.593	2.304	8,9
1986	61.066	31.878	29.188	26.960	2.228	8,5
1987	61.077	31.691	29.386	27.157	2.229	8,5
1988	61.449	31.841	29.608	27.366	2.242	8,4
1989	62.063	32.264	29.799	27.761	2.038	7,6
1990	63.253	32.884	30.369	28.486	1.883	6,9
1991	64.074	33.392	30.682	28.993	1.689	6,1
1992	64.865	33.916	30.949	29.141	1.808	6,5
1993 ²	-	-	30.896	28.626	2.270	-

Neue Bundesländer						
Jahr	Wohnbevölkerung					Arbeitslosenquote ¹
		Nicht-erwerbspersonen	Erwerbspersonen	Erwerbstätige		
				Erwerbstätige	Arbeitslose	
in 1.000	in 1.000	in 1.000	in 1.000	in 1.000	in 1.000	in %
1991	15.910	7.488	8.422	7.509	913	11,3
1992	15.730	7.851	7.879	6.709	1.170	15,7
1993 ²	-	-	7.627	6.479	1.148	-

SVRKAiG 1994

¹ Anteil der Arbeitslosen an den abhängigen Erwerbspersonen (beschäftigte Arbeitnehmer plus Arbeitslose).
² Vorläufige Daten.

Quelle: StBA.

Tabelle T 101: Bruttosozialprodukt, Volkseinkommen und Veränderungsrate der gesamtwirtschaftlichen Produktivität der Erwerbstätigen gegenüber dem Vorjahr

Alte Bundesländer

Jahr	Bruttosozialprodukt			Volkseinkommen		Produktivität in %
	nominal in Mrd.DM	Preisentwicklung 1991 = 100	real ¹ in Mrd.DM	nominal in Mrd.DM		
1970	676	25,5	1.545	530		3,8
1971	750	28,3	1.593	587		2,5
1972	825	31,1	1.662	643		3,8
1973	919	34,6	1.741	720		3,6
1974	984	37,1	1.741	770		1,5
1975	1.028	38,7	1.721	801		1,1
1976	1.124	42,4	1.816	878		6,0
1977	1.196	45,1	1.863	934		2,8
1978	1.289	48,6	1.927	1.007		2,0
1979	1.394	52,5	2.007	1.084		2,4
1980	1.477	55,7	2.026	1.140		-0,2
1981	1.540	58,0	2.026	1.180		0,3
1982	1.590	59,9	2.004	1.214		0,6
1983	1.676	63,1	2.045	1.278		3,0
1984	1.763	66,4	2.108	1.347		2,7
1985	1.835	69,1	2.149	1.407		1,2
1986	1.936	72,9	2.199	1.498		0,9
1987	2.003	75,5	2.233	1.550		1,0
1988	2.108	79,4	2.314	1.636		2,9
1989	2.249	84,7	2.411	1.738		2,1
1990	2.448	92,2	2.544	1.892		2,7
1991	2.654	100,0	2.654	2.030		1,9
1992	2.799	105,5	2.681	2.122		0,7
1993 ²	2.824	106,4	2.619	2.113		-

Neue Bundesländer

Jahr	Bruttosozialprodukt			Volkseinkommen		Produktivität in %
	nominal in Mrd.DM	Preisentwicklung 1991 = 100	real ¹ in Mrd.DM	nominal in Mrd.DM		
1991	190	100,0	190	160		-
1992	245	128,9	210	198		-
1993 ²	285	150,0	221	227		-

SVRKAiG 1994

¹ In Preisen von 1991.

² Vorläufige Daten.

Quelle: StBA.

Tabelle T 102: Bruttolohn- und -gehaltssumme und beitragspflichtige Einnahmen der GKV¹

Alte Bundesländer

Jahr	Bruttolohn- und -gehaltssumme				beitragspflichtige Einnahmen			
	insgesamt		je beschäftigten Arbeitnehmer		insgesamt		je Mitglied	
	in Mrd. DM	Veränderung zum Vorjahr in %	in DM	Veränderung zum Vorjahr in %	in Mrd. DM	Veränderung zum Vorjahr in %	in DM	Veränderung zum Vorjahr in %
1970	308	-	13.841	-	235	-	10.709	-
1971	348	13,0	15.403	11,3	279	18,7	12.389	15,7
1972	383	10,1	16.783	9,0	314	12,5	13.692	10,5
1973	433	13,1	18.631	11,0	348	10,8	14.984	9,4
1974	476	9,9	20.649	10,8	382	9,8	16.440	9,7
1975	493	3,6	21.931	6,2	413	8,1	17.996	9,5
1976	528	7,1	23.440	6,9	442	7,0	19.348	7,5
1977	568	7,6	25.035	4,5	473	7,0	20.643	6,7
1978	605	6,5	26.355	5,3	506	7,0	21.965	6,4
1979	654	8,1	27.849	5,7	547	8,1	23.325	6,2
1980	710	8,5	29.691	6,6	588	7,5	24.580	5,4
1981	744	4,8	31.116	4,8	625	6,3	25.808	5,0
1982	764	2,8	31.338	3,9	652	4,3	26.945	4,4
1983	777	1,7	33.376	3,2	675	3,5	27.978	3,8
1984	803	3,3	34.385	3,0	718	6,4	29.266	4,6
1985	834	3,8	35.391	2,9	744	3,6	30.180	3,1
1986	877	5,1	36.664	3,6	774	4,0	31.094	3,0
1987	913	4,1	37.812	3,1	797	3,0	31.759	2,1
1988	949	4,0	38.944	3,0	830	4,1	32.827	3,4
1989	993	4,6	40.114	3,0	864	4,1	33.979	3,5
1990	1.070	7,7	42.013	4,7	930	7,6	35.704	5,1
1991	1.156	8,0	44.531	6,0	1.001	7,6	37.475	5,0
1992	1.226	6,1	46.981	5,5	1.069	6,8	39.392	5,1
1993 ²	1.234	0,7	48.240	2,7	1.115 ³	4,3	40.928 ³	3,9

Neue Bundesländer

Jahr	Bruttolohn- und -gehaltssumme				beitragspflichtige Einnahmen			
	insgesamt		je beschäftigten Arbeitnehmer		insgesamt		je Mitglied	
	in Mrd. DM	Veränderung zum Vorjahr in %	in DM	Veränderung zum Vorjahr in %	in Mrd. DM	Veränderung zum Vorjahr in %	in DM	Veränderung zum Vorjahr in %
1991	156	-	-	-	167	-	19.682	-
1992	187	19,7	-	-	216	29,4	25.441	29,3
1993 ²	201	7,8	-	-	242 ³	12,2	29.715 ³	16,8

SVRKAiG 1994

¹ Ohne Bundesknappschaft und Landwirtschaftliche Krankenkassen; ab 1984 einschließlich Bundesknappschaft und stärkere Einbeziehung der Einmalzahlungen. Ab 1978 geänderte Erhebungsmethode.

² Vorläufige Daten.

³ Beitragspflichtige Einnahmen 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: StBA, BMA und BMG.

Tabelle T 103: Indexreihe zur Bruttolohn- und -gehaltssumme, beitragspflichtige Einnahmen der GKV und Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen¹ zur Bruttolohn- und -gehaltssumme

Alte Bundesländer

Jahr	Bruttolohn- und -gehaltssumme		beitragspflichtige Einnahmen		beitragspflichtige Einnahmen in % der Bruttolohn- u. Gehaltssumme	
	insgesamt	je beschäftigten Arbeitnehmer	insgesamt	je Mitglied	insgesamt	pro Kopf
	1991=100	1991=100	1991=100	1991=100		
1970	26,6	31,1	28,6	23,5	76,3	77,4
1971	30,1	34,6	33,1	27,9	80,2	80,4
1972	33,1	37,7	36,5	31,4	82,0	81,6
1973	37,5	41,8	40,0	34,8	80,4	80,4
1974	41,2	46,4	43,9	38,2	80,3	79,6
1975	42,6	49,2	48,0	41,3	83,8	82,1
1976	45,7	52,6	51,6	44,2	83,7	82,5
1977	49,1	56,2	55,1	47,3	83,3	82,5
1978	52,3	59,2	58,6	50,5	83,6	83,3
1979	56,6	62,5	62,2	54,6	83,6	83,8
1980	61,4	66,7	65,6	58,7	82,8	82,8
1981	64,4	69,9	68,9	62,4	84,0	82,9
1982	66,1	72,6	71,9	65,1	85,3	83,3
1983	67,2	75,0	74,7	67,4	86,9	83,8
1984	69,5	77,2	78,1	71,7	89,4	85,1
1985	72,1	79,5	80,5	74,3	89,2	85,3
1986	75,9	82,3	83,0	77,3	88,3	84,4
1987	79,0	84,9	84,7	79,6	87,3	84,0
1988	82,1	87,5	87,6	82,9	87,5	84,3
1989	85,9	90,1	90,7	86,3	87,0	84,7
1990	92,6	94,3	95,3	92,9	86,9	85,0
1991	100,0	100,0	100,0	100,0	86,6	84,2
1992	106,1	105,5	105,1	106,8	87,2	83,8
1993 ²	106,7	108,3	111,4	109,2	90,4	84,8

Neue Bundesländer

Jahr	Bruttolohn- und -gehaltssumme		beitragspflichtige Einnahmen		beitragspflichtige Einnahmen in % der Bruttolohn- u. Gehaltssumme	
	insgesamt	je beschäftigten Arbeitnehmer	insgesamt	je Mitglied	insgesamt	pro Kopf
	1991=100	1991=100	1991=100	1991=100		
1991	100,0	-	100,0	100,0	107,1	-
1992	121,7	-	129,4	129,3	115,5	-
1993 ²	128,8	-	144,9	151,0	120,4	-

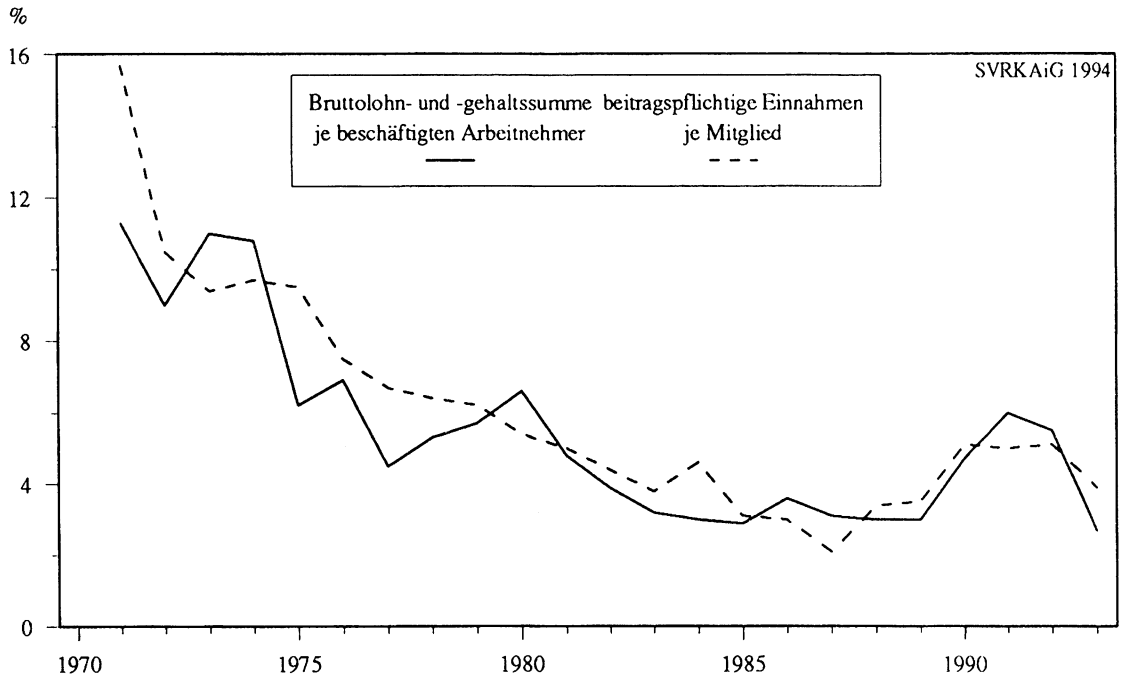
SVRKAiG 1994

¹ Ohne Bundesknappschaft und Landwirtschaftliche Krankenkassen; ab 1984 einschließlich Bundesknappschaft und stärkere Einbeziehung der Einmalzahlungen. Ab 1978 geänderte Erhebungsmethode.

² Vorläufige Daten. Beitragspflichtige Einnahmen 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: StBA, BMA, BMG und eigene Berechnungen.

Graphik G 102: Veränderung von Bruttolohn- und -gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer und beitragspflichtige Einnahmen der GKV je Mitglied gegenüber dem Vorjahr in %, alte Bundesländer



Graphik G 103: Beitragspflichtige Einnahmen der GKV in % der Bruttolohn- und -gehaltssumme, alte Bundesländer

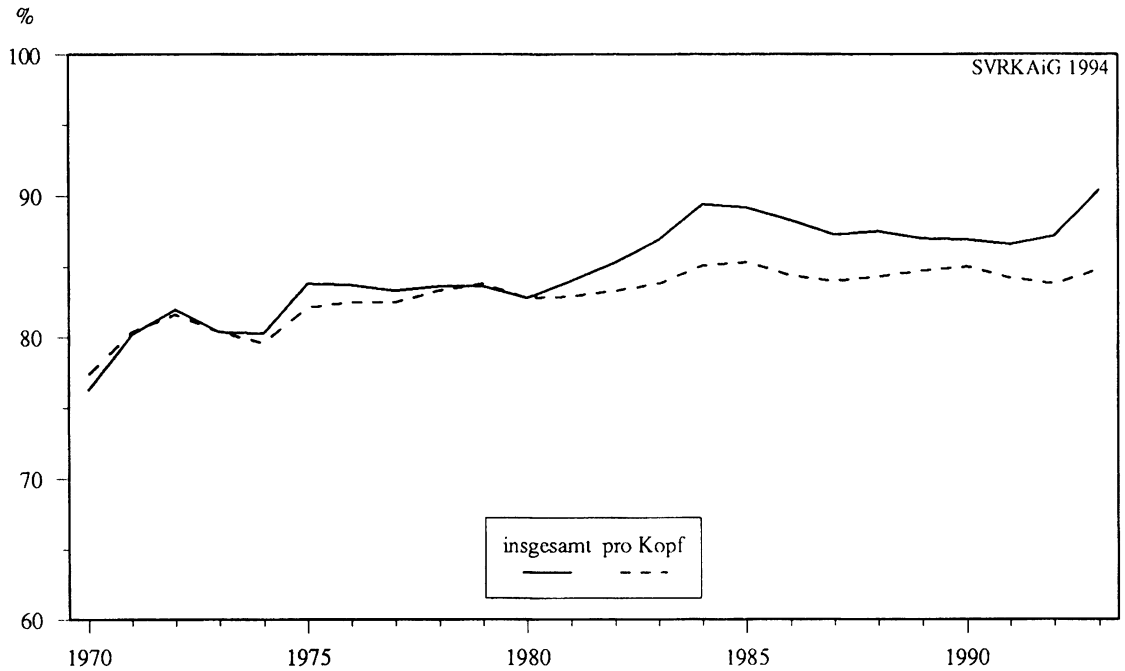


Tabelle T 104: Beitragsbemessungsgrenzen der einzelnen Sozialversicherungszweige in DM/Monat

Alte Bundesländer

Jahr	Rentenversicherungen der Arbeiter u. Angestellten	Knappschaftliche Rentenversicherung	Krankenversicherung	Bundesanstalt für Arbeit
1970	1.800	2.100	1.200	1.800
1971	1.900	2.300	1.425	1.900
1972	2.100	2.500	1.575	2.100
1973	2.300	2.800	1.725	2.300
1974	2.500	3.100	1.875	2.500
1975	2.800	3.400	2.100	2.800
1976	3.100	3.800	2.325	3.100
1977	3.400	4.200	2.550	3.400
1978	3.700	4.600	2.775	3.700
1979	4.000	4.800	3.000	4.000
1980	4.200	5.100	3.150	4.200
1981	4.400	5.400	3.300	4.400
1982	4.700	5.800	3.525	4.700
1983	5.000	6.100	3.750	5.000
1984	5.200	6.400	3.900	5.200
1985	5.400	6.700	4.050	5.400
1986	5.600	6.900	4.200	5.600
1987	5.700	7.100	4.275	5.700
1988	6.000	7.300	4.500	6.000
1989	6.100	7.500	4.575	6.100
1990	6.300	7.800	4.725	6.300
1991	6.500	8.000	4.875	6.500
1992	6.800	8.400	5.100	6.800
1993	7.200	8.900	5.400	7.200
1994	7.600	9.400	5.700	7.600

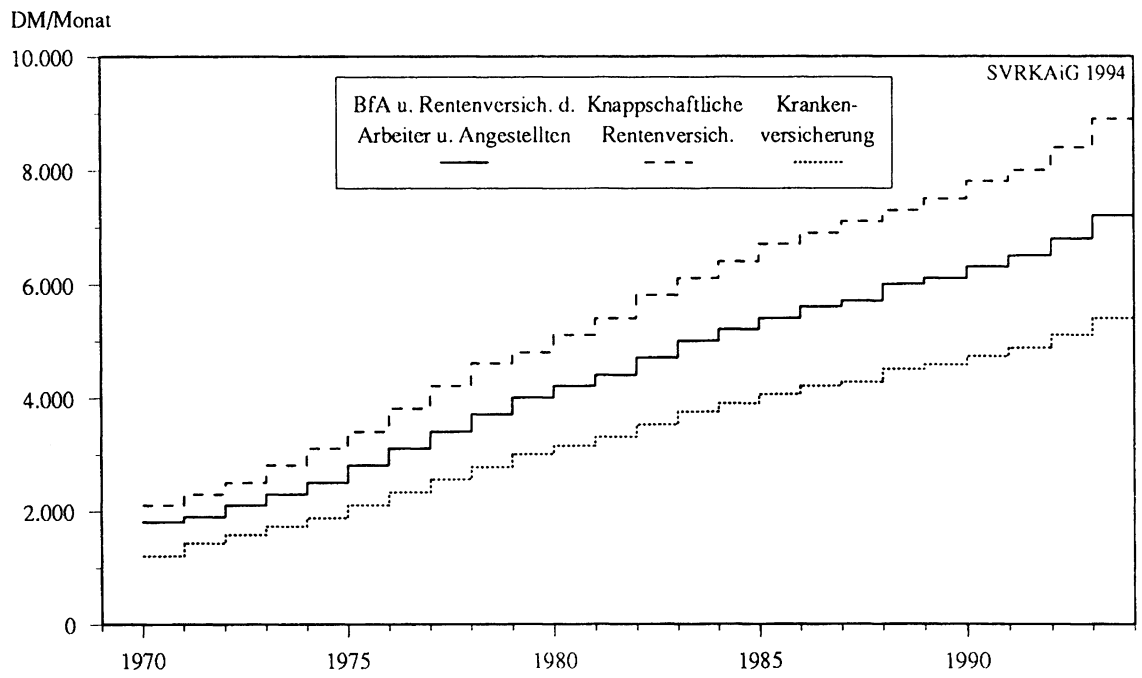
Neue Bundesländer

Jahr	Rentenversicherungen der Arbeiter u. Angestellten	Knappschaftliche Rentenversicherung	Krankenversicherung	Bundesanstalt für Arbeit
1993	5.300	6.500	3.975	5.300
1994	5.900	7.300	4.425	5.900

SVRKAiG 1994

Quelle: BMA.

Graphik G 104: Beitragsbemessungsgrenzen der einzelnen Sozialversicherungszeigwe in DM/Monat, alte Bundesländer



2. Morbidität und Mortalität

Tabelle T 200: Allgemeine, konservierende und chirurgische zahnärztliche Behandlungsfälle je Mitglied¹, alte Bundesländer

Jahr	GKV insgesamt ²	OKK	BKK	IKK	EK insgesamt	EAN	EAR
1970	1,316	1,153	1,316	1,343	1,667	1,667	1,669
1971	1,335	1,151	1,337	1,339	1,705	1,705	1,711
1972	1,336	1,141	1,323	1,342	1,707	1,707	1,709
1973	1,326	1,112	1,309	1,328	1,705	1,706	1,685
1974	1,368	1,145	1,344	1,367	1,752	1,754	1,723
1975	1,411	1,184	1,367	1,401	1,782	1,782	1,774
1976	1,437	1,201	1,392	1,414	1,822	1,825	1,748
1977	1,428	1,203	1,353	1,393	1,805	1,806	1,793
1978	1,394	1,181	1,319	1,349	1,738	1,739	1,724
1979	1,371	1,161	1,295	1,311	1,704	1,705	1,678
1980	1,371	1,165	1,291	1,299	1,690	1,692	1,657
1981	1,353	1,153	1,282	1,261	1,656	1,658	1,604
1982	1,326	1,135	1,249	1,240	1,614	1,616	1,564
1983	1,317	1,136	1,322	1,240	1,563	1,565	1,519
1984	1,321	1,145	1,322	1,237	1,558	1,560	1,516
1985	1,322	1,152	1,329	1,237	1,546	1,548	1,510
1986	1,322	1,154	1,333	1,229	1,539	1,541	1,503
1987	1,320	1,157	1,336	1,222	1,526	1,527	1,500
1988	1,457	1,290	1,502	1,337	1,657	1,658	1,634
1989	1,423	1,243	1,462	1,308	1,639	1,640	1,608
1990	1,426	1,261	1,474	1,322	1,652	1,654	1,614
1991	1,579	1,389	1,698	1,464	1,806	1,807	1,792
1992	1,641	1,449	1,817	1,523	1,849	1,850	1,839

SVRKAiG 1994

¹ Ab 1983 geänderte Methodik; Werte mit Vorjahren nicht vergleichbar.

² Ab 1990 einschließlich Bundesknappschaft.

Quelle: KZBV.

Tabelle T 201: Ambulante ärztliche Behandlungsfälle je Mitglied nach Kassenarten

Alte Bundesländer

Jahr	OKK	BKK	IKK	LKK	EAR	EAN
1970	5,94	6,41	5,96	5,04	6,56	6,40
1971	6,03	6,56	6,12	5,21	6,56	6,54
1972	6,09	6,66	6,16	5,34	6,92	6,60
1973	6,21	6,85	6,30	6,14	7,06	6,78
1974	6,41	7,08	6,44	6,65	7,29	7,13
1975	6,63	7,40	6,63	7,02	7,27	7,28
1976	6,71	7,51	6,60	7,12	7,37	7,44
1977	6,73	7,49	6,52	7,09	7,19	7,36
1978	6,85	7,66	6,55	7,26	7,44	7,34
1979	6,87	7,68	6,52	7,25	7,48	7,37
1980	6,93	7,72	6,53	7,27	7,48	7,45
1981	6,94	7,71	6,47	7,26	7,41	7,46
1982	6,90	7,64	6,43	7,27	7,32	7,41
1983	6,95	7,67	6,45	7,33	7,30	7,41
1984	7,06	7,79	6,53	7,40	7,35	7,44
1985	7,13	7,82	6,59	7,47	7,41	7,49
1986	7,28	8,00	6,73	7,61	7,56	7,65
1987	7,32	8,04	6,76	7,64	7,59	7,70
1988	7,57	8,29	7,00	8,00	7,83	8,04
1989	7,52	8,26	6,96	7,90	7,78	7,91
1990	7,64	8,40	7,09	8,11	7,94	8,10

SVRKAiG 1994

Quelle: KBV.

Tabelle T 202: Krankenstand¹ der GKV - Mitglieder² nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1970	5,6	5,6	7,2	4,7	5,2	4,6
1971	5,3	5,1	6,9	4,5	5,3	4,7
1972	5,5	5,3	7,1	4,6	5,6	4,8
1973	5,9	6,1	7,5	4,7	5,8	4,8
1974	5,5	5,6	6,7	4,8	5,3	4,6
1975	5,3	5,3	6,7	4,6	5,1	4,4
1976	5,3	5,5	6,7	4,5	5,1	4,3
1977	5,4	5,6	6,8	4,5	5,1	4,2
1978	5,5	5,8	7,2	4,6	5,3	4,4
1979	5,7	5,9	7,4	4,7	5,4	4,4
1980	5,7	6,0	7,4	4,8	5,4	4,3
1981	5,3	5,5	6,8	4,5	5,0	4,2
1982	4,7	4,8	6,1	3,9	4,5	3,7
1983	4,4	4,6	5,8	3,7	4,2	3,6
1984	4,5	4,8	6,1	3,8	4,5	3,6
1985	4,7	5,0	6,3	3,9	4,4	3,6
1986	4,8	5,0	6,5	4,0	4,6	3,8
1987	4,8	5,2	6,5	4,0	4,6	3,8
1988	5,0	5,3	6,6	4,2	4,5	4,1
1989	5,1	5,4	6,5	4,4	4,4	4,3
1990	5,2	5,5	6,6	4,5	4,6	4,4
1991	5,2	5,5	6,6	4,5	4,6	4,5
1992	5,1	5,4	6,3	4,5	4,5	4,5

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1991	4,0	3,0	4,9	3,4	2,5	5,5
1992	4,2	3,8	5,2	2,9	3,1	4,6

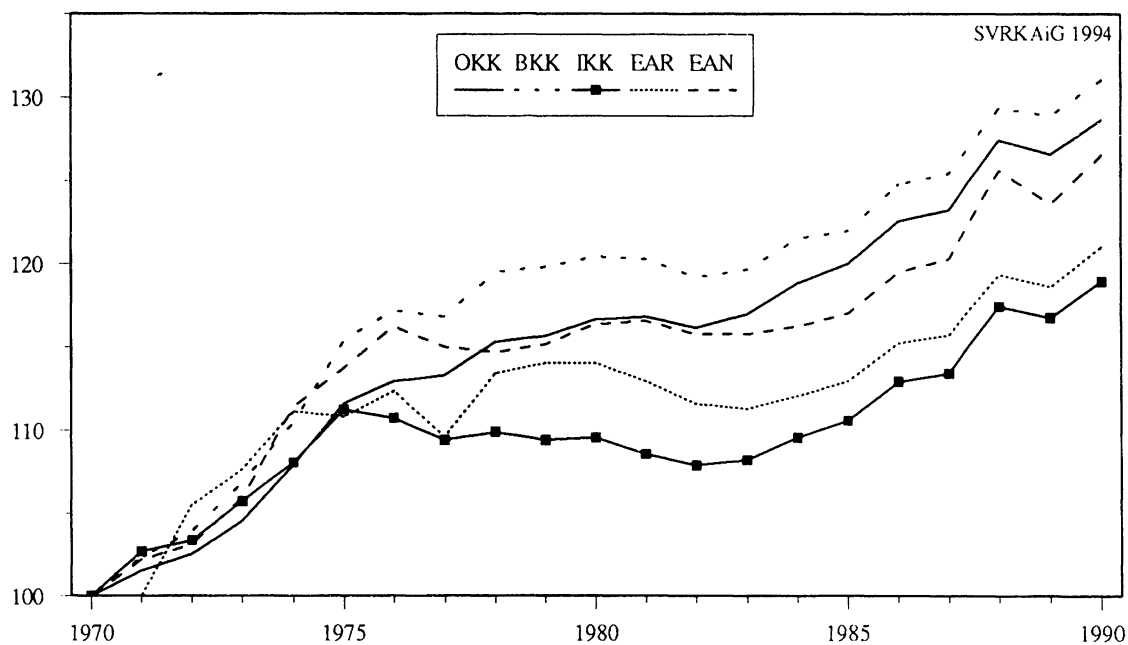
SVRKAiG 1994

- 1 Arbeitsunfähig kranke Mitglieder in % der Mitglieder insgesamt. Jahresdurchschnittlich ermittelt aus den 12 Monatsstichtagswerten des Jahres sowie dem Januarstichtagswert des Folgejahres.
- 2 Pflichtmitglieder ohne Rentner, Studenten, Jugendliche und Behinderte, landwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, Vorruhestandsgeldempfänger sowie Wehr-, Zivil- und Grenzschutzpflichtdienstleistende.

Quelle: BMA, BMG.

Graphik G 201: Ambulante ärztliche Behandlungsfälle je Mitglied nach Kassenarten, alte Bundesländer

Index 1970 = 100



Graphik G 202: Krankenstand der GKV-Mitglieder nach ausgewählten Kassenarten in %, alte Bundesländer

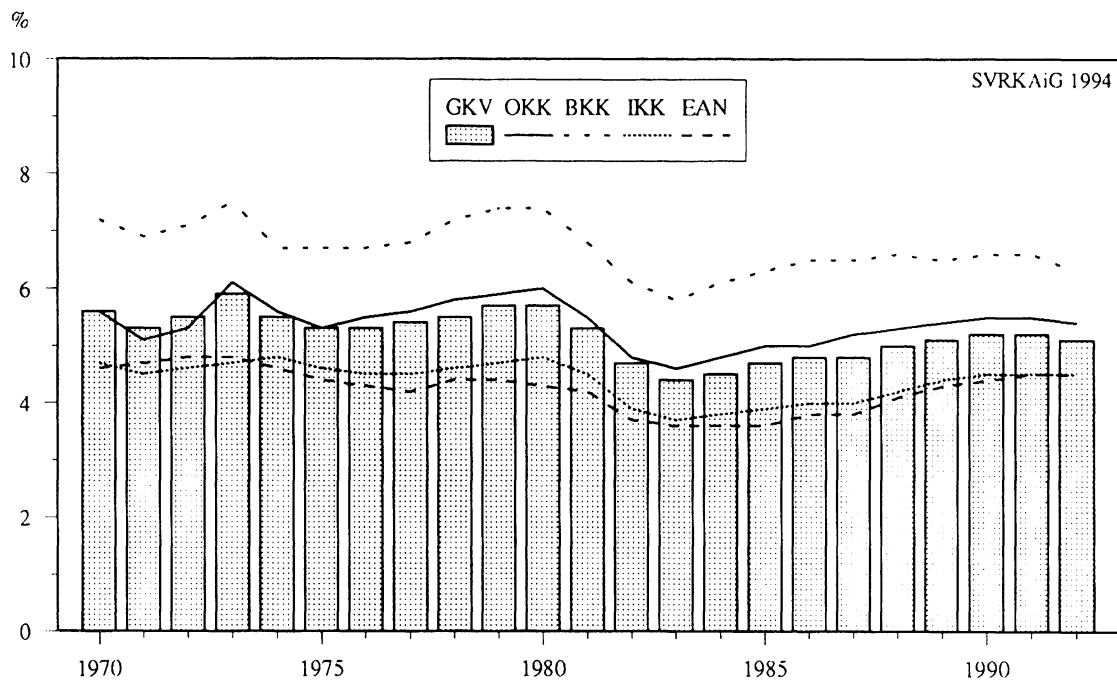


Tabelle T 203: Durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall bei GKV-Mitgliedern¹

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1970	19,4	19,1	18,8	16,9	19,0	21,2
1971	18,5	18,5	18,0	16,3	18,4	19,2
1972	18,6	18,6	18,4	16,4	19,0	18,7
1973	18,4	18,4	18,3	16,3	18,0	18,2
1974	18,9	18,9	18,7	16,6	17,9	19,0
1975	19,0	19,3	18,4	16,8	17,9	18,9
1976	18,7	18,9	18,2	16,3	17,8	19,1
1977	18,3	18,2	18,0	15,9	17,5	18,7
1978	17,6	17,5	17,6	15,1	16,1	17,8
1979	17,5	17,6	17,8	14,7	16,5	17,4
1980	17,6	17,6	18,3	14,7	17,4	17,4
1981	17,1	17,4	17,9	14,2	16,4	16,0
1982	16,6	17,2	16,6	14,2	16,1	15,5
1983	16,1	16,7	16,3	13,9	14,5	14,8
1984	16,2	16,7	16,7	13,9	14,6	14,9
1985	16,0	16,6	16,4	13,9	13,9	14,4
1986	15,3	15,9	15,7	13,2	13,6	13,9
1987	15,5	16,1	16,0	13,3	13,7	14,0
1988	15,4	16,1	16,0	13,1	13,3	14,0
1989	14,9	15,4	15,6	13,0	13,4	13,6
1990	14,7	15,1	15,4	13,0	13,2	13,5
1991	14,9	15,5	15,6	13,6	12,8	13,6
1992	15,2	16,0	15,8	14,0	13,0	13,5

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1991	14,4	14,5	14,7	12,3	12,0	14,0
1992	14,4	14,9	14,6	12,3	12,0	13,7

SVRKAiG 1994

¹ Pflichtmitglieder ohne Rentner, Studenten, Jugendliche und Behinderte, landwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, Vorruhestandsgeldempfänger sowie Wehr-, Zivil- und Grenzschutzpflichtdienstleistende.

Quelle: BMA, BMG.

Tabelle T 204: Krankenhausfälle je 100 Mitglieder¹ ohne Rentner nach Kassenarten

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ²	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1970	8,6	9,0	8,5	7,2	6,9	8,5
1971	9,0	9,6	9,0	7,7	7,3	8,5
1972	9,2	9,9	9,1	7,9	7,6	8,7
1973	9,3	10,1	8,7	7,8	7,3	9,2
1974	9,5	10,0	8,9	7,9	7,2	9,7
1975	9,7	10,1	9,0	8,2	7,4	9,9
1976	10,7	11,7	9,9	8,7	7,9	10,3
1977	11,2	12,4	10,6	9,7	8,3	10,5
1978	11,6	12,9	11,2	10,0	8,1	10,6
1979	11,5	12,8	11,2	10,1	8,4	10,5
1980	11,6	13,0	11,1	10,4	8,2	10,6
1981	11,6	13,1	10,9	10,4	8,7	10,4
1982	11,9	13,3	10,6	10,5	8,9	11,1
1983	11,8	13,3	10,6	10,8	8,6	10,9
1984	12,2	14,1	11,1	10,9	8,7	11,0
1985	12,5	14,6	11,3	11,1	9,0	11,0
1986	12,9	14,9	11,8	11,5	9,5	11,2
1987	13,4	15,2	12,5	11,7	10,6	11,9
1988	13,5	15,2	12,9	11,5	11,6	12,2
1989	13,4	15,0	13,0	12,5	11,2	12,0
1990	13,4	15,0	13,2	12,8	11,3	11,9
1991	13,5	15,1	13,4	13,0	11,5	12,1

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ²	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1991	10,4	11,8	8,7	7,6	7,1	8,1

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Vorruhestandsgeldempfänger.

² Einschließlich Landwirtschaftlicher Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

Quelle: BMA.

Tabelle T 205: Krankenhaustage je Krankenhausfall bei Mitgliedern der GKV¹ ohne Rentner

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ²	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1970	20,7	20,8	20,9	20,3	20,1	19,8
1971	20,5	20,7	20,4	20,4	19,5	19,5
1972	20,6	21,0	20,6	20,4	19,5	19,7
1973	20,4	20,7	20,9	20,5	19,4	19,3
1974	20,4	21,1	20,8	20,3	18,7	19,0'
1975	19,9	20,3	20,6	19,9	18,2	18,2
1976	19,7	20,6	20,3	19,0	18,2	18,3
1977	17,6	17,4	18,8	17,6	17,6	17,3
1978	17,0	17,0	17,7	16,9	17,3	16,7
1979	16,6	16,5	17,2	16,3	16,7	16,4
1980	16,1	15,9	16,6	15,5	16,7	16,1
1981	15,8	15,7	16,5	15,7	15,9	15,8
1982	15,3	15,4	15,6	14,8	15,6	15,1
1983	15,1	15,2	15,5	14,6	15,7	14,9
1984	14,9	14,9	15,3	14,3	15,5	14,7
1985	14,6	14,6	15,0	13,5	14,9	14,5
1986	13,8	13,9	14,4	12,9	14,3	13,5
1987	13,4	13,5	13,8	12,6	14,0	12,9
1988	12,9	13,1	13,4	12,3	13,3	12,4
1989	12,6	12,8	12,9	12,2	12,5	12,1
1990	12,3	12,5	12,6	12,0	12,4	11,8
1991	12,1	12,3	12,4	12,0	12,6	11,5

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ²	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1991	12,2	12,8	13,1	11,9	13,2	10,9

SVRKAiG 1994

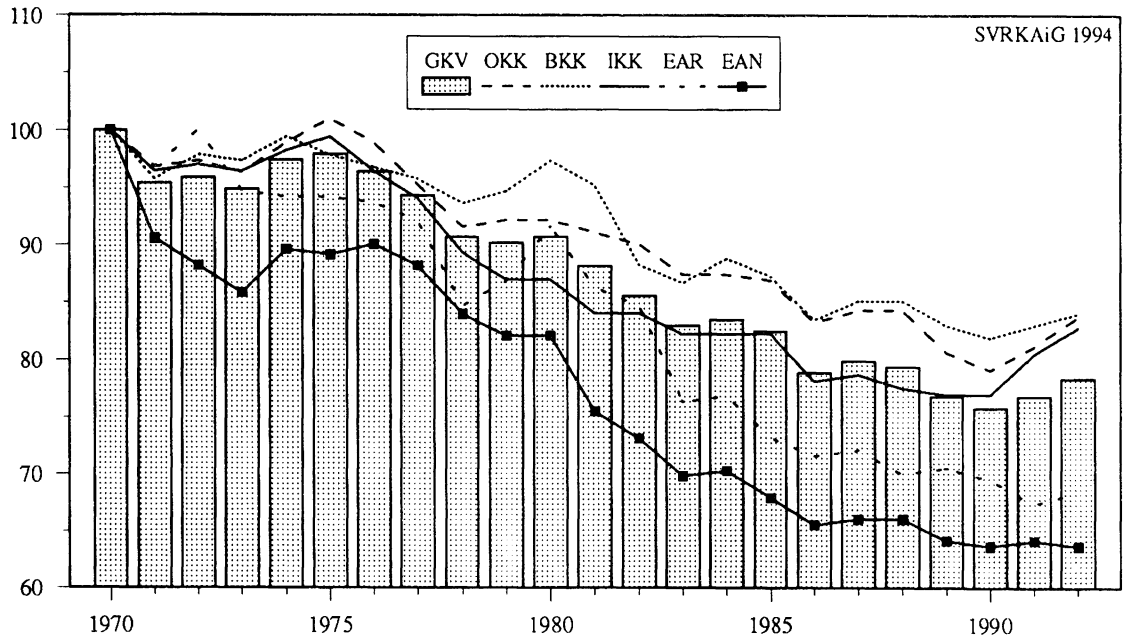
¹ Einschließlich Vorruhestandsgeldempfänger.

² Einschließlich Landwirtschaftlicher Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

Quelle: BMA.

Graphik G 203: Durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall bei GKV-Mitgliedern, alte Bundesländer

Index 1970 = 100



Graphik G 205: Krankenhaustage je Krankenhausfall bei Mitgliedern der GKV, ohne Rentner, alte Bundesländer

Tage

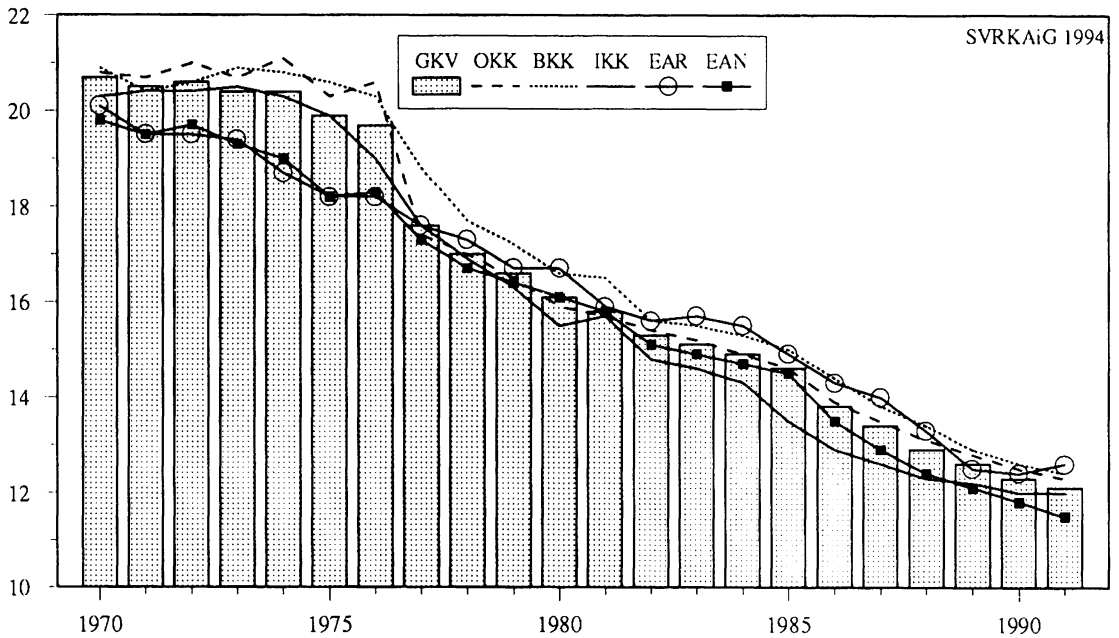


Tabelle T 206: Bevölkerung und Gestorbene nach Altersgruppen - Männer

Alte Bundesländer

Jahr	Männer in 1.000	Gestor- bene ¹							
			0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	über 70 ¹
1970	28.842	369.975	19.144	7.052	9.914	16.700	33.846	101.462	181.813
1971	28.704	366.740	18.402	7.180	10.037	16.934	32.629	97.399	184.148
1972	29.435	367.882	16.914	7.035	10.427	17.266	31.902	95.867	187.966
1973	29.604	365.703	15.645	6.489	10.299	17.578	30.189	93.219	192.274
1974	29.684	360.254	-	-	-	-	-	-	-
1975	29.538	371.074	13.665	6.234	10.104	19.135	29.529	89.493	202.900
1976	29.324	361.325	12.516	6.264	9.784	19.171	29.857	82.911	200.812
1977	29.282	347.948	11.422	6.544	9.118	18.762	30.953	75.208	193.937
1978	29.205	355.488	10.990	6.531	8.898	19.557	33.579	71.238	204.552
1979	29.221	346.826	10.251	6.492	8.221	19.134	35.529	65.427	201.766
1980	29.383	348.015	9.877	6.410	7.695	19.467	36.400	63.311	204.850
1981	29.483	349.080	9.306	6.230	7.402	19.481	36.358	61.275	209.024
1982	29.495	344.275	8.624	6.250	7.039	19.406	36.189	58.725	207.932
1983	29.365	343.800	8.089	6.171	6.727	19.046	36.508	56.608	201.641
1984	29.241	332.990	7.124	5.665	6.280	18.369	35.928	53.885	206.732
1985	29.162	334.382	6.423	5.378	6.195	17.887	37.120	53.021	208.255
1986	29.208	330.206	6.372	5.423	6.356	17.013	36.992	53.868	204.182
1987	29.323	324.627	6.105	5.338	6.309	16.328	37.564	56.676	196.307
1988	29.479	322.939	5.879	5.456	6.601	15.958	37.299	60.732	191.014
1989	30.236	326.008	5.551	5.431	6.708	15.556	37.518	64.657	190.587
1990	30.851	330.439	5.471	5.763	7.214	14.803	38.071	66.087	193.030
1991	31.282	329.424	5.295	6.050	7.749	14.719	38.517	66.408	190.686
1992	31.756	322.903	4.850	5.799	7.841	14.133	38.617	65.591	186.072

Neue Bundesländer

Jahr	Männer in 1.000	Gestor- bene ¹							
			0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	über 70 ¹
1990	7.649	94.654	2.017	1.869	3.198	5.289	13.789	18.149	50.343
1991	7.557	92.394	1.566	1.929	3.346	5.132	13.624	18.030	48.767
1992	7.544	87.680	1.225	1.688	3.321	4.980	13.492	17.794	45.180

SVRKAIG 1994

¹ Einschließlich der Fälle unbekanntes Alters.

Quelle: StBA.

Tabelle T 207: Bevölkerung und Gestorbene nach Altersgruppen - Frauen

Alte Bundesländer

Jahr	Frauen in 1.000	Gestor- bene ¹							
			0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	über 70 ¹
1970	32.082	364.868	12.368	2.588	4.826	12.346	24.810	68.229	239.698
1971	31.984	363.930	12.005	2.511	4.883	11.591	23.922	66.601	242.415
1972	32.171	363.882	10.891	2.421	4.964	10.888	23.262	65.751	245.701
1973	32.299	365.325	9.889	2.482	4.889	10.742	22.404	64.737	250.180
1974	32.376	367.257	-	-	-	-	-	-	-
1975	32.348	378.186	8.657	2.384	4.868	10.130	21.434	63.786	266.922
1976	32.218	371.815	7.831	2.456	4.565	9.957	21.723	60.250	265.029
1977	32.138	356.974	7.083	2.512	4.478	9.549	21.761	54.635	256.951
1978	32.115	367.730	6.788	2.575	4.302	9.639	22.472	52.438	269.514
1979	32.095	364.906	6.168	2.441	4.068	9.357	23.060	65.427	270.369
1980	32.133	366.102	6.051	2.276	3.848	9.248	21.971	47.016	275.667
1981	32.172	373.112	5.806	2.285	3.743	9.245	21.281	45.871	284.879
1982	32.166	371.582	5.342	2.256	3.634	9.355	20.166	44.660	286.166
1983	32.028	374.537	4.948	2.264	3.340	9.195	19.320	42.727	292.742
1984	31.934	363.128	4.411	2.126	3.274	8.868	18.392	39.926	286.151
1985	31.825	369.914	3.131	2.012	3.202	8.800	18.048	38.861	294.858
1986	31.815	371.626	3.958	2.014	3.248	8.432	17.313	40.042	296.619
1987	31.754	362.790	3.738	1.906	3.189	8.259	17.145	40.926	287.627
1988	31.962	364.576	3.576	2.017	3.329	8.108	17.007	42.347	288.192
1989	32.443	371.722	3.532	2.012	3.409	7.774	17.399	43.650	293.946
1990	32.875	382.896	3.527	2.091	3.515	7.716	17.368	43.287	305.392
1991	33.203	379.394	3.512	2.020	3.561	7.448	17.868	42.007	302.978
1992	33.534	372.365	3.187	2.038	3.517	7.387	17.835	39.409	298.992

Neue Bundesländer

Jahr	Frauen in 1.000	Gestor- bene ¹							
			0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	über 70 ¹
1990	8.379	113.456	1.227	627	1.210	2.285	6.254	14.699	87.154
1991	8.233	110.033	921	562	1.266	2.259	6.147	13.626	85.252
1992	8.141	102.495	767	528	1.141	2.093	5.850	12.551	79.565

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich der Fälle unbekanntem Alters.

Quelle: StBA.

Tabelle T 208: Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen - Männer

Alte Bundesländer

Jahr	Gestorbene insgesamt	darunter Gestorbene an nachstehenden Todesursachen						
		Bösart. Neubildungen	Krankh. d. Kreislaufsystems	Krankh. d. Atmungsorgane	Krankh. d. Verd.-organe	Säuglingssterbefälle	Unfälle	Selbstmord
1970	369.975	70.721	153.452	34.891	21.905	11.201	23.627	8.230
1971	366.740	72.246	157.461	28.452	21.847	10.500	23.368	8.077
1972	367.882	72.113	158.430	28.525	21.932	9.203	22.805	7.741
1973	365.703	73.182	157.637	28.034	22.152	8.516	21.173	8.129
1974	360.254	74.297	156.720	26.183	22.936	7.699	19.067	8.272
1975	371.074	76.452	160.331	29.965	23.364	6.873	19.363	8.187
1976	361.325	76.191	159.682	26.261	22.805	6.092	18.452	8.544
1977	347.948	76.967	153.123	24.701	21.710	5.186	17.782	8.838
1978	355.488	77.677	158.008	27.143	21.211	4.910	17.416	8.779
1979	346.826	77.032	160.778	24.921	20.916	4.556	16.647	8.491
1980	348.015	78.236	163.669	23.856	20.327	4.455	16.264	8.332
1981	349.080	79.065	165.106	24.321	20.239	4.175	15.215	8.743
1982	344.275	79.581	161.357	24.671	19.349	3.847	15.180	8.787
1983	343.800	80.255	161.128	25.840	18.860	3.496	14.980	8.502
1984	332.990	79.109	157.349	24.821	17.370	3.204	13.320	8.346
1985	334.382	81.128	158.177	25.461	17.157	3.001	11.693	8.576
1986	330.206	80.901	153.213	26.253	16.371	3.068	11.660	7.781
1987	324.627	82.912	149.422	22.825	16.257	3.082	10.825	7.836
1988	322.939	84.550	147.339	21.932	16.451	3.018	11.011	7.369
1989	326.008	85.518	146.104	23.342	16.583	2.951	11.114	7.037
1990	330.439	86.251	145.861	24.774	16.303	2.954	11.356	6.853
1991	329.424	86.594	145.406	23.735	16.276	2.770	11.467	6.923
1992	322.903	87.538	140.631	22.698	15.749	2.492	11.075	7.033

Neue Bundesländer

Jahr	Gestorbene insgesamt	darunter Gestorbene an nachstehenden Todesursachen						
		Bösart. Neubildungen	Krankh. d. Kreislaufsystems	Krankh. d. Atmungsorgane	Krankh. d. Verd.-organe	Säuglingssterbefälle	Unfälle	Selbstmord
1990	94.654	16.668	46.980	6.786	5.270	766	4.891	2.681
1991	92.394	18.618	44.978	5.946	6.144	509	4.940	2.733
1992	87.680	19.253	41.319	5.504	6.193	359	4.776	2.293

SVRKAiG 1994

Quelle: StBA.

Tabelle T 209: Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen - Frauen

Alte Bundesländer

Jahr	Gestorbene insgesamt	darunter Gestorbene an nachstehenden Todesursachen						
		Bösart. Neubildungen	Krankh. d. Kreislaufsystems	Krankh. d. Atmun.-organe	Krankh. d. Verd.-organe	Säuglingssterbefälle	Unfälle	Selbstmord
1970	364.868	71.702	170.643	23.697	18.169	7.964	15.370	4.816
1971	363.930	72.879	176.039	18.376	18.230	7.641	15.079	4.761
1972	363.882	72.012	177.369	17.984	17.949	6.704	14.868	4.533
1973	365.325	73.467	177.703	17.406	18.012	6.053	14.481	4.754
1974	367.257	74.531	180.993	16.642	18.083	5.533	13.689	4.774
1975	378.186	75.950	185.974	20.025	18.382	5.002	13.920	4.713
1976	371.815	76.399	186.426	17.443	17.771	4.141	13.207	4.809
1977	356.974	76.283	179.663	15.925	17.189	3.836	12.652	5.088
1978	367.730	77.385	187.639	17.480	16.761	3.572	12.575	4.841
1979	364.906	77.624	193.692	16.748	17.306	3.300	11.727	4.686
1980	366.102	78.498	195.834	15.647	16.987	3.366	11.428	4.536
1981	373.112	79.524	202.081	16.217	16.927	3.082	11.220	4.636
1982	371.582	80.733	199.225	17.693	16.981	2.935	11.531	4.361
1983	374.537	80.871	200.796	19.322	16.450	2.603	11.203	4.573
1984	363.128	79.705	195.270	18.505	15.567	2.429	10.330	4.202
1985	369.914	81.397	200.813	19.035	15.844	2.243	9.275	4.041
1986	371.626	82.137	198.328	20.478	15.349	2.276	9.418	3.818
1987	362.790	83.614	193.247	16.844	15.185	2.236	8.692	3.763
1988	364.576	84.607	194.089	16.472	15.731	2.062	8.767	3.446
1989	371.722	84.967	196.712	18.095	15.917	2.123	8.956	3.215
1990	382.896	85.301	201.026	20.726	15.913	2.122	9.297	3.142
1991	379.394	85.867	199.526	19.430	15.869	2.092	9.698	3.095
1992	372.365	86.170	195.084	17.892	15.334	1.858	9.009	3.076

Neue Bundesländer

Jahr	Gestorbene insgesamt	darunter Gestorbene an nachstehenden Todesursachen						
		Bösart. Neubildungen	Krankh. d. Kreislaufsystems	Krankh. d. Atmun.-organe	Krankh. d. Verd.-organe	Säuglingssterbefälle	Unfälle	Selbstmord
1990	113.456	16.928	69.125	5.375	4.296	543	3.739	1.248
1991	110.033	19.458	65.864	4.681	4.755	340	3.477	1.260
1992	102.495	19.588	60.206	4.266	4.589	283	3.313	1.056

SVRKAiG 1994

Quelle: StBA.

Tabelle T 210: Geburten, Totgeburten und Säuglingssterblichkeit

Alte Bundesländer

Jahr	Geburten	Veränderung gegenüber dem Vorjahr	Totgeburten	Totgeburten in o/oo der Tot- und Lebendgeborenen
1970	810.808		8.351	10,2
1971	778.526	- 4,0	7.674	9,8
1972	701.214	- 10,0	6.557	9,3
1973	635.633	- 9,4	5.686	8,9
1974	626.373	- 1,5	5.387	8,5
1975	600.512	- 4,1	4.689	7,7
1976	602.851	0,4	4.444	7,3
1977	582.344	- 3,4	3.794	6,5
1978	576.468	- 1,0	3.650	6,3
1979	581.984	1,0	3.325	5,7
1980	620.657	6,6	3.308	5,3
1981	624.557	0,6	3.204	5,1
1982	621.173	- 0,5	2.996	4,8
1983	594.177	- 4,3	2.790	4,7
1984	584.157	- 1,7	2.567	4,4
1985	586.155	0,3	2.414	4,1
1986	625.963	6,8	2.506	4,0
1987	642.010	2,6	2.485	3,9
1988	677.259	5,5	2.398	3,5
1989	681.537	0,6	2.368	3,5
1990	727.199	6,7	2.490	3,4
1991	722.250	-0,7	2.345	3,3
1992	720.794	-0,2	2.310	3,2

Neue Bundesländer

Jahr	Geburten	Veränderung gegenüber dem Vorjahr	Totgeburten	Totgeburten in o/oo der Tot- und Lebendgeborenen
1991	107.769	-	396	3,7
1992	88.320	-18,1	350	4,0

SVRKAiG 1994

1 In o/oo der Lebendgeborenen.

Quelle: StBA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 210: Fortsetzung alte Bundesländer

Jahr	im ersten Lebensjahr verstorbene ¹	in den ersten 7. Lebens-tagen verstorbene ¹	vom 8. Lebens-tag bis unter 1 Monat verstorbene ¹	vom ersten Monat bis unter 1 Jahr verstorbene ¹
1970	23,6	16,4		
1971	23,3	15,7		
1972	22,7	14,8		
1973	22,9	14,3		
1974	21,1	13,0		
1975	19,8	11,6		
1976	17,4	9,8		
1977	15,5	8,4	1,9	5,1
1978	14,7	7,5	1,9	5,4
1979	13,5	6,9	1,8	4,8
1980	12,6	6,3	1,6	4,7
1981	11,6	5,4	1,6	4,6
1982	10,9	4,8	1,6	4,5
1983	10,3	4,6	1,3	4,3
1984	9,6	4,2	1,3	4,1
1985	8,9	3,8	1,3	3,9
1986	8,5	3,6	1,3	3,7
1987	8,3	3,5	1,2	3,6
1988	7,5	3,0	1,1	3,5
1989	7,4	3,0	1,1	3,4
1990	7,0	2,6	0,9	3,4
1991	6,7	2,5	0,9	3,3
1992	6,0	2,5	0,9	2,7

Fortsetzung neue Bundesländer

Jahr	im ersten Lebensjahr verstorbene ¹	in den ersten 7. Lebens-tagen verstorbene ¹	vom 8. Lebens-tag bis unter 1 Monat verstorbene ¹	vom ersten Monat bis unter 1 Jahr verstorbene ¹
1991	7,9	2,9	1,3	3,7
1992	7,3	3,1	0,9	5,6

SVRKAiG 1994

¹ In o/oo der Lebendgeborenen.

Quelle: StBA und eigene Berechnungen.

3. Organisation und Finanzdaten des Gesundheitswesens

Tabelle T 300: Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in 1.000¹

Alte Bundesländer

Jahr	Wohnbevölkerung					
		ohne Versicherungsschutz	mit Versicherungsschutz insgesamt	sonstiger Versicherungsschutz ²	PKV	GKV
1970	60.924	684	60.240	1.013	5.696	53.531
1971	60.687	550	60.138	930	5.217	53.991
1972	61.606	485	61.121	1.675	5.277	54.169
1973	61.904	244	61.660	1.542	4.882	55.236
1974	62.061	185	61.875	1.628	4.545	55.702
1975	-	-	-	-	-	-
1976	61.542	223	61.319	1.260	4.482	55.577
1977	61.420	178	61.242	1.267	4.567	55.408
1978	61.320	182	61.139	1.209	4.589	55.341
1979	61.315	226	61.089	1.243	4.655	55.191
1980	61.516	137	61.379	1.203	4.611	55.565
1981	61.655	099	61.556	1.234	4.698	55.624
1982	61.660	166	61.493	1.276	4.875	55.342
1983	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-
1985	60.987	215	60.772	1.190	5.135	54.447
1986	61.022	223	60.799	1.299	5.309	54.191
1987	61.142	182	60.959	1.475	5.700	53.784
1989	61.872	183	61.690	1.507	6.417	53.766
1990	63.062	97	62.965	1.669	6.935	54.361
1991	63.889	321	63.568	1.443	6.926	55.199
1992	64.706	215	64.489	1.486	6.967	56.036

Neue Bundesländer

Jahr	Wohnbevölkerung					
		ohne Versicherungsschutz	mit Versicherungsschutz insgesamt	sonstiger Versicherungsschutz ²	PKV	GKV
1991	15.941	83	15.857	116	82	15.659
1992	15.732	17	15.716	101	172	15.443

SVRKAiG 1994

1 In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Mikrozensusserhebungen zum Versicherungsschutz statt.

2 Sozialhilfe, freie Heilfürsorge (studentische Krankenversicherung bis 1974).

Quelle: StBA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 301: Zahl der Krankenkassen und Versicherungsunternehmen am 1. Januar

Alte Bundesländer

Jahr	PKV ¹	GKV ²	OKK	BKK	IKK	LKK
1970	54	1.815	399	1.119	178	102
1971	49	1.770	397	1.078	178	100
1972	47	1.656	398	1.048	174	19
1973	45	1.558	341	1.012	169	19
1974	41	1.479	314	965	164	19
1975	39	1.479	314	965	164	19
1976	39	1.432	307	928	161	19
1977	38	1.405	299	911	159	19
1978	37	1.363	281	889	157	19
1979	37	1.335	274	869	156	19
1980	38	1.319	272	855	156	19
1981	40	1.306	270	844	156	19
1982	41	1.286	270	825	155	19
1983	41	1.262	270	801	155	19
1984	40	1.239	270	778	155	19
1985	40	1.215	270	754	155	19
1986	40	1.194	269	734	155	19
1987	40	1.182	269	722	155	19
1988	42	1.169	269	710	154	19
1989	44	1.153	268	696	153	19
1990	47 ³	1.147	267	692	152	19
1991	46	1.118	264	684	151	19
1992	50	1.123	259	680	148	19
1993	51	1.111	257	673	145	19

Neue Bundesländer

Jahr	PKV ¹	GKV ²	OKK	BKK	IKK	LKK
1992	-	100	12	61	25	2
1993	-	110	12	71	24	3

SVRKAiG 1994

- 1 Mitglieder des Verbandes der PKV.
- 2 Seit 1970 unverändert: SKK: 1, BuKn: 1, EAR: 8, EAN: 7.
- 3 Am 1.10.1990.

Quelle: BMA, PKV.

Tabelle T 302: Ausgaben¹ für Gesundheit nach Ausgabenträgern in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	Öffentl. Haushalte ²	Gesetzliche Krankenversich.	Rentenversicherung ³	Gesetzliche Unfallversich.	Private Krankenversich.	Arbeitgeber	Private Haushalte	insgesamt
1970	9.871	24.712	6.663	2.520	3.616	17.315	5.899	70.596
1971	11.686	30.583	7.358	2.708	3.982	18.467	6.550	81.334
1972	12.949	35.762	8.437	3.095	4.320	22.007	7.186	93.756
1973	15.221	42.559	9.358	3.373	4.739	24.202	7.716	107.168
1974	16.836	50.990	10.737	3.800	5.563	24.928	8.169	121.023
1975	18.345	59.904	11.516	4.453	6.131	26.372	8.681	135.402
1976	19.292	65.519	12.016	4.815	6.698	28.265	9.646	146.251
1977	20.538	68.734	12.729	5.121	6.911	29.916	10.481	154.430
1978	22.909	73.553	13.052	5.485	7.349	33.538	11.404	167.290
1979	23.782	79.691	13.842	5.857	8.046	36.505	12.313	180.036
1980	26.069	88.427	14.738	6.270	8.815	37.908	13.434	195.661
1981	27.887	94.978	16.070	6.853	9.757	37.423	14.247	207.215
1982	29.272	95.767	17.252	7.369	10.235	34.849	14.881	209.625
1983	29.451	99.071	17.640	7.381	10.880	34.554	16.988	215.965
1984	29.228	106.400	18.752	7.637	11.260	36.418	18.119	227.814
1985	31.401	111.885	19.086	7.983	12.480	37.680	18.976	239.491
1986	32.340	117.194	19.458	8.216	12.636	40.614	19.418	249.876
1987	33.690	122.199	20.025	8.260	13.468	43.238	19.702	260.582
1988	35.635	131.735	17.455	8.322	14.417	45.794	21.751	275.109
1989	37.737	127.579	18.617	8.554	15.866	49.371	21.538	279.262
1990	40.492	139.843	20.089	9.163	17.188	53.354	23.571	303.700
1991	44.207	157.858	21.859	10.688	18.837	57.579	25.595	336.623

Neue Bundesländer

Jahr	Öffentl. Haushalte ²	Gesetzliche Krankenversich.	Rentenversicherung ³	Gesetzliche Unfallversich.	Private Krankenversich.	Arbeitgeber	Private Haushalte	insgesamt
1991	7.167	23.564	3.674	470	405	4.373	2.710	42.363

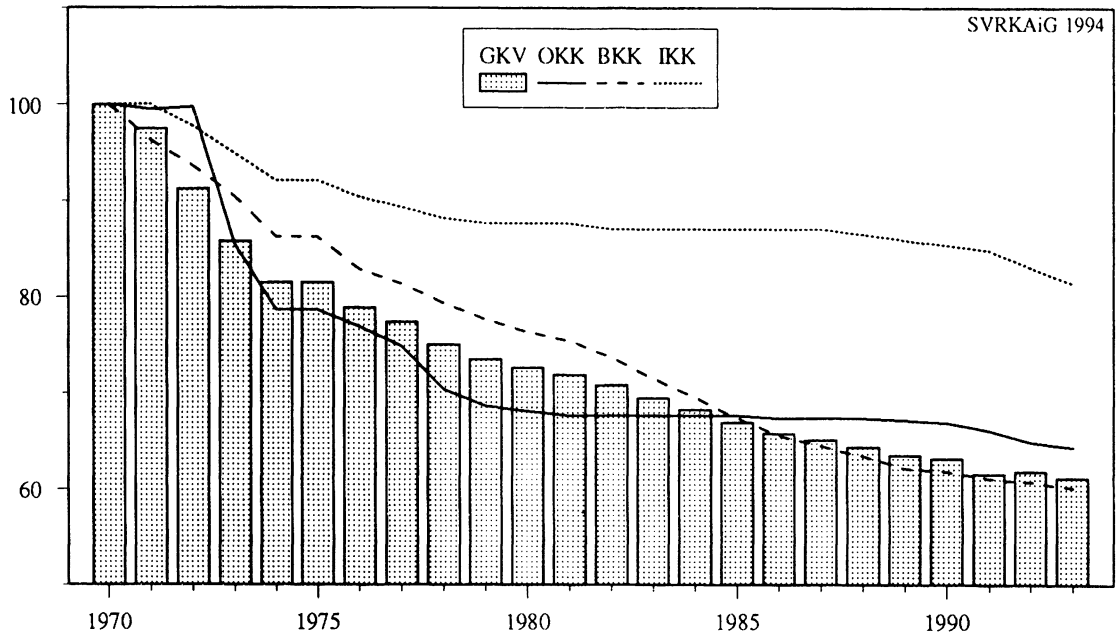
SVRKAiG 1994

- 1 Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt - zur Vermeidung von Doppelzählungen - insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.
- 2 Ohne Arbeitgeberleistung, abzüglich Pflegesatzeinnahmen (funktionale Abgrenzung).
- 3 Gesetzliche Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Alterskassen, Ergänzungssysteme (Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst und für einzelne Berufe), Versorgungswerke.

Quelle: StBA.

Graphik G 301: Zahl der Krankenkassen am 1. Januar, alte Bundesländer

Index 1970 = 100



Graphik G 302: Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern in Mio. DM, alte Bundesländer

Mio. DM

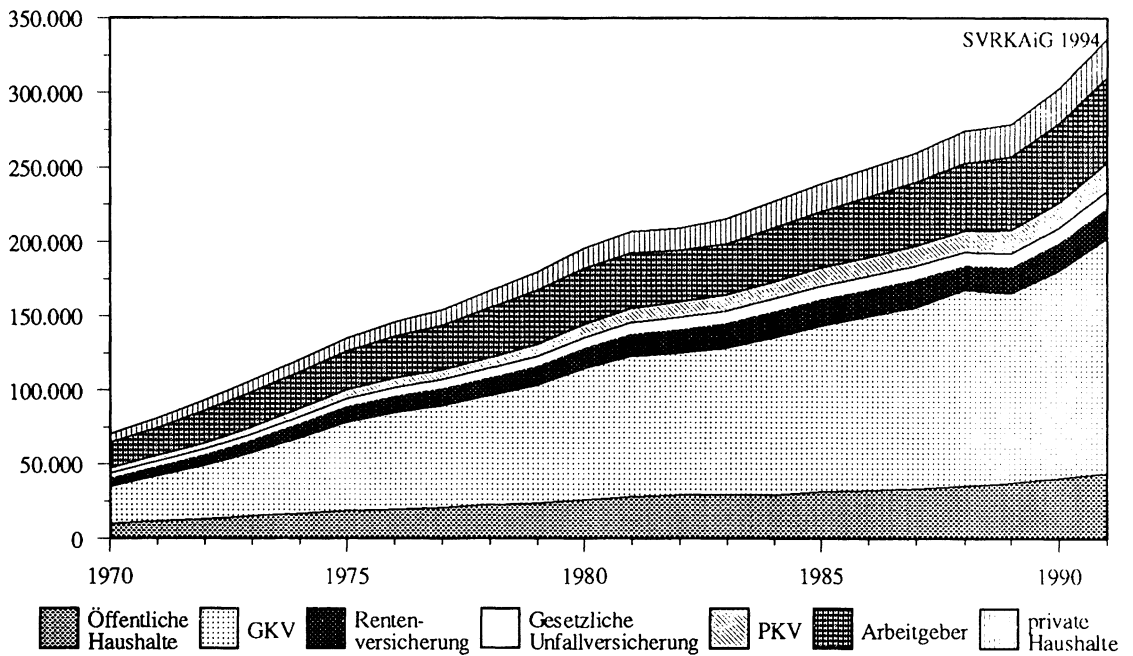


Tabelle T 303: Veränderung der Ausgaben¹ für Gesundheit nach Ausgabenträgern im Vergleich zum Vorjahr in %, alte Bundesländer

Jahr	Öffentl. Haushalte ²	Gesetzliche Krankenversich.	Rentenversicherung ³	Gesetzliche Unfallversich.	Private Krankenversich.	Arbeitgeber	Private Haushalte	insgesamt
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	18,4	23,8	10,4	7,5	10,1	6,7	11,0	15,2
1972	10,8	16,9	14,7	14,3	8,5	19,2	9,7	15,3
1973	17,5	19,0	10,9	9,0	9,7	10,0	7,4	14,3
1974	10,6	19,8	14,7	12,7	17,4	3,0	5,9	12,9
1975	9,0	17,5	7,3	17,2	10,2	5,8	6,3	11,9
1976	5,2	9,4	4,3	8,1	9,2	7,2	11,1	8,0
1977	6,5	4,9	5,9	6,4	3,2	5,8	8,7	5,6
1978	11,5	7,0	2,5	7,1	6,3	12,1	8,8	8,3
1979	3,8	8,3	6,1	6,8	9,5	8,8	8,0	7,6
1980	9,6	11,0	6,5	7,1	9,6	3,8	9,1	8,7
1981	7,0	7,4	9,0	9,3	10,7	-1,3	6,1	5,9
1982	5,0	0,8	7,4	7,5	4,9	-6,9	4,5	1,2
1983	0,6	3,5	2,2	0,2	6,3	-0,8	14,2	3,0
1984	-0,8	7,4	6,3	3,5	3,5	5,4	6,7	5,5
1985	7,2	5,2	1,8	4,5	10,8	3,5	4,7	5,1
1986	3,0	4,7	1,9	2,9	1,3	7,8	2,3	4,3
1987	5,1	4,3	2,9	0,5	6,6	6,4	1,3	4,4
1988	5,7	7,8	-12,8	0,7	7,0	5,9	10,4	5,6
1989	5,9	-3,2	6,7	2,8	10,1	7,8	-1	1,5
1990	7,3	9,6	7,9	7,1	8,3	8,1	9,4	8,8
1991	9,2	12,9	8,8	16,6	9,6	7,9	8,6	10,8

SVRKAiG 1994

- 1 Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt - zur Vermeidung von Doppelzählungen - insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.
- 2 Ohne Arbeitgeberleistung, abzüglich Pflegesatzeinnahmen (funktionale Abgrenzung).
- 3 Gesetzliche Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Alterskassen, Ergänzungssysteme (Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst und für einzelne Berufe), Versorgungswerke.

Quelle: StBA.

Tabelle T 304: Anteil der Finanzierungsträger an den Gesundheitsausgaben¹ in %

Alte Bundesländer

Jahr	Öffentl. Haushalte ²	Gesetzliche Krankenversich.	Rentenversicherung ³	Gesetzliche Unfallversich.	Private Krankenversich.	Arbeitgeber	Private Haushalte
1970	14,0	35,0	9,4	3,6	5,1	24,5	8,4
1971	14,4	37,6	9,0	3,3	4,9	22,7	8,1
1972	13,8	38,1	9,0	3,3	4,6	23,5	7,7
1973	14,2	39,7	8,7	3,1	4,4	22,6	7,2
1974	13,9	42,1	8,9	3,1	4,6	20,6	6,7
1975	13,5	44,2	8,5	3,3	4,5	19,5	6,4
1976	13,2	44,8	8,2	3,3	4,6	19,3	6,6
1977	13,3	44,5	8,2	3,3	4,5	19,4	6,8
1978	13,7	44,0	7,8	3,3	4,4	20,0	6,8
1979	13,2	44,3	7,7	3,3	4,5	20,3	6,8
1980	13,3	45,2	7,5	3,2	4,5	19,4	6,9
1981	13,5	45,8	7,8	3,3	4,7	18,1	6,9
1982	14,0	45,7	8,2	3,5	4,9	16,6	7,1
1983	13,6	45,9	8,2	3,4	5,0	16,0	7,9
1984	12,8	46,7	8,2	3,4	4,9	16,0	8,0
1985	13,1	46,7	8,0	3,3	5,2	15,7	7,9
1986	12,9	46,9	7,8	3,3	5,1	16,3	7,8
1987	12,9	46,9	7,7	3,2	5,2	16,6	7,6
1988	12,9	47,9	6,3	3,0	5,2	16,6	7,9
1989	13,5	46,1	6,7	3,1	5,7	17,7	7,7
1990	13,3	46,0	6,6	3,0	5,7	17,6	7,8
1991	13,1	46,9	6,5	3,2	5,6	17,1	7,6

Neue Bundesländer

Jahr	Öffentl. Haushalte ²	Gesetzliche Krankenversich.	Rentenversicherung ³	Gesetzliche Unfallversich.	Private Krankenversich.	Arbeitgeber	Private Haushalte
1991	16,9	55,6	8,7	1,1	1,0	10,3	6,4

SVRKAiG 1994

¹ Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt - zur Vermeidung von Doppelzählungen - insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.

² Ohne Arbeitgeberleistung, abzüglich Pflegeeinnahmen (funktionale Abgrenzung).

³ Gesetzliche Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Alterskassen, Ergänzungssysteme (Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst und für einzelne Berufe), Versorgungswerke.

Quelle: StBA.

Tabelle T 305: Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten¹ in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	Behandlung	Krankheitsfolgeleistungen	Ausbildung und Forschung	Nicht aufteilbare Ausgaben	Leistungsausgaben insgesamt
1970	3.684	35.464	26.500	955	3.071	70.596
1971	4.558	42.497	29.024	1.158	3.522	81.334
1972	5.368	48.584	33.627	1.328	3.956	93.756
1973	6.143	57.060	38.823	1.540	4.686	107.168
1974	7.494	66.107	41.625	1.824	5.326	121.023
1975	8.408	75.816	42.404	1.985	5.904	135.402
1976	8.965	82.537	45.590	2.028	6.240	146.251
1977	9.597	86.792	48.160	2.198	6.566	154.430
1978	10.188	94.441	52.344	2.271	6.555	167.290
1979	10.273	100.953	56.489	2.910	6.944	180.036
1980	11.072	111.234	59.886	3.156	7.488	195.661
1981	12.295	120.011	61.099	3.317	8.319	207.215
1982	12.596	123.030	59.341	3.448	8.969	209.625
1983	13.022	127.580	58.956	3.540	9.839	215.965
1984	13.772	135.433	61.567	3.534	10.045	227.814
1985	14.751	143.036	64.846	4.082	11.453	239.491
1986	15.500	149.333	68.282	4.347	11.219	249.876
1987	16.561	154.937	71.786	4.649	11.355	260.582
1988	17.453	167.221	73.694	5.010	11.731	275.109
1989	18.100	165.134	78.297	5.230	12.501	279.262
1990	19.840	178.194	86.625	5.488	13.553	303.700
1991	23.573	197.381	93.963	6.144	15.562	336.623

Neue Bundesländer

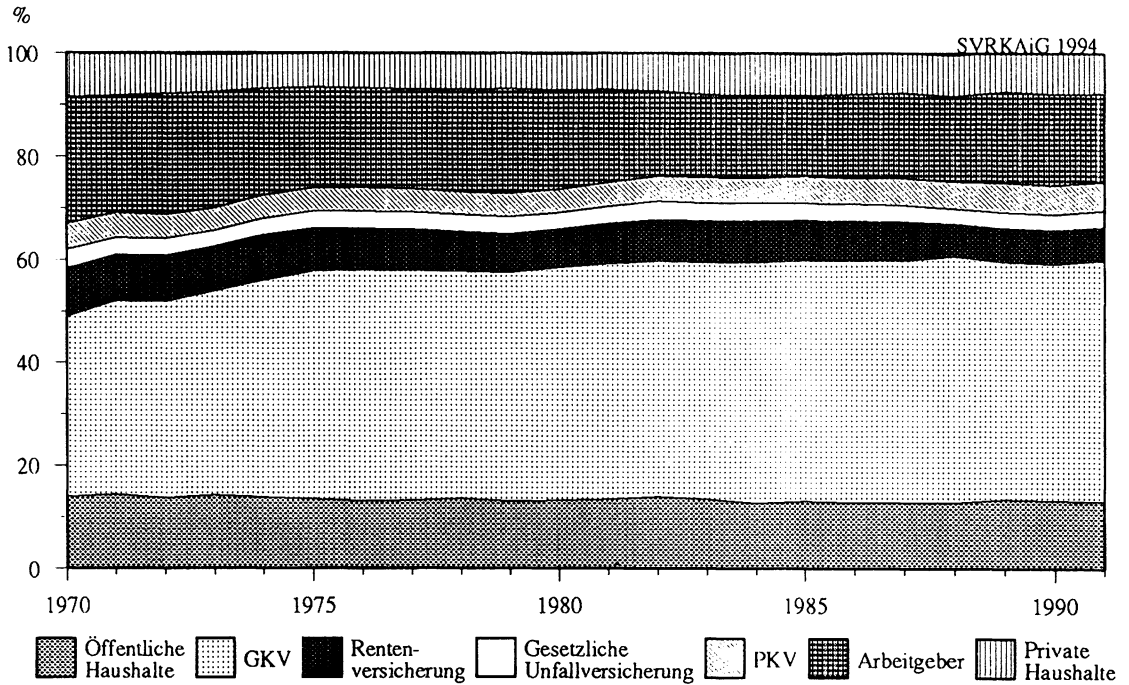
Jahr	Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	Behandlung	Krankheitsfolgeleistungen	Ausbildung und Forschung	Nicht aufteilbare Ausgaben	Leistungsausgaben insgesamt
1991	3.045	25.654	11.123	520	2.021	42.363

SVRKAiG 1994

¹ Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt - zur Vermeidung von Doppelzählungen - insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.

Quelle: StBA.

Graphik G 304: Anteil der Finanzierungsträger an den Ausgaben für Gesundheit in %, alte Bundesländer



Graphik G 305: Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in Mio. DM, alte Bundesländer

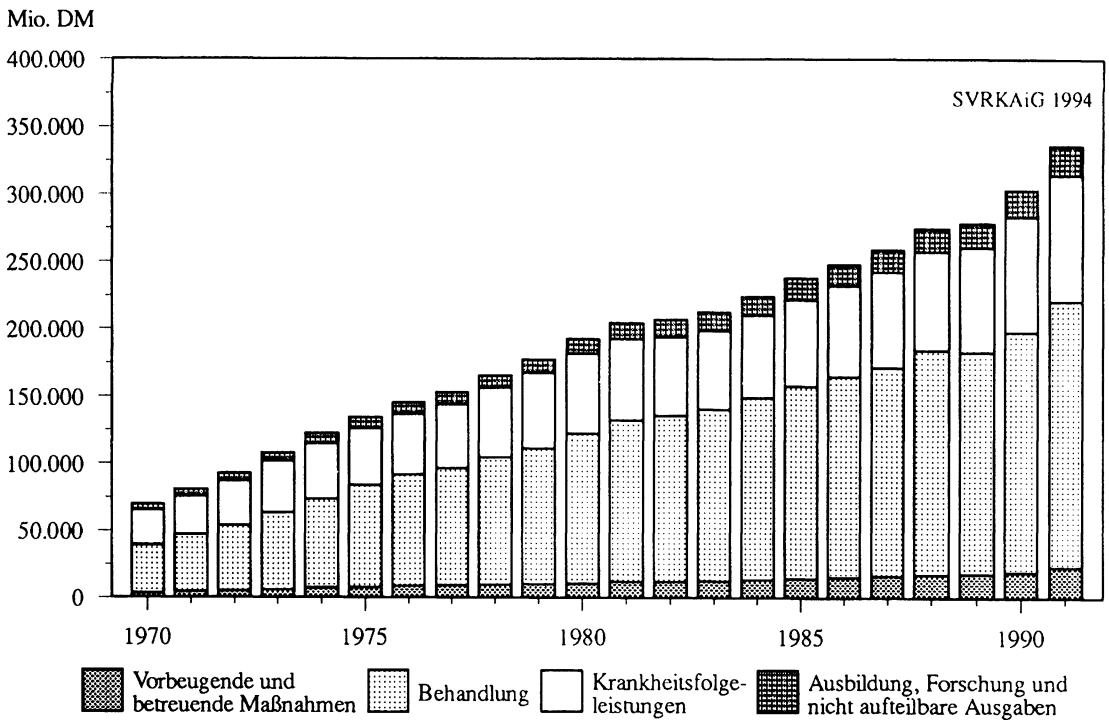


Tabelle T 306: Jährliche Veränderung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten¹ in %, alte Bundesländer

Jahr	Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	Behandlung	Krankheitsfolgeleistungen	Ausbildung und Forschung	Nicht aufteilbare Ausgaben	Leistungsausgaben insgesamt
1970	-	-	-	-	-	-
1971	23,7	19,8	9,5	21,3	14,7	15,2
1972	17,8	14,3	15,9	14,7	12,3	15,3
1973	14,4	17,4	15,5	16,0	18,5	14,3
1974	22,0	15,9	7,2	18,4	13,7	12,9
1975	12,2	14,7	1,9	8,8	10,9	11,9
1976	6,6	8,9	7,5	2,2	5,7	8,0
1977	7,0	5,2	5,6	8,4	5,2	5,6
1978	6,2	8,8	8,7	3,3	-0,2	8,3
1979	0,8	6,9	7,9	28,1	5,9	7,6
1980	7,8	10,2	6,0	8,5	7,8	8,7
1981	11,0	7,9	2,0	5,1	11,1	5,9
1982	2,4	2,5	-2,9	3,9	7,8	1,2
1983	3,4	3,7	-0,6	2,7	10,8	3,0
1984	5,8	6,2	4,4	0,3	1,1	5,5
1985	7,1	5,6	5,3	5,5	14,0	5,1
1986	5,1	4,4	5,3	6,5	-2,0	4,3
1987	6,8	3,8	5,1	6,9	1,2	4,4
1988	5,4	7,9	2,7	7,8	3,3	5,6
1989	3,7	-1,2	6,2	4,4	6,6	1,5
1990	9,6	7,9	10,6	4,9	8,3	8,8
1991	18,8	10,8	8,5	12,0	15,0	10,8

SVRKAiG 1994

¹ Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt - zur Vermeidung von Doppelzählungen - insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.

Quelle: StBA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 307: Anteil der Leistungsarten¹ an den Gesundheitsausgaben in %

Alte Bundesländer

Jahr	Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	Behandlung	Krankheitsfolgeleistungen	Ausbildung und Forschung	Nicht aufteilbare Ausgaben
1970	5,2	50,2	37,5	1,4	4,4
1971	5,6	52,2	35,7	1,4	4,3
1972	5,7	51,8	35,9	1,4	4,2
1973	5,7	53,2	36,2	1,4	4,4
1974	6,2	54,6	34,4	1,5	4,4
1975	6,2	56,0	31,3	1,5	4,4
1976	6,1	56,4	31,2	1,4	4,3
1977	6,2	56,2	31,2	1,4	4,3
1978	6,1	56,5	31,3	1,4	3,9
1979	5,7	56,1	31,4	1,6	3,9
1980	5,7	56,8	30,6	1,6	3,8
1981	5,9	57,9	29,5	1,6	4,0
1982	6,0	58,7	28,3	1,6	4,3
1983	6,0	59,1	27,3	1,6	4,6
1984	6,0	59,4	27,0	1,6	4,4
1985	6,2	59,7	27,1	1,7	4,8
1986	6,2	59,8	27,3	1,7	4,5
1987	6,3	59,5	27,5	1,8	4,4
1988	6,3	60,8	26,8	1,8	4,3
1989	6,5	59,1	28,0	1,9	4,5
1990	6,5	58,7	28,5	1,8	4,5
1991	7,0	58,6	27,9	1,8	4,6

Neue Bundesländer

Jahr	Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	Behandlung	Krankheitsfolgeleistungen	Ausbildung und Forschung	Nicht aufteilbare Ausgaben
1991	7,2	60,6	26,3	1,2	4,8

SVRKAiG 1994

¹ Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt - zur Vermeidung von Doppelzählungen - insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.

Quelle: StBA und eigene Berechnungen.

4. Daten zur GKV

4.1 Daten zur Organisation der GKV

Tabelle T 400: Zahl der GKV-Versicherten in 1.000¹

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK
1970	53.531	31.023 ²	8.723	-	-	1.921	11.864
1971	53.991	30.882 ²	8.875	-	-	1.780	12.454
1972	54.169	31.211 ²	8.196	-	-	1.906	12.856
1973	55.236	31.875 ²	8.265	-	-	1.854	13.242
1974	55.702	32.048 ²	8.257	-	-	1.764	13.633
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976	55.577	29.638 ³	7.883 ⁴	-	2.130	1.631	14.295
1977	55.408	29.433 ³	7.851 ⁴	-	2.015	1.642	14.467
1978	55.341	29.365 ³	7.788 ⁴	-	2.076	1.644	14.468
1979	55.191	26.474	7.812 ⁴	2.704	1.969	1.590	14.642
1980	55.565	26.352	7.837 ⁴	2.761	1.943	1.568	15.104
1981	55.624	26.037	7.873 ⁴	2.781	1.868	1.572	15.493
1982	55.342	25.786	7.683 ⁴	2.694	1.819	1.644	15.716
1983	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-
1985	54.447	25.115	7.249 ⁴	2.915	1.632	1.459	16.077
1986	54.192	24.520	7.186 ⁴	2.858	1.517	1.415	16.696
1987	53.784	24.467	6.874 ⁴	2.865	1.494	1.458	16.626
1988	53.791	24.059	6.840 ⁴	2.808	1.437	1.495	17.152
1989	53.766	23.891	6.915 ⁴	2.852	1.403	1.437	17.268
1990	54.360	23.702	7.144 ⁴	2.850	1.318	1.377	17.969
1991	55.199	23.942	7.326	2.905	1.375	1.347	18.304
1992	56.036	24.113	7.409	2.941	1.353	1.318	18.902

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK
1991	15.659	9.522	1.139	346	37	513	4.102
1992	15.443	8.776	1.159	570	33	478	4.427

SVRKAiG 1994

- 1 In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Mikrozensuserhebungen zum Versicherungsschutz statt.
- 2 Einschl. Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen.
- 3 Einschl. Innungskrankenkassen.
- 4 Einschl. See-Krankenkasse.

Quelle: StBA.

Tabelle T 401: Mitglieder am 1.10. des jeweiligen Jahres in 1.000

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1983	35.806	16.241	4.198	1.895	823	987	493	11.111
1984	36.013	16.208	4.162	1.917	811	967	515	11.355
1985	36.209	16.207	4.187	1.912	797	965	535	11.547
1986	36.450	16.195	4.236	1.908	782	960	556	11.757
1987	36.718	16.167	4.253	1.911	767	955	582	12.029
1988	37.001	16.158	4.257	1.917	748	950	612	12.309
1989	37.387	16.172	4.327	1.939	736	939	649	12.577
1990	38.272	16.449	4.518	2.001	723	932	687	12.914
1991	39.011	16.663	4.572	2.055	707	922	725	13.320
1992	39.472	16.608	4.600	2.106	692	907	773	13.739
1993	39.633	16.465	4.552	2.156	680	896	807	14.030

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1991	11.680	7.154	903	295	8	419	43	2.848
1992	11.552	6.808	870	469	15	389	48	2.942
1993	11.245	6.385	823	571	16	360	54	3.027

SVRKAiG 1994

1 Einschl. See-Krankenkasse.

Quelle: BMA.

Tabelle T 402: Mitversicherte Familienangehörige am 1.10. des jeweiligen Jahres in 1.000

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1983	20.939	8.559	3.476	1.318	833	579	364	5.761
1984	20.425	8.267	3.370	1.304	807	538	368	5.714
1985	19.507	7.946	2.893	1.260	766	536	369	5.690
1986	18.433	7.389	2.555	1.094	778	515	374	5.700
1987	18.144	7.216	2.509	1.172	712	489	382	5.634
1988	17.908	7.075	2.479	1.182	673	475	360	5.628
1989	17.346	6.711	2.415	1.064	656	463	385	5.621
1990	17.560	6.828	2.510	1.057	619	446	410	5.663
1991	17.832	6.946	2.532	1.057	625	429	432	5.783
1992	17.696	6.750	2.528	1.040	610	410	454	5.878
1993	17.841	6.845	2.487	1.076	578	394	472	5.962

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1991	2.759	808	177	89	11	84	17	1.570
1992	3.258	1.179	259	98	10	70	18	1.620
1993	3.446	1.282	264	145	13	59	20	1.660

SVRKAiG 1994

¹ Einschl. See-Krankenkasse.

Quelle: BMA.

Tabelle T 403: Beitragsfrei in der Familienhilfe Versicherte je 100 Mitglieder (Pflicht- und freiwillige Mitglieder und Rentner) nach Kassenarten¹

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	IKK	BKK	LKK	BuKn	EK
1970	75	71 ³	91	-	-	92	72
1971	75	71 ³	90	-	-	83	73
1972	74	72 ³	87	-	-	86	71
1973	74	71 ³	85	-	-	85	72
1974	72	70 ³	82	-	-	82	71
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976	70	65	82	-	90	79	69
1977	68	64	80	-	85	78	68
1978	65	61	78	-	79	77	64
1979	64	58	77	77 ²	83	75	63
1980	62	56	75	75 ²	81	75	61
1981	60	54	73	69 ²	78	71	60
1982	58	53	69	65 ²	75	68	57
1983	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-
1985	54	50	63	57 ²	92	60	54
1986	53	48	61	57 ²	81	63	53
1987	51	47	54	61 ²	78	60	50
1988	49	45	52	59 ²	83	58	48
1989	47	46	52	60 ²	79	59	48
1990	48	44	51	60 ²	76	59	46
1991	49	46	52	60 ²	74	62	46
1992	48	45	51	59 ²	70	59	45

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	IKK	BKK	LKK	BuKn	EK
1991	37	31	29	37 ²	76	32	53
1992	36	29	30	37 ²	83	26	53

SVRKAiG 1994

¹ In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen statt.

² Einschl. See-Krankenkasse.

³ Einschl. Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen.

Quelle: StBA und eigene Berechnungen.

Graphik G 403: Beitragsfrei in der Familienhilfe Versicherte je 100 Mitglieder (Pflicht- und freiwillige Mitglieder und Rentner) nach ausgewählten Kassenarten, alte Bundesländer

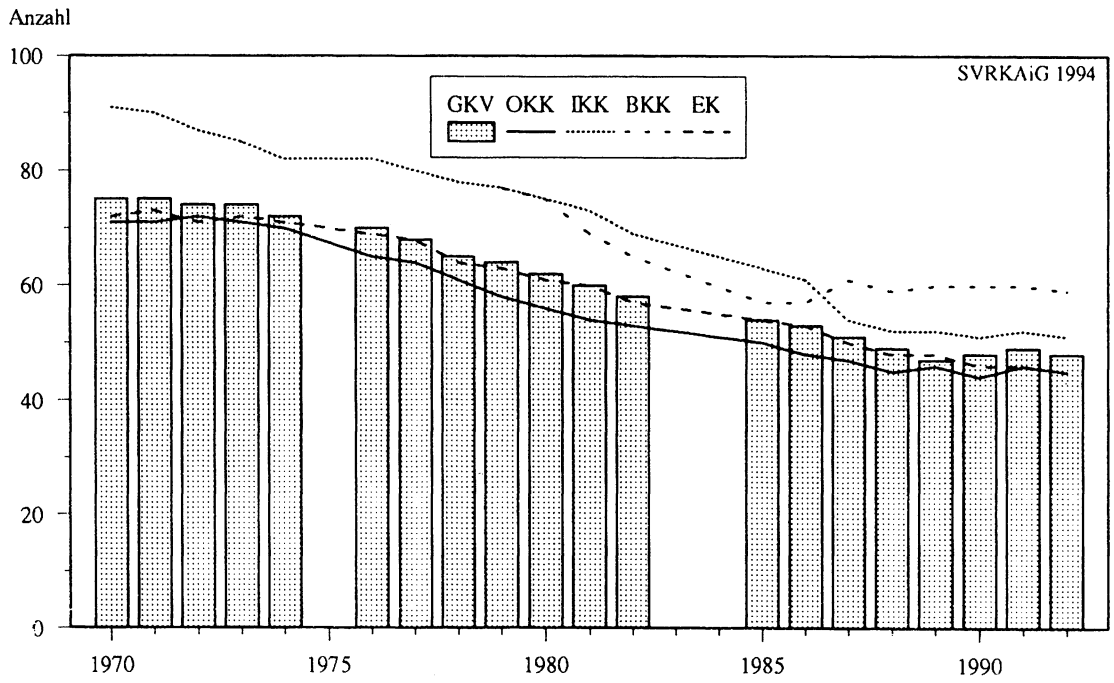


Tabelle T 404: Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder einschließlich Rentner in der GKV zum 1.10. des jeweiligen Jahres - Männer

Alte Bundesländer

Jahr	Mitglieder in Mio.	bis 19	20 -	30 -	40 -	50 -	60 -	65 -	70 -	über 75
		Jahre in %	29 J. in %	39 J. in %	49 J. in %	59 J. in %	64 J. in %	69 J. in %	74 J. in %	Jahre in %
1973	19,3	7,8	17,8	23,6	17,6	11,6	6,6	15,2 ¹	-	-
1974	19,2	7,6	17,3	23,3	18,1	11,6	6,5	15,5 ¹	-	-
1975	19,0	7,4	17,2	22,4	18,8	12,0	6,2	16,1 ¹	-	-
1976	19,1	7,4	17,5	21,5	19,3	12,6	5,6	16,2 ¹	-	-
1977	19,2	8,0	17,4	20,4	19,5	13,4	4,9	16,4 ¹	-	-
1978	19,3	8,1	17,6	19,5	19,7	14,3	4,3	16,4 ¹	-	-
1979	19,5	8,1	17,8	18,7	20,2	14,8	4,1	6,1	5,0	5,2
1980	19,6	8,1	18,1	17,9	20,5	15,0	4,4	5,5	5,0	5,5
1981	19,6	7,9	18,4	17,2	20,9	15,2	4,9	5,0	5,0	5,6
1982	19,6	7,7	18,6	17,0	21,0	15,4	5,5	4,3	4,9	5,6
1983	19,6	7,4	19,0	16,7	20,9	15,6	5,9	3,7	4,8	6,0
1984	19,6	7,1	19,5	16,5	20,3	16,1	6,1	3,5	4,7	6,2
1985	19,6	6,8	20,0	16,8	19,4	16,6	6,1	3,8	4,4	6,2
1986	19,7	6,4	20,4	17,0	18,6	17,0	6,1	4,3	3,9	6,3
1987	19,7	6,0	20,7	17,3	17,9	17,3	6,3	4,8	3,4	6,4
1988	19,8	5,5	20,8	17,5	17,3	17,6	6,7	5,2	3,0	6,5
1989	19,7	4,8	20,8	17,8	16,6	18,1	7,1	5,4	2,9	6,5
1990	20,1	4,4	21,0	18,5	16,0	18,3	7,2	5,3	3,1	6,2
1991	20,5	4,1	20,9	19,2	15,5	18,4	7,2	5,3	3,5	5,9
1992	20,6	3,8	20,4	19,9	15,5	18,4	7,2	5,4	3,9	5,6
1993	20,7	3,7	19,4	20,7	15,5	18,4	7,0	5,8	4,2	5,3

Neue Bundesländer

Jahr	Mitglieder in Mio.	bis 19	20 -	30 -	40 -	50 -	60 -	65 -	70 -	über 75
		Jahre in %	29 J. in %	39 J. in %	49 J. in %	59 J. in %	64 J. in %	69 J. in %	74 J. in %	Jahre in %
1991	5,3	4,4	17,3	20,4	16,4	20,4	6,9	4,9	3,4	5,8
1992	5,3	4,2	16,6	20,4	16,4	20,6	7,8	5,0	3,6	5,3
1993	5,2	4,2	15,9	20,4	16,4	20,8	7,8	5,5	3,9	5,0

SVRKAiG 1994

¹ Keine weitere Aufgliederung der Personen älter 65 Jahre.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 405: Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder einschließlich Rentner in der GKV zum 1.10. des jeweiligen Jahres - Frauen

Alte Bundesländer

Jahr	Mitglieder in Mio.	Altersstruktur								
		bis 19 Jahre in %	20 - 29 J. in %	30 - 39 J. in %	40 - 49 J. in %	50 - 59 J. in %	60 - 64 J. in %	65 - 69 J. in %	70 - über 75 74 J. Jahre in %	in %
1973	14,2	9,7	17,1	13,3	11,9	12,3	8,6	27,0 ¹	-	-
1974	14,4	9,3	17,1	13,4	11,7	12,1	8,7	27,8 ¹	-	-
1975	14,6	8,8	17,4	12,9	11,6	12,1	8,4	28,8 ¹	-	-
1976	14,7	8,7	17,6	12,5	11,6	12,4	7,7	29,5 ¹	-	-
1977	15,1	9,0	17,6	12,3	11,7	12,7	6,7	29,9 ¹	-	-
1978	15,4	9,1	17,7	12,2	12,0	13,0	5,9	30,1 ¹	-	-
1979	15,7	9,0	18,0	12,1	12,3	12,9	5,4	9,9	8,6	11,8
1980	16,1	8,8	18,3	12,1	12,8	12,4	5,8	8,9	8,7	12,3
1981	16,3	8,3	18,7	12,0	12,0	13,2	6,5	8,2	8,6	12,6
1982	16,4	7,9	18,9	12,0	13,4	11,6	7,2	7,1	8,7	13,2
1983	16,5	7,4	19,3	11,8	13,6	11,3	8,0	6,2	8,7	13,7
1984	16,7	7,1	19,8	11,7	13,4	11,2	8,1	5,8	8,6	14,3
1985	16,8	6,8	20,2	12,1	13,0	11,2	7,7	6,3	8,1	14,6
1986	17,0	6,3	20,6	12,4	12,8	11,2	7,2	7,2	7,4	14,9
1987	17,2	5,9	20,8	12,7	12,6	11,3	6,7	8,2	6,4	15,3
1988	17,5	5,4	21,0	13,0	12,4	11,6	6,4	9,0	5,6	15,6
1989	17,7	4,7	21,1	13,5	12,3	12,0	6,2	9,2	5,3	15,9
1990	18,2	4,2	21,0	14,2	12,3	12,3	5,9	9,0	5,7	15,5
1991	18,5	3,9	20,6	14,9	12,3	12,7	5,6	8,6	6,5	14,9
1992	18,8	3,6	20,1	15,5	12,6	12,9	5,5	8,2	7,3	14,3
1993	19,0	3,4	19,3	16,2	12,8	13,2	5,4	8,0	7,9	13,9

Neue Bundesländer

Jahr	Mitglieder in Mio.	Altersstruktur								
		bis 19 Jahre in %	20 - 29 J. in %	30 - 39 J. in %	40 - 49 J. in %	50 - 59 J. in %	60 - 64 J. in %	65 - 69 J. in %	70 - über 75 74 J. Jahre in %	in %
1991	6,4	2,8	15,7	18,2	14,2	16,6	7,4	7,2	5,7	12,2
1992	6,3	2,7	14,9	18,1	14,3	17,7	7,5	7,1	6,2	11,5
1993	6,1	2,6	13,8	18,1	14,4	18,0	7,5	7,3	6,9	11,2

SVRKAiG 1994

¹ Keine weitere Aufgliederung der Personen älter als 65 Jahre.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 406: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit zusätzlicher privater Krankenversicherung nach Versichertenstatus (Krankenversicherungsschutz besonderer Personengruppen) ¹

Alte Bundesländer

Jahr	Versicherte insgesamt		Pflicht-versicherte		Freiwillig Versicherte		Als Rentner Versicherte		Als Familienmitglied Versicherte	
	1.000	in % ²	1.000	in % ²	1.000	in % ²	1.000	in % ²	1.000	in % ²
1970	2.738	5,1	0.782	4,6	796	13,8	222	2,8	0.938	4,1
1971	2.959	5,5	0.863	5,0	817	14,6	257	3,2	1.022	4,4
1972	3.124	5,7	1.034	5,7	877	17,1	241	3,0	0.972	4,2
1973	3.271	5,9	1.062	5,7	893	18,4	265	3,2	1.051	4,5
1974	3.217	5,9	1.008	5,4	897	17,9	293	3,4	1.019	4,4
1975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1976	3.367	6,1	1.125	5,8	817	19,2	337	3,7	1.088	4,8
1977	3.276	5,9	1.081	5,6	806	19,0	334	3,6	1.055	4,7
1978	3.562	6,4	1.289	6,4	807	20,6	399	4,2	1.067	4,9
1979	3.456	6,3	1.249	6,2	772	19,9	384	4,0	1.051	4,9
1980	3.649	6,6	1.382	6,6	789	20,4	427	4,4	1.051	5,0
1981	3.754	6,8	1.418	6,7	787	20,3	447	4,6	1.102	5,3
1982	3.983	7,2	1.533	7,2	810	20,4	482	4,9	1.158	5,7
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	4.239	7,8	1.623	7,7	789	20,8	547	5,3	1.280	6,7
1986	4.445	8,2	1.746	8,2	826	21,5	594	5,7	1.279	6,8
1987	4.270	7,9	1.675	7,8	754	20,2	593	5,6	1.248	6,9
1988	4.531	8,4	1.827	8,5	779	21,2	636	5,9	1.289	7,3
1989	4.758	8,6	1.845	8,7	837	20,9	642	6,0	1.319	7,4
1990	5.052	8,2	2.035	9,2	865	21,0	712	6,6	1.440	7,2
1991	5.043	8,1	2.049	9,2	866	21,1	710	6,6	1.418	7,1
1992	4.773	7,6	1.961	8,8	852	20,2	672	6,0	1.288	6,5

Neue Bundesländer

Jahr	Versicherte insgesamt		Pflicht-versicherte		Freiwillig Versicherte		Als Rentner Versicherte		Als Familienmitglied Versicherte	
	1.000	in % ²	1.000	in % ²	1.000	in % ²	1.000	in % ²	1.000	in % ²
1991	543	3,4	367	4,3	31	8,0	44	1,6	101	2,4
1992	379	2,4	256	3,1	30	6,5	24	0,8	69	1,7

SVRKAiG 1994

¹ In den Jahren 1975, 1983 und 1984 wurde der Mikrozensus nicht durchgeführt.

² In % der jeweiligen Versichertengruppe.

Quelle: StBA.

4.2. Daten zur finanziellen Situation der GKV

Tabelle T 450: Beitragspflichtige Einnahmen nach Kassenarten¹ in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV							
		OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1970	234.841	113.548	37.776	12.373	840	-	3.415	65.998
1971	279.263	131.301	44.348	14.906	997	-	4.044	83.208
1972	314.424	143.715	47.806	16.859	994	-	4.477	97.444
1973	347.526	157.680	53.185	18.797	1.025	-	4.875	111.431
1974	381.672	171.105	58.101	20.069	1.202	-	5.337	125.895
1975	413.126	182.587	60.979	21.872	1.186	-	5.897	139.665
1976	441.983	193.532	64.287	23.553	1.293	-	6.424	151.389
1977	473.211	206.504	68.572	25.222	1.431	-	7.068	163.685
1978 ²	506.256	218.621	72.327	27.182	1.498	-	7.726	178.902
1979	546.962	234.645	77.436	29.843	1.516	-	8.569	194.953
1980	588.298	251.517	82.659	32.376	1.525	-	9.573	210.647
1981	624.564	265.698	86.083	34.624	1.558	-	10.547	226.053
1982	652.475	275.026	88.714	36.329	1.632	-	11.483	239.290
1983	674.714	281.740	89.666	38.041	1.673	-	12.267	251.326
1984	717.583	292.947	93.590	39.690	1.676	10.777	13.408	265.494
1985	743.972	301.687	98.280	40.012	1.688	10.985	14.371	276.949
1986	773.699	311.922	103.539	40.886	1.666	11.170	15.504	289.012
1987	796.818	318.951	106.025	42.014	1.587	11.088	16.593	300.560
1988	830.255	329.026	109.264	43.752	1.521	11.023	18.082	317.588
1989	863.991	341.260	113.525	45.859	1.446	10.646	19.408	331.848
1990	930.391	366.750	123.272	50.219	1.447	10.520	21.573	356.612
1991	1.001.171	391.261	132.697	54.707	1.477	10.530	24.055	386.443
1992	1.069.134	409.278	140.033	59.379	1.508	10.573	26.967	421.396
1993 ³	1.115.109	415.868	143.567	63.189	1.517	10.277	29.357	451.333

Neue Bundesländer

Jahr	GKV							
		OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1991	167.193	88.456	13.768	4.950	319	5.506	808	53.387
1992	216.299	100.785	18.382	9.899	357	5.916	1.172	79.789
1993 ³	241.857	107.600	20.846	13.715	350	5.563	1.475	92.309

SVRKAiG 1994

- 1 Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen. Ab 1984 einschließlich Bundesknappschaft und stärkere Einbeziehung der Einmalzahlungen.
- 2 Ab 1978 geänderte Erhebungsmethode; Berechnungsmethode bis einschließlich 1977 :

$$\frac{\text{allgem. Beitragseinnahmen} \times 100}{\text{allgemeiner Beitragssatz}}$$
- 3 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Graphik G 451: Beitragspflichtige Einnahmen nach Kassenarten, alte Bundesländer

Index 1970 = 100

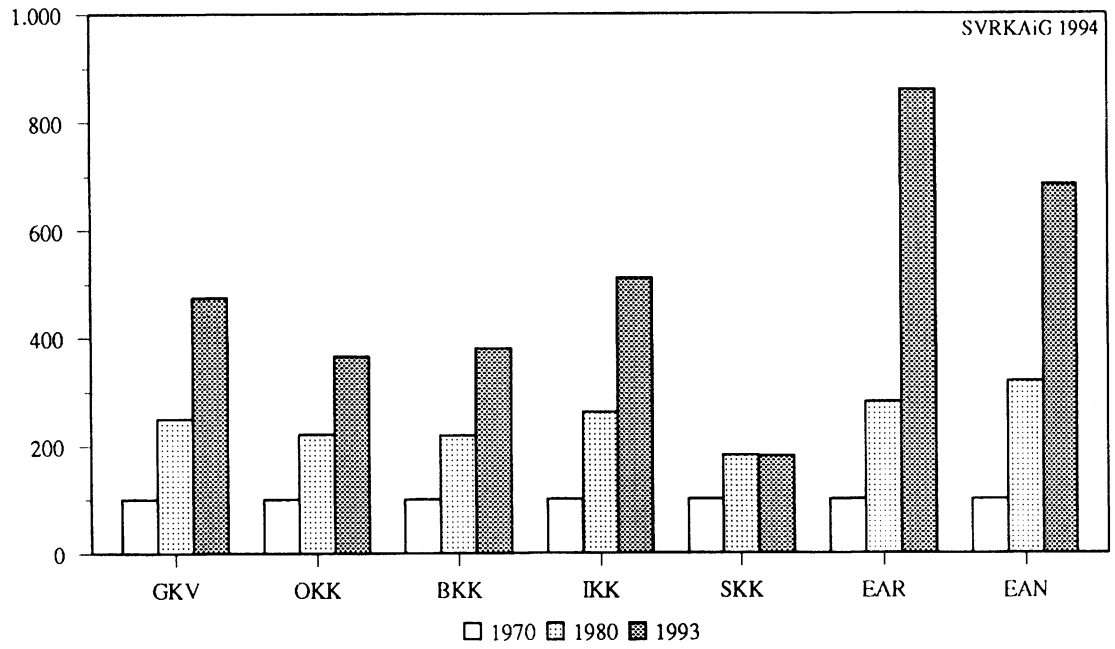


Tabelle T 451: Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Kassenarten¹ zum Vorjahr in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	18,9	15,6	17,4	20,5	18,7	-	18,4	26,1
1972	12,6	9,5	7,8	13,1	-0,3	-	10,7	17,1
1973	10,5	9,7	11,3	11,5	3,1	-	8,9	14,4
1974	9,8	8,5	9,2	6,8	17,3	-	9,5	13,0
1975	8,2	6,7	5,0	9,0	-1,3	-	10,5	10,9
1976	7,0	6,0	5,4	7,7	9,0	-	8,9	8,4
1977	7,1	6,7	6,7	7,1	10,7	-	10,0	8,1
1978 ²	-	-	-	-	-	-	-	-
1979	8,0	7,3	7,1	9,8	1,2	-	10,9	9,0
1980	7,6	7,2	6,7	8,5	0,6	-	11,7	8,1
1981	6,2	5,6	4,1	6,9	2,2	-	10,2	7,3
1982	4,5	3,5	3,1	4,9	4,7	-	8,9	5,9
1983	3,4	2,4	1,1	4,7	2,5	-	6,8	5,0
1984	6,4	4,0	4,4	4,3	-0,2	-	9,3	5,6
1985	3,7	3,0	5,0	0,8	0,8	1,9	7,2	4,3
1986	4,0	3,4	5,4	2,2	-1,3	1,7	7,9	4,4
1987	3,0	2,3	2,4	2,8	-4,8	-0,7	7,0	4,0
1988	4,2	3,2	3,1	4,1	-4,2	-0,6	9,0	5,7
1989	4,1	3,7	3,9	4,8	-4,9	-3,4	7,3	4,5
1990	7,7	7,5	8,6	9,5	0,0	-1,2	11,2	7,5
1991	7,6	6,7	7,6	8,9	2,1	0,1	11,5	8,4
1992	6,8	4,6	5,5	8,5	2,1	0,4	12,1	9,0
1993 ³	4,3	1,6	2,5	6,5	0,6	-2,8	8,8	7,2

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1992	29,4	13,9	33,5	100,0	12,1	7,5	45,1	49,5
1993 ³	12,2	6,7	13,5	38,6	-2,0	-6,0	26,0	16,7

SVRKAiG 1994

¹ Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen. Ab 1984 einschließlich Bundesknappschaft und stärkere Einbeziehung der Einmalzahlungen.

² Ab 1978 geänderte Erhebungsmethode; Berechnungsmethode bis einschließlich 1977 :

$$\frac{\text{allgem. Beitragseinnahmen} \times 100}{\text{allgemeiner Beitragssatz}}$$

³ 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 452: Beitragspflichtige Einnahmen¹ je Mitglied in DM nach Kassenarten

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1970	10.709	10.452	11.763	9.980	12.301	-	11.546	10.559
1971	12.389	12.046	13.655	11.664	14.497	-	13.473	12.335
1972	13.692	13.228	14.950	12.826	15.591	-	14.758	13.607
1973	14.984	14.549	16.602	14.016	17.612	-	16.215	14.954
1974	16.440	15.956	18.334	15.064	21.640	-	17.775	16.495
1975	17.996	17.453	20.001	16.380	22.131	-	19.618	18.004
1976	19.348	18.640	21.655	17.406	24.206	-	20.989	19.460
1977	20.643	19.848	23.473	18.353	26.992	-	22.536	20.834
1978 ²	21.965	20.892	24.946	19.071	29.399	-	24.136	22.679
1979	23.325	22.178	26.571	20.322	31.466	-	25.692	24.054
1980	24.580	23.482	28.135	21.374	33.340	-	27.135	25.162
1981	25.808	24.705	29.465	22.364	35.405	-	28.443	26.406
1982	26.945	25.773	30.836	23.327	37.378	-	29.719	27.570
1983	27.978	26.696	32.078	24.261	39.088	-	30.668	28.662
1984	29.266	27.815	34.144	25.104	40.026	35.863	32.144	29.811
1985	30.180	28.573	35.721	25.502	41.109	37.320	33.222	30.757
1986	31.094	29.392	37.059	26.234	42.246	38.384	34.390	31.634
1987	31.759	30.037	37.930	26.929	43.273	38.941	35.051	32.264
1988	32.827	30.952	39.281	28.046	44.883	39.974	36.302	33.387
1989	33.979	32.035	40.473	29.432	45.686	41.338	37.446	34.553
1990	35.704	33.686	42.330	31.362	46.732	42.726	39.456	36.263
1991	37.475	35.305	44.506	33.289	47.980	44.679	41.499	38.028
1992	39.392	36.901	46.801	35.199	50.115	46.973	43.606	40.146

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1991	19.682	18.849	20.715	19.429	27.407	26.477	20.095	20.357
1992	25.441	22.642	27.644	23.771	36.694	30.715	25.285	29.329

SVRKAiG 1994

¹ Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen. Ab 1984 einschließlich Bundesknappschaft und stärkere Einbeziehung der Einmalzahlungen.

² Ab 1978 geänderte Erhebungsmethode bis 1977 berechnet nach der Formel:

$$\frac{\text{Beitragseinnahmen AKV} \times 100}{\text{allgem. Beitragssatz} \times \text{Mitglieder AKV}}$$

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 453: Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen¹ je Mitglied zum Vorjahr in % nach Kassenarten

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	15,7	15,2	16,1	16,9	17,9	-	16,7	16,8
1972	10,5	9,8	9,5	10,0	7,5	-	9,5	10,3
1973	9,4	10,0	11,1	9,3	13,0	-	9,9	9,9
1974	9,7	9,6	10,4	7,5	22,0	-	9,6	10,3
1975	9,5	10,0	9,1	8,7	2,3	-	10,4	9,2
1976	7,5	6,8	8,3	6,3	9,4	-	7,0	8,1
1977	6,7	6,5	8,4	5,4	11,5	-	7,4	7,1
1978 ²	-	-	-	-	-	-	-	-
1979	6,2	6,2	6,5	6,6	7,0	-	6,4	6,1
1980	5,4	5,9	5,9	5,2	6,0	-	5,6	4,6
1981	5,0	5,2	4,7	4,6	6,2	-	4,8	4,9
1982	4,4	4,3	4,7	4,3	5,6	-	4,5	4,4
1983	3,8	3,6	4,0	4,0	4,6	-	3,2	4,0
1984	4,6	4,2	6,4	3,5	2,4	-	4,8	4,0
1985	3,1	2,7	4,6	1,6	2,7	4,1	3,4	3,2
1986	3,1	2,9	3,9	3,0	2,8	3,0	3,7	2,9
1987	2,2	2,2	2,4	2,9	2,4	1,5	1,9	1,9
1988	3,4	3,1	3,6	4,2	3,7	2,7	3,6	3,5
1989	3,5	3,5	3,0	4,9	1,8	3,4	3,2	3,5
1990	5,1	5,2	4,6	6,6	2,3	3,4	5,4	5,0
1991	5,0	4,8	5,1	6,1	2,7	4,6	5,2	4,9
1992	5,1	4,5	5,2	5,7	4,5	5,1	5,1	5,6

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1992	29,3	20,1	33,5	22,4	33,9	16,0	25,8	44,1

SVRKAiG 1994

¹ Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen. Ab 1984 einschließlich Bundesknappschaft und stärkere Einbeziehung der Einmalzahlungen.

² Ab 1978 geänderte Erhebungsmethode bis 1977 berechnet nach der Formel:

$$\frac{\text{Beitragseinnahmen AKV} \times 100}{\text{allgem. Beitragssatz} \times \text{Mitglieder AKV}}$$

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 454: Allgemeiner Beitragssatz¹ im Jahresdurchschnitt

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	6,60	9,60	8,07	8,89
1971	8,13	8,08	7,53	7,81	6,26	9,60	7,99	8,66
1972	8,39	8,40	7,80	8,07	6,20	11,60	8,21	8,85
1973	9,15	9,11	8,37	8,58	7,70	11,60	8,97	9,74
1974	9,47	9,49	8,76	9,15	7,70	11,60	9,60	9,83
1975	10,47	10,64	9,43	10,38	9,00	11,90	10,17	10,70
1976	11,30	11,32	10,18	11,07	9,97	12,60	11,07	11,85
1977	11,37	11,40	10,39	11,19	10,20	12,60	11,40	11,83
1978	11,41	11,52	10,58	11,36	10,20	12,60	11,45	11,60
1979	11,26	11,47	10,46	11,18	9,90	12,60	11,03	11,22
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	9,90	12,60	11,01	11,22
1981	11,79	12,11	10,69	11,44	10,60	12,60	11,18	11,87
1982	12,00	12,39	10,90	11,73	10,60	12,06	11,42	11,94
1983	11,83	12,17	10,60	11,54	9,80	11,60	11,11	11,91
1984	11,44	11,80	10,13	11,07	9,50	11,60	10,60	11,51
1985	11,80	12,09	10,29	11,26	10,50	11,60	11,33	12,10
1986	12,20	12,69	10,76	12,01	11,70	11,60	11,49	12,10
1987	12,62	13,16	11,18	12,66	12,30	12,36	11,62	12,42
1988	12,90	13,46	11,45	12,79	12,80	13,13	11,96	12,69
1989	12,91	13,48	11,48	12,74	12,80	13,30	11,96	12,68
1990	12,53	13,13	11,10	12,28	12,52	13,30	11,23	12,32
1991	12,20	12,75	10,84	11,94	11,90	12,70	11,01	12,04
1992	12,74	13,46	11,33	12,54	11,90	13,90	11,10	12,37
1993	13,41	14,05	11,86	13,27	13,10	13,90	12,39	13,18

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	BuKn	EAR	EAN
1991	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
1992	12,61	12,80	11,81	12,45	12,54	12,80	12,00	12,54
1993	12,62	13,11	11,71	12,14	11,90	12,80	11,86	12,19

SVRKAiG 1994

¹ Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen einschließlich Arbeitslose.

Quelle: BMA.

Tabelle T 455: Niedrigster und höchster Beitragssatz nach Kassenarten¹ am 1.1. des jeweiligen Jahres

Alte Bundesländer

Jahr	GKV		OKK		BKK		IKK		EAR		EAN	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
1970 ²	4,5	10,5	6,5	10,5	4,5	10,0	5,7	9,0	6,7	9,7	8,2	9,2
1971	4,2	10,4	5,6	9,7	4,2	10,0	6,0	9,2	6,7	8,9	8,2	9,0
1972	4,2	10,5	6,6	10,5	4,2	10,4	6,0	10,0	7,4	8,9	7,8	8,7
1973	4,0	12,5	6,6	11,2	4,6	12,5	6,4	10,2	7,4	9,8	9,2	9,8
1974	4,6	12,5	7,1	11,8	4,6	12,5	6,7	11,0	8,7	10,6	9,2	9,9
1975	4,6	12,9	7,5	12,9	4,6	12,0	6,9	11,8	9,0	11,9	9,3	10,6
1976	4,6	13,5	8,5	13,3	4,6	13,0	8,2	13,5	9,5	12,4	10,6	12,1
1977	6,4	13,5	8,5	13,2	6,4	13,0	8,2	13,5	9,5	12,4	10,2	12,1
1978	7,0	14,2	8,5	13,9	7,0	13,5	8,3	14,2	9,5	12,9	10,2	12,1
1979	7,0	13,6	9,2	13,4	7,0	13,5	9,2	13,6	9,5	12,4	10,0	11,4
1980	7,0	14,2	9,8	14,2	7,0	13,8	9,5	13,0	9,5	12,4	10,0	11,4
1981	7,0	15,0	9,8	15,0	7,0	14,2	9,5	13,3	9,5	12,4	10,0	12,1
1982	7,0	15,0	10,4	15,0	7,0	14,8	9,8	13,6	9,5	13,9	11,0	12,1
1983	7,0	14,8	10,4	14,2	7,0	14,8	9,8	13,6	9,5	13,9	10,6	12,1
1984	6,2	14,8	9,9	13,9	6,2	14,8	9,2	13,5	9,5	13,2	10,2	11,6
1985	6,0	14,4	10,3	13,9	6,0	14,0	9,5	14,4	10,6	13,5	10,4	12,3
1986	6,0	14,9	10,2	14,9	6,0	14,0	9,5	14,7	9,2	13,9	10,6	12,3
1987	7,5	15,6	10,3	15,3	7,5	15,0	9,8	15,6	9,5	13,9	10,6	12,3
1988	7,5	16,0	10,8	16,0	7,5	15,0	9,8	15,6	10,2	14,6	10,8	12,9
1989	8,0	16,0	11,1	16,0	8,0	16,0	9,8	15,6	10,2	14,6	10,8	12,9
1990	8,0	16,0	10,8	15,6	8,0	16,0	9,8	15,4	10,2	14,6	10,4	12,9
1991	8,0	14,9	10,4	14,9	8,0	14,1	9,8	14,9	10,1	13,7	10,2	12,3
1992	8,0	16,5	10,4	16,5	8,0	14,9	9,8	14,7	10,1	13,7	10,2	12,3
1993	8,5	16,8	11,4	16,8	8,5	15,9	10,7	15,9	10,8	14,9	11,0	13,5

Neue Bundesländer

Jahr	GKV		OKK		BKK		IKK		EAR		EAN	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
1992	8,6	12,8		12,8 ³	8,6	12,8	12,2	12,8		12,8 ³		12,8 ³
1993	9,2	13,8	12,8	13,8	9,2	13,5	11,8	12,8	11,5	13,7	11,0	12,3

SVRKAiG 1994

¹ GKV enthält See-Krankenkasse, BuKn und LKK.

² Stichtag: 1.4.

³ Einheitlicher Beitragssatz.

Quelle: BMA.

Tabelle T 456: Beitragssatzspanne in % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten¹ am 1.1.

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1970 ²	73,2	48,8	73,3	43,6	31,3	11,0
1971	76,5	50,6	77,3	41,0	22,9	9,2
1972	75,9	47,6	81,6	50,0	15,6	10,3
1973	94,4	51,1	103,7	44,7	20,7	6,2
1974	84,0	50,0	91,9	47,8	16,4	7,1
1975	81,4	52,9	82,2	48,5	25,0	12,7
1976	78,8	42,5	83,2	48,2	23,0	12,7
1977	62,3	41,2	63,5	47,7	23,0	16,1
1978	62,6	47,0	61,3	52,2	27,0	16,1
1979	57,4	36,5	61,9	39,3	23,0	12,5
1980	61,5	37,6	64,8	20,5	23,0	12,5
1981	68,4	43,3	67,3	33,3	23,0	17,6
1982	66,7	37,1	71,6	32,5	34,9	9,2
1983	65,5	30,9	72,2	32,5	37,9	12,6
1984	74,8	33,9	84,3	38,7	31,9	12,2
1985	71,8	30,0	78,4	43,8	25,0	15,7
1986	73,0	37,3	74,8	43,3	40,5	14,0
1987	65,0	38,1	67,4	45,9	38,3	14,0
1988	65,9	38,6	65,7	45,3	36,8	16,5
1989	62,0	38,0	62,0	45,0	34,1	16,3
1990	62,6	36,0	70,5	45,1	39,1	19,7
1991	56,5	35,3	56,1	42,7	32,3	17,4
1992	68,0	46,2	62,2	39,8	32,4	17,5
1993	61,9	38,3	62,7	39,1	33,1	18,9

Neue Bundesländer

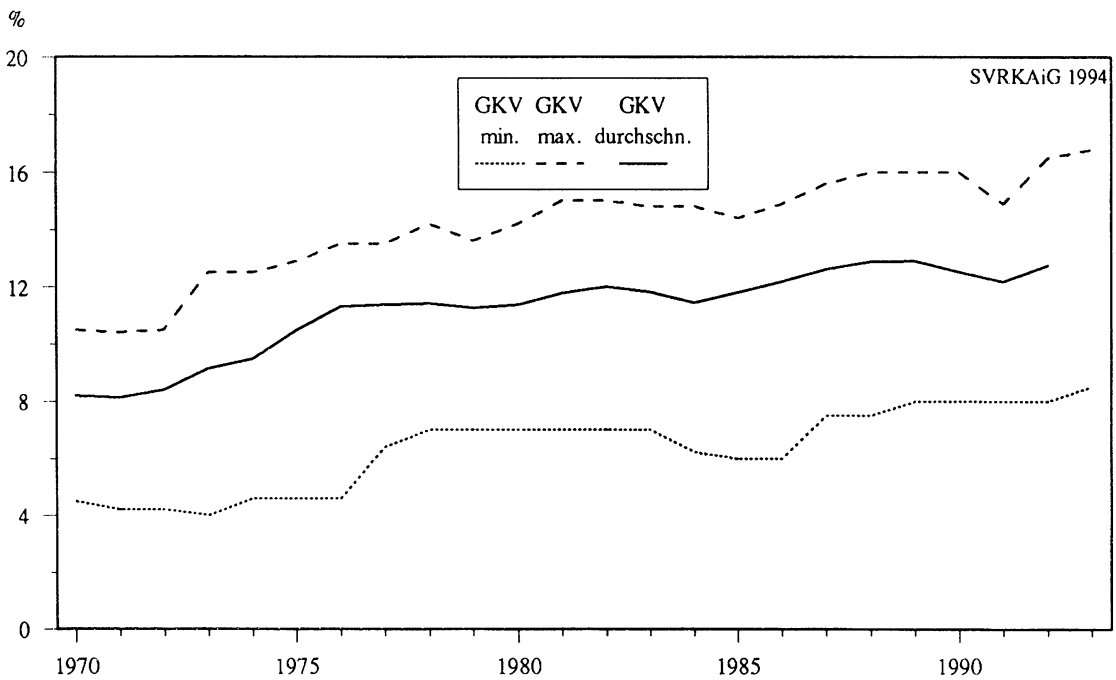
Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAR	EAN
1992	33,1	.3	33,1	4,7	.3	.3
1993	36,8	7,7	36,8	41,8	18,5	10,7

SVRKAiG 1994

- 1 Bei GKV werden die LKKen bis 1972 berücksichtigt. Seit 1.10.1972 wird der Beitragssatz der LKK nicht mehr in % des Grundlohnes festgesetzt.
- 2 Stichtag 1.4.
- 3 Einheitlicher Beitragssatz.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Graphik G 455: Niedrigster und höchster sowie durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in der GKV, alte Bundesländer



Graphik G 456: Beitragssatzspannen in % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten am 1.1., alte Bundesländer

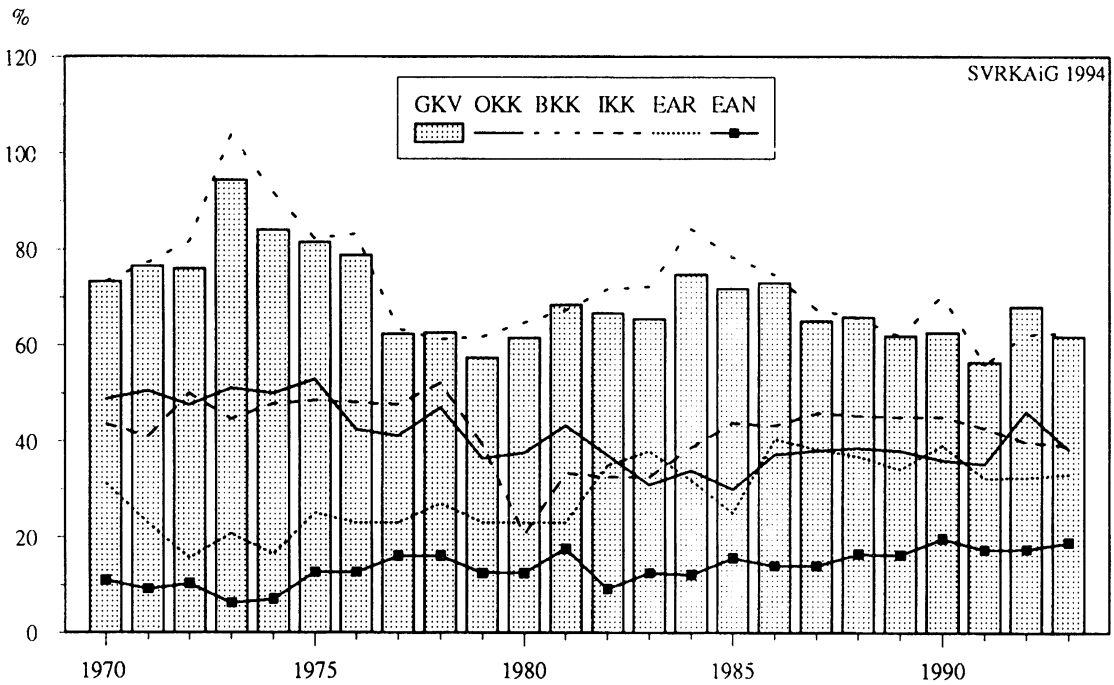


Tabelle T 457: Beitragseinnahmen der GKV in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1970	24.976	12.615	3.390	1.027	282	1.098	291	6.213
1971	29.944	14.885	4.072	1.252	322	1.321	346	7.679
1972	34.629	16.989	4.597	1.474	413	1.488	398	9.203
1973	42.108	20.218	5.499	1.754	692	1.807	475	11.576
1974	48.434	23.113	6.382	2.031	830	2.063	566	13.346
1975	58.162	27.947	7.352	2.534	996	2.334	668	16.211
1976	67.516	31.836	8.460	2.940	1.132	2.561	796	19.645
1977	70.242	33.107	8.888	3.027	1.133	2.682	868	20.378
1978	73.193	34.120	9.227	3.295	1.124	2.833	896	21.539
1979	77.101	36.253	9.678	3.486	1.118	3.036	950	22.423
1980	83.527	39.314	10.347	3.760	1.135	3.301	1.054	24.458
1981	90.990	42.504	11.023	4.044	1.131	3.578	1.157	27.377
1982	96.515	44.570	11.617	4.376	1.184	3.703	1.301	29.582
1983	98.541	45.456	11.566	4.455	1.263	3.690	1.322	30.616
1984	100.727	46.447	11.710	4.482	1.338	3.619	1.380	31.583
1985	106.905	48.663	12.360	4.597	1.441	3.811	1.563	34.281
1986	113.990	52.211	13.449	5.022	1.474	3.976	1.690	35.957
1987	120.873	55.098	14.306	5.458	1.498	4.179	1.809	38.312
1988	128.188	58.015	15.127	5.712	1.510	4.546	2.023	41.040
1989	134.894	60.483	15.950	6.149	1.533	4.380	2.241	43.942
1990	141.864	63.759	16.972	6.498	1.534	4.675	2.322	45.885
1991	147.717	66.380	17.807	6.725	1.554	4.984	2.459	47.593
1992	161.393	72.229	19.317	7.474	1.636	5.568	2.695	52.203
1993 ²	178.059	76.925	21.027	8.616	1.760	5.535	3.394	60.557

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1991	25.442	16.195	1.788	509	16	998	81	5.824
1992	32.528	19.595	2.302	958	36	1.357	103	8.141
1993 ²	36.853	21.742	2.704	1.305	35	1.443	132	9.459

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich See-Krankenkasse.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 458: Jährliche Veränderungsrate der Beitragseinnahmen der GKV in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	19,9	18,0	20,1	21,9	14,1	20,3	18,9	23,6
1972	15,6	14,1	12,9	17,7	28,3	12,6	15,0	19,8
1973	21,6	19,0	19,6	19,0	67,6	21,4	19,3	25,8
1974	15,0	14,3	16,1	15,8	19,9	14,2	19,2	15,3
1975	20,0	20,9	15,7	24,8	20,0	13,1	18,0	21,5
1976	16,1	13,9	15,1	16,0	13,7	9,7	19,2	21,2
1977	4,0	4,0	5,6	3,0	0,0	4,7	9,0	3,7
1978	4,2	3,1	3,8	8,9	0,0	5,6	3,2	6,0
1979	5,3	6,3	4,9	5,8	0,0	7,2	6,0	4,1
1980	8,3	8,4	6,9	7,9	1,5	8,7	10,9	9,1
1981	8,9	8,1	6,5	7,6	-0,4	8,4	9,8	11,9
1982	6,1	4,9	5,4	8,2	4,7	3,5	12,4	8,1
1983	2,1	2,0	-0,4	1,8	6,7	-0,4	1,6	3,5
1984	2,2	2,2	1,2	0,6	5,9	-1,9	4,4	3,2
1985	6,1	4,8	5,7	2,6	7,8	5,3	13,3	8,5
1986	6,6	7,3	8,8	9,2	2,3	4,3	8,2	4,9
1987	6,0	5,5	6,4	8,7	1,6	5,1	7,0	6,6
1988	6,1	5,3	5,7	4,6	0,8	8,8	11,8	7,1
1989	5,2	4,3	5,4	7,7	1,5	-3,7	10,8	7,1
1990	5,2	5,4	6,4	5,7	0,1	6,7	3,6	4,4
1991	4,1	4,1	4,9	3,5	1,3	6,6	5,9	3,7
1992	9,2	8,8	8,5	11,2	5,3	11,7	9,6	9,7
1993 ²	10,4	6,6	9,3	14,5	8,0	1,4	24,6	15,8

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1992	27,9	21,0	28,8	88,4	130,5	36,0	27,4	39,8
1993 ²	12,8	11,2	13,0	42,1	0,4	0,8	32,5	15,1

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich See-Krankenkasse.

² 1. - 4. Quartal.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 459: Beitragseinnahmen der GKV je Mitglied in DM pro Jahr

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1970	659	724	724	632	371	926	643	454
1971	779	853	857	747	451	1.135	751	554
1972	1.076	1.048	1.079	975	759	1.352	1.129	1.129
1973	1.268	1.240	1.274	1.128	687	1.686	1.345	1.356
1974	1.446	1.417	1.472	1.298	858	1.928	1.582	1.512
1975	1.737	1.732	1.728	1.597	1.056	2.169	1.842	1.789
1976	2.010	1.975	2.005	1.813	1.226	2.417	2.136	2.136
1977	2.076	2.046	2.115	1.827	1.249	2.551	2.259	2.172
1978	2.129	2.092	2.191	1.914	1.263	2.716	2.265	2.211
1979	2.213	2.211	2.282	1.967	1.275	2.924	2.308	2.234
1980	2.364	2.383	2.413	2.061	1.317	3.367	2.428	2.353
1981	2.548	2.575	2.566	2.169	1.327	3.653	2.540	2.561
1982	2.694	2.719	2.721	2.329	1.416	3.743	2.737	2.710
1983	2.752	2.799	2.755	2.351	1.536	3.740	2.681	2.756
1984	2.799	2.866	2.813	2.338	1.650	3.742	2.677	2.781
1985	2.952	3.003	2.952	2.404	1.808	3.949	2.919	2.969
1986	3.127	3.224	3.175	2.632	1.885	4.143	3.037	3.058
1987	3.292	3.408	3.364	2.856	1.954	4.374	3.103	3.185
1988	3.464	3.590	3.553	2.980	2.018	4.786	3.304	3.334
1989	3.623	3.742	3.703	3.200	2.085	4.649	3.510	3.522
1990	3.739	3.892	3.814	3.296	2.121	5.000	3.456	3.597
1991	3.816	4.004	3.914	3.325	2.194	5.388	3.460	3.616
1992	4.111	4.352	4.211	3.599	2.358	6.108	3.569	3.846
1993 ²	4.512	4.674	4.609	4.065	2.587	6.159	4.267	4.357

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1991	2.200	2.252	2.043	1.960	2.446	2.402	2.004	2.106
1992	2.806	2.841	2.609	2.256	2.667	3.360	2.205	2.794
1993 ²	3.262	3.352	3.246	2.440	2.264	3.931	2.525	3.156

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich See-Krankenkasse.

² 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 460: Jährliche Veränderung der GKV-Beitragseinnahmen je Mitglied in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	18,2	17,8	18,4	18,2	21,6	22,6	16,8	22,0
1972	38,1	22,9	25,9	30,5	68,3	19,1	50,3	103,8
1973	17,8	18,3	18,1	16,0	- 9,5	24,7	19,1	20,1
1974	14,0	14,3	15,5	15,1	24,9	14,4	17,6	11,5
1975	20,1	22,2	17,4	23,0	23,1	12,5	16,4	18,3
1976	15,7	14,0	16,0	13,5	16,1	11,4	16,0	19,4
1977	3,3	3,6	5,4	7,7	18,8	5,5	5,8	1,7
1978	2,6	2,2	3,6	4,8	1,1	6,5	0,0	1,8
1979	3,9	5,7	4,2	2,8	0,0	7,7	1,9	1,0
1980	6,8	7,8	5,7	4,8	3,3	15,2	5,2	5,3
1981	7,8	8,0	6,3	5,2	0,8	8,5	4,6	8,9
1982	5,7	5,6	6,0	7,4	6,7	2,5	7,8	5,8
1983	2,1	3,0	1,3	1,0	8,5	- 0,1	- 2,1	1,7
1984	1,7	2,4	2,1	- 0,5	7,4	0,1	- 0,1	0,9
1985	5,5	4,8	4,9	2,8	9,6	5,5	9,0	6,7
1986	5,9	7,4	7,6	9,5	4,3	4,9	4,1	3,0
1987	5,3	5,7	5,9	8,5	3,7	5,6	2,2	4,1
1988	5,2	5,4	5,6	4,3	3,3	9,4	6,5	4,7
1989	4,6	4,2	4,2	7,4	3,3	- 2,9	6,2	5,6
1990	3,2	4,0	3,0	3,0	1,7	7,5	- 1,6	2,1
1991	2,1	2,9	2,6	0,9	3,4	7,8	0,1	0,5
1992	7,7	8,7	7,6	8,3	7,5	13,4	3,1	6,4
1993 ²	9,8	7,5	10,0	12,2	10,0	2,8	18,3	13,1

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1992	27,6	26,2	27,7	15,1	9,0	39,9	10,0	32,6
1993 ²	15,8	18,3	20,0	12,8	- 8,8	10,9	18,8	11,9

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich See-Krankenkasse.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 461: Leistungsausgaben der GKV nach Kassenarten in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1970	23.849	11.816	3.431	959	261	1.058	271	5.819
1971	29.588	14.704	4.241	1.211	310	1.305	331	7.422
1972	34.557	16.998	4.817	1.438	396	1.488	388	8.959
1973	41.009	19.626	5.583	1.699	1.103	1.761	439	10.715
1974	49.191	23.584	6.629	2.044	1.323	2.039	532	12.946
1975	58.170	27.621	7.669	2.439	1.525	2.311	652	15.838
1976	63.588	29.949	8.319	2.668	1.615	2.505	729	17.668
1977	66.614	31.277	8.680	2.803	1.646	2.609	768	18.693
1978	71.460	33.435	9.199	3.054	1.730	2.776	813	20.305
1979	77.435	36.063	9.913	3.345	1.807	2.969	905	22.281
1980	85.956	39.793	10.876	3.720	1.947	3.213	1.039	25.206
1981	92.204	42.399	11.537	3.989	2.055	3.440	1.147	27.470
1982	92.676	42.531	11.532	4.042	2.113	3.552	1.183	27.554
1983	95.897	43.744	11.760	4.206	2.219	3.661	1.266	28.868
1984	103.561	47.085	12.628	4.570	2.338	3.912	1.420	31.421
1985	108.704	49.460	13.154	4.761	2.424	4.129	1.511	33.070
1986	114.061	51.740	13.922	4.958	2.520	4.316	1.635	34.762
1987	118.930	53.825	14.575	5.175	2.577	4.436	1.746	36.388
1988	128.059	57.353	15.702	5.585	2.733	4.766	1.994	39.719
1989	123.242	55.461	15.007	5.426	2.632	4.435	1.903	38.188
1990	134.238	60.108	16.579	6.008	2.789	4.757	2.139	41.660
1991	151.634	67.715	18.903	6.878	3.097	5.211	2.485	47.127
1992	167.850	73.873	20.720	7.692	3.338	5.727	2.855	53.413
1993 ²	165.943	72.267	20.055	7.775	3.275	5.460	2.937	53.940

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1991	21.933	14.505	1.412	299	9	774	47	4.873
1992	31.710	19.636	2.328	701	19	1.258	84	7.665
1993 ²	34.335	20.849	2.546	951	23	1.309	99	8.534

SVRKAIG 1994

¹ Einschließlich See-Krankenkasse.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 462: Veränderung der Leistungsausgaben der GKV nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	24,1	24,4	23,6	26,3	18,8	23,3	22,1	27,5
1972	16,8	15,6	13,6	18,7	27,7	14,0	17,2	20,7
1973	18,7	15,5	15,9	18,2	178,5	18,3	13,1	19,6
1974	20,0	20,2	18,7	20,3	19,9	15,8	21,1	20,8
1975	18,3	17,1	15,7	19,3	15,3	13,3	22,6	22,3
1976	9,3	8,4	8,5	9,4	5,9	8,4	11,8	11,6
1977	4,8	4,4	4,3	5,1	1,9	4,2	5,3	5,8
1978	7,3	6,9	6,0	9,0	5,1	6,4	5,8	8,6
1979	8,4	7,9	7,8	9,5	4,5	7,0	11,3	9,7
1980	11,0	10,3	9,7	11,2	7,7	8,2	14,8	13,1
1981	7,3	6,5	6,1	7,2	5,5	7,1	10,4	9,0
1982	0,5	0,3	0,0	1,3	2,8	3,3	3,1	0,3
1983	3,5	2,9	2,0	4,1	5,0	3,1	7,0	4,8
1984	8,0	7,6	7,4	8,7	5,4	6,9	12,2	8,8
1985	5,0	5,0	4,2	4,2	3,6	5,5	6,4	5,2
1986	4,9	4,6	5,8	4,1	4,0	4,5	8,2	5,1
1987	4,3	4,0	4,7	4,4	2,2	2,8	6,8	4,7
1988	7,7	6,6	7,7	7,9	6,1	7,4	14,2	9,2
1989	-3,8	-3,3	-4,4	-2,8	-3,7	-7,0	-4,6	-3,9
1990	8,9	8,4	10,5	10,7	6,0	7,3	12,4	9,1
1991	13,0	12,7	14,0	14,5	11,0	9,6	16,2	13,1
1992	10,7	9,1	9,6	11,8	7,8	9,9	14,9	13,3
1993 ²	-0,8	-1,8	-2,4	1,8	-1,4	-4,6	2,7	1,0

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EAR	EAN
1992	44,6	35,4	64,8	134,6	120,4	62,4	77,6	57,3
1993 ²	8,3	7,5	5,4	36,8	41,2	3,8	13,3	9,2

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich See-Krankenkasse.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 463: Leistungsausgaben der GKV je Versicherten¹ nach Kassenarten in DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK
1970	445,5	420,2 ²	393,3	-	-	550,8	513,3
1971	548,0	525,4 ²	477,9	-	-	733,1	622,5
1972	637,9	603,4 ²	587,7	-	-	780,7	727,1
1973	742,4	703,6 ²	675,5	-	-	949,8	842,3
1974	883,1	841,0 ²	802,8	-	-	1.155,9	988,6
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976	1.144,1	1.100,5 ³	1.072,5 ⁴	-	1.535,9	1.287,0	-
1977	1.202,2	1.157,9 ³	1.123,2 ⁴	-	816,9	1.588,9	1.345,2
1978	1.291,3	1.242,6 ³	1.200,3 ⁴	-	833,3	1.688,6	1.459,6
1979	1.403,0	1.488,6	1.288,5 ⁴	1.237,1	917,7	1.867,3	1.583,5
1980	1.546,9	1.510,1	1.408,4 ⁴	1.347,3	1.002,1	2.049,1	1.737,6
1981	1.657,6	1.628,4	1.486,6 ⁴	1.434,4	1.100,1	2.188,3	1.847,1
1982	1.737,4	1.649,4	1.523,1 ⁴	1.500,4	1.161,6	2.160,6	1.828,5
1983	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-
1985	1.996,5	1.969,3	1.841,6 ⁴	1.633,3	1.485,3	2.830,0	2.151,0
1986	2.104,8	2.110,1	1.966,5 ⁴	1.734,8	1.661,2	3.050,2	2.180,0
1987	2.211,3	2.199,9	2.150,7 ⁴	1.806,3	1.724,9	3.042,5	2.293,6
1988	2.380,7	2.383,8	2.325,9 ⁴	1.989,0	1.901,9	3.188,0	2.432,0
1989	2.292,2	2.321,4	2.197,5 ⁴	1.902,5	1.876,0	3.086,3	2.321,7
1990	2.469,4	2.536,0	2.320,7 ⁴	2.108,1	2.116,1	3.454,6	2.437,5
1991	2.747,0	2.828,3	2.580,3 ⁴	2.367,6	2.252,4	3.868,6	2.710,4
1992	2.995,4	3.063,6	2.827,9 ⁴	2.615,4	2.467,1	4.345,2	2.976,8

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK
1991	1.401,4	1.523,3	1.239,7 ⁴	864,2	243,2	1.580,8	1.199,4
1992	2.053,4	2.237,5	2.025,9 ⁴	1.229,8	575,8	2.631,8	1.750,4

SVRKAiG 1994

¹ In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen über die Versichertenzahl statt.

² Einschließlich Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen.

³ Einschließlich Innungskrankenkassen.

⁴ Einschließlich See-Krankenkasse.

Quelle: BMA, StBA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 464: Veränderung der Leistungsausgaben der GKV je Versicherten¹ nach Kassenarten zum Vorjahr in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK
1970	-	-	-	-	-	-	-
1971	23,0	25,0 ²	21,5	-	-	33,1	21,3
1972	16,4	14,8 ²	23,0	-	-	6,5	16,8
1973	16,4	16,6 ²	14,9	-	-	21,7	15,8
1974	19,0	19,5 ²	18,8	-	-	21,7	17,4
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976 ³	29,6	30,9 ²	0,0 ⁴	-	-	32,9	30,2
1977	5,1	5,2 ⁵	4,7 ⁶	-	7,7	3,5	4,5
1978	7,4	7,3 ⁵	6,9 ⁶	-	2,0	6,3	8,5
1979	8,7	19,8 ⁵	7,3 ⁶	-	10,1	10,6	8,5
1980	10,3	1,4	9,3 ⁶	8,9	9,2	9,7	9,7
1981	7,2	7,8	5,6 ⁶	6,5	9,8	6,8	6,3
1982	4,8	1,3	2,5 ⁶	4,6	5,6	- 1,3	- 1,0
1983	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-
1985 ⁷	14,9	19,4	20,9 ⁶	8,9	27,9	31,0	17,6
1986	5,4	7,1	6,8 ⁶	6,2	11,8	7,8	1,3
1987	5,1	4,3	9,4 ⁶	4,1	3,8	- 0,3	5,2
1988	7,7	8,4	8,1 ⁶	10,1	10,3	4,8	6,0
1989	- 3,7	- 2,6	- 5,5 ⁶	- 4,4	- 1,4	- 3,2	- 4,5
1990	7,7	9,2	5,6 ⁶	10,8	12,8	11,9	5,0
1991	11,2	11,5	11,2 ⁶	12,3	6,4	12,0	11,2
1992	9,0	8,3	9,6 ⁶	10,5	9,5	12,3	9,8

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK
1992	46,5	46,9	63,4 ⁶	42,3	136,8	74,4	45,9

SVRKAiG 1994

- 1 In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen über die Versichertenzahl statt.
- 2 Einschließlich Innungs- und Landkrankenassen.
- 3 Werte beziehen sich auf 2-Jahreszeitraum.
- 4 Keine Vergleichbarkeit mit Vorjahreswerten.
- 5 Einschließlich Innungskrankenkassen.
- 6 Einschließlich See-Krankenkasse.
- 7 Werte beziehen sich auf 3-Jahreszeitraum.

Quelle: BMA, StBA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 465: Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztliche Behandlung	Zahn- ersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfs- mittel	Stat. Behandlung	Kranken- geld	Vor- beu- gung ¹	Mutter- schaft ²	sonst. Leist. ³
1970	5.458	1.708	0.828	4.226	0.667	6.009	2.467	248	1.101	1.138
1971	6.809	2.022	1.209	4.971	0.891	7.653	2.958	453	1.286	1.336
1972	7.584	2.250	1.524	5.754	1.179	9.362	3.436	631	1.321	1.516
1973	8.602	2.671	1.860	6.753	1.631	11.700	3.896	744	1.366	1.786
1974	9.930	3.399	2.086	7.883	2.095	15.246	4.263	870	1.604	1.810
1975	11.258	4.129	4.180	8.901	2.582	17.534	4.664	1.010	1.689	2.172
1976	11.923	4.297	5.312	9.642	3.054	19.256	4.733	872	1.774	2.675
1977	12.489	4.607	5.403	9.849	3.339	20.464	4.909	896	1.771	2.831
1978	13.194	4.967	5.754	10.651	3.844	21.865	5.308	780	1.827	3.205
1979	14.122	5.222	6.471	11.372	4.355	23.252	5.941	714	2.146	3.760
1980	15.358	5.517	7.351	12.572	4.881	25.465	6.654	772	3.036	4.246
1981	16.491	5.936	8.110	13.631	5.273	27.321	6.440	906	3.249	4.728
1982	16.917	6.072	6.988	13.776	5.045	29.596	5.896	729	3.068	4.458
1983	17.763	6.280	6.664	14.449	5.234	30.969	5.781	725	2.956	5.074
1984	18.924	6.563	7.338	15.545	6.064	33.215	6.301	875	2.657	6.079
1985	19.660	6.656	7.666	16.603	6.512	35.049	6.378	955	2.736	6.487
1986	20.295	7.164	6.897	17.626	7.221	37.489	6.875	1.036	2.517	6.941
1987	20.966	7.370	6.283	18.889	7.849	39.282	7.391	1.168	2.384	7.419
1988	21.650	7.692	9.651	20.435	8.906	40.668	7.782	1.223	2.687	7.365
1989	22.652	7.693	4.861	20.217	7.826	40.814	7.780	1.279	2.774	7.345
1990	24.371	8.172	4.840	21.841	8.425	44.595	9.555	1.218	3.161	8.873
1991	26.737	9.131	5.613	24.486	9.687	49.124	11.387		3.368	
1992	28.935	10.160	6.841	27.084	10.844	53.943	12.283		3.586	
1993 ⁴	30.077	10.287	4.964	21.937	11.140	56.979	12.198		3.690	

Neue Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztliche Behandlung	Zahn- ersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfs- mittel	Stat. Behandlung	Kranken- geld	Vor- beu- gung ¹	Mutter- schaft ²	sonst. Leist. ³
1991	3.334	1.584	1.187	3.988	1.081	7.969	1.038		347	
1992	4.448	2.362	2.704	5.464	1.817	10.312	1.821		398	
1993 ⁴	5.237	2.469	1.315	5.776	2.084	11.716	2.400		403	

SVRKAiG 1994

- 1 Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 2 Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen.
- 3 Sonstige Leistungen = Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld etc. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 4 1.-4. Quartal 1993

Quelle: BMA.

Tabelle T 466: Veränderung der Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn-ärztliche Behandlung	Zahnersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Stat. Behandlung	Krankengeld	Vorbeugung ¹	Mutterschaft ²	sonst. Leist. ³
1970	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	24,8	18,4	46,0	17,6	33,6	27,4	19,9	82,7	16,8	17,4
1972	11,4	11,3	26,1	15,8	32,3	22,3	16,2	39,3	2,7	13,5
1973	13,4	18,7	22,0	17,4	38,3	25,0	13,4	17,9	3,4	17,8
1974	15,4	27,3	12,2	16,7	28,4	30,3	9,4	16,9	17,4	1,3
1975	13,4	21,5	100,4	12,9	23,2	15,0	9,4	16,1	5,3	20,0
1976	5,9	4,1	27,1	8,3	18,3	9,8	1,5	- 13,7	5,0	23,2
1977	4,7	7,2	1,7	2,1	9,3	6,3	3,7	2,8	- 0,2	5,8
1978	5,6	2,8	6,5	8,1	15,1	6,8	8,1	- 12,9	3,2	13,2
1979	7,0	5,1	12,5	6,8	13,3	6,3	11,9	- 8,5	17,5	17,3
1980	8,8	5,6	13,6	10,6	12,1	9,5	12,0	8,1	41,5	12,9
1981	7,4	7,6	10,3	8,4	8,0	7,3	- 3,2	17,4	7,0	11,4
1982	2,6	2,3	- 13,8	1,1	- 4,3	8,3	- 8,4	- 19,5	- 5,6	- 5,7
1983	5,0	3,4	- 4,6	4,9	3,7	4,6	- 2,0	- 0,5	- 3,7	13,8
1984	6,4	4,5	10,1	7,6	15,9	7,3	9,0	20,7	- 10,1	19,8
1985	3,9	1,4	4,5	6,8	7,4	5,5	1,2	9,1	3,0	6,7
1986	3,2	7,6	- 10,0	6,2	10,9	7,0	7,8	8,5	- 8,0	7,0
1987	3,3	2,9	- 8,9	7,2	8,7	4,6	7,5	12,7	- 5,3	6,9
1988	3,3	4,4	53,6	8,2	13,5	3,5	5,3	4,8	12,7	- 0,7
1989	4,6	0,0	- 49,6	- 1,1	- 12,1	3,4	- 0,1	4,6	3,2	- 0,3
1990	7,6	6,2	- 0,4	8,0	7,7	9,3	22,8	- 4,8	13,9	20,3
1991	9,7	11,7	16,0	12,1	15,0	10,2	19,2		6,5	
1992	8,2	11,3	21,9	10,6	11,9	9,8	7,9		6,5	
1993 ⁴	3,9	1,3	- 27,4	- 19,0	2,7	5,6	- 0,8		2,9	

Neue Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn-ärztliche Behandlung	Zahnersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Stat. Behandlung	Krankengeld	Vorbeugung ¹	Mutterschaft ²	sonst. Leist. ³
1992	33,4	49,1	127,8	37,0	68,1	29,4	75,4		14,7	
1993 ⁴	17,7	4,5	- 51,4	5,7	14,7	13,6	31,8		1,3	

SVRKAiG 1994

- 1 Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 2 Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen.
- 3 Sonstige Leistungen = Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld etc. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 4 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 467: Aufwendungen der GKV je Versicherten¹ nach Leistungsarten in DM

Alte Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztl. Behandlung	Zahn- ersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfs- mittel	Stat. Behandlung	Kranken- geld	Vor- beu- gung ²	Mutter- schaft ³	sonst. Leist. ⁴
1970	102,0	31,9	15,5	78,6	12,7	112,3	46,1	4,6	20,6	21,3
1971	126,1	37,5	22,4	92,1	16,5	141,7	54,8	8,4	23,8	24,7
1972	140,0	41,5	28,1	106,2	21,8	172,8	63,4	11,6	24,4	28,0
1973	155,7	48,4	33,7	122,3	29,5	211,8	70,5	13,5	24,7	32,3
1974	178,3	61,0	37,4	141,5	37,6	273,7	76,5	15,6	28,8	32,5
1975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1976	214,5	77,3	95,6	173,5	55,0	346,5	85,2	15,7	31,9	48,1
1977	225,4	83,1	97,5	177,8	60,3	369,3	88,6	16,2	32,0	51,1
1978	238,4	89,8	104,0	192,5	69,5	395,1	95,9	14,1	33,0	57,9
1979	255,9	94,6	117,2	206,0	78,9	421,3	107,6	12,9	38,9	68,1
1980	276,4	99,3	132,3	226,3	87,8	458,3	119,8	13,9	54,6	76,4
1981	296,5	106,7	145,8	245,1	94,8	491,2	115,8	16,3	58,4	85,0
1982	317,1	113,8	131,0	258,3	94,6	554,8	110,5	13,7	57,5	83,6
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	361,1	122,2	140,8	304,9	119,6	643,7	117,1	17,5	50,3	119,1
1986	374,5	132,2	127,3	325,3	133,2	691,8	126,9	19,1	46,4	128,1
1987	389,8	137,0	116,8	351,2	145,9	730,4	137,4	21,7	44,3	137,9
1988	402,5	143,0	179,4	379,9	165,6	756,0	144,7	22,7	50,0	136,9
1989	421,3	143,1	90,4	376,0	145,5	759,1	144,7	23,8	51,6	136,6
1990	448,3	150,3	89,0	401,8	154,9	820,3	175,8	22,4	58,1	162,6
1991	484,4	165,4	101,7	443,6	175,5	889,9	206,3		61,0	
1992	516,4	181,3	122,1	483,3	193,5	962,6	219,2		64,0	

Neue Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztl. Behandlung	Zahn- ersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfs- mittel	Stat. Behandlung	Kranken- geld	Vor- beu- gung ²	Mutter- schaft ³	sonst. Leist. ⁴
1991	212,9	101,2	75,8	254,7	69,0	508,9	66,3		22,2	
1992	288,0	152,9	175,1	353,8	117,7	667,7	117,9		25,8	

SVRKAiG 1994

¹ In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen über die Zahl der Versicherten statt.

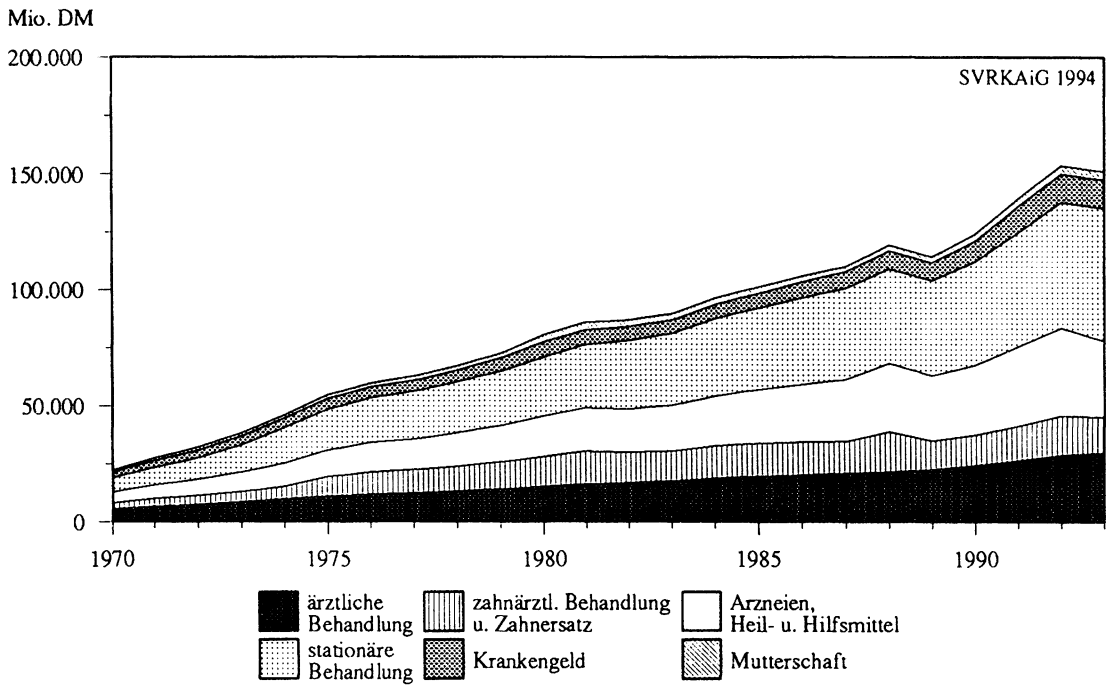
² Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.

³ Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen.

⁴ Sonstige Leistungen = Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld etc. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Graphik G 465: Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten, alte Bundesländer



Graphik G 467: Aufwendungen der GKV je Versicherten nach Leistungsarten, alte Bundesländer

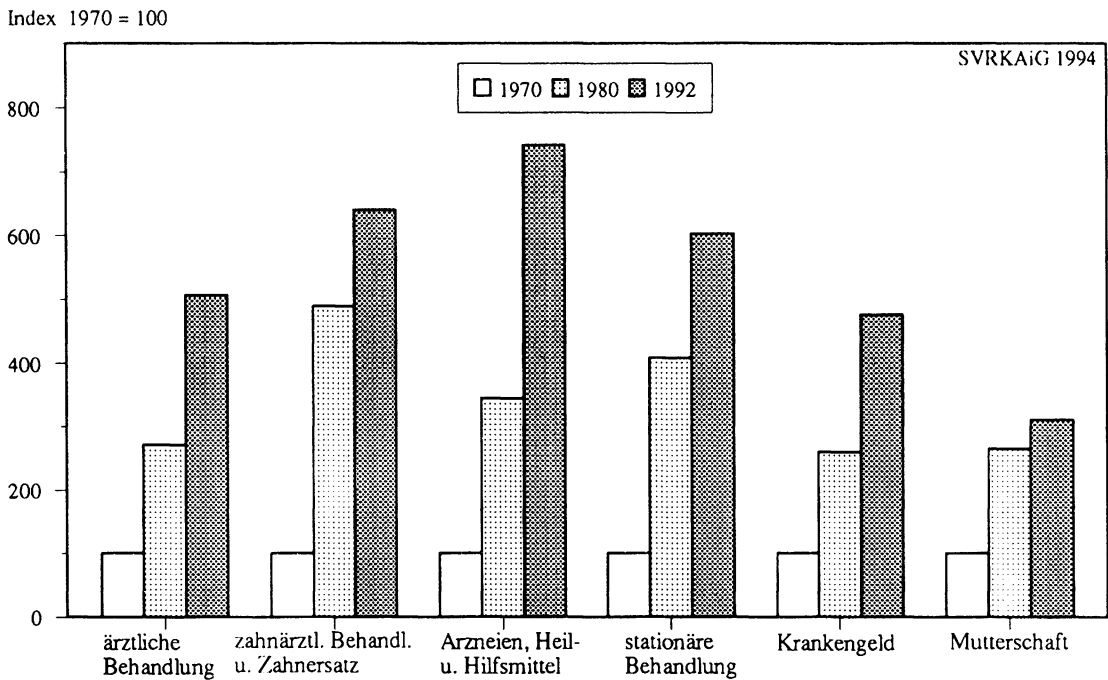


Tabelle T 468: Veränderung der Aufwendungen der GKV je Versicherten¹ nach Leistungsarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung	Zahnersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Stat. Behandlung	Krankengeld	Vorbeugung ²	Mutterschaft ³	sonst. Leist. ⁴
1970	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	23,6	17,6	44,5	17,2	29,9	26,2	18,9	82,6	15,5	16,0
1972	11,0	10,7	25,4	15,3	32,1	21,9	15,7	38,1	2,5	13,4
1973	11,2	16,6	19,9	15,2	35,3	22,6	11,2	16,4	1,2	15,4
1974	14,5	26,0	11,0	15,7	27,5	29,2	8,5	15,6	16,6	0,6
1975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1976	20,3	26,7	155,6	22,6	46,3	26,6	11,4	0,6	10,8	48,0
1977	5,1	7,5	2,1	2,5	9,6	6,6	4,0	3,2	0,3	6,2
1978	5,8	8,1	6,6	8,3	15,3	7,0	8,2	- 13,0	3,1	13,3
1979	7,3	5,3	12,7	7,0	13,5	6,6	12,2	- 8,5	17,9	17,6
1980	8,0	5,0	12,9	9,9	11,3	8,8	11,3	7,8	40,4	12,2
1981	7,3	7,5	10,2	8,3	8,0	7,2	- 3,3	17,3	7,0	11,3
1982	6,9	6,7	- 10,2	5,4	- 0,2	12,9	- 4,6	- 16,0	- 1,5	- 1,6
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	13,9	7,4	7,5	18,0	26,4	16,0	9,0	27,7	- 12,5	42,5
1986	3,7	8,2	- 9,6	6,7	11,4	7,5	8,4	9,1	- 7,8	7,6
1987	4,1	3,6	- 8,2	8,0	9,5	5,6	8,3	13,6	- 4,5	7,7
1988	3,3	4,4	53,6	8,2	13,5	3,5	5,3	4,6	12,9	- 0,7
1989	4,7	0,1	- 49,6	- 1,0	- 12,1	0,4	0,0	4,8	3,2	- 0,2
1990	6,4	5,0	- 1,5	6,9	6,5	8,1	11,6	- 5,9	12,6	19,0
1991	8,0	10,0	14,2	10,4	13,2	8,5	17,4		4,9	
1992	6,6	9,6	20,1	9,0	10,3	8,2	6,3		4,9	

Neue Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung	Zahnersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Stat. Behandlung	Krankengeld	Vorbeugung ²	Mutterschaft ³	sonst. Leist. ⁴
1992	35,3	51,2	131,0	38,9	70,4	31,2	77,9		16,3	

SVRKAiG 1994

- 1 In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen über die Zahl der Versicherten statt.
- 2 Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 3 Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen.
- 4 Sonstige Leistungen = Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld etc. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 469: Anteile der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in %

Alte Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztliche Behandlung	Zahn- ersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfs- mittel	Stat. Behand- lung	Krank- ken- geld	Vor- beu- gung ¹	Mutter- schaft ²	sonst. Leist. ³
1970	22,9	7,2	3,5	17,7	2,8	25,2	10,3	1,0	4,6	4,8
1971	23,0	6,8	4,1	16,8	3,0	25,9	10,0	1,5	4,4	4,5
1972	22,0	6,5	4,4	16,7	3,4	27,1	9,9	1,8	3,8	4,4
1973	21,0	6,5	4,5	16,5	4,0	28,5	9,5	1,8	3,3	4,4
1974	20,2	6,9	4,2	16,0	4,2	31,0	8,7	1,8	3,3	3,7
1975	19,4	7,1	7,2	15,3	4,4	30,1	8,0	1,8	2,9	3,8
1976	18,8	6,8	8,4	15,2	4,8	30,2	7,4	1,4	2,8	4,2
1977	18,7	6,9	8,1	14,8	5,0	30,7	7,4	1,4	2,7	4,3
1978	18,5	7,0	8,0	14,9	5,4	30,6	7,4	1,2	2,5	4,5
1979	18,2	6,7	8,4	14,7	5,6	30,0	7,7	1,0	2,8	4,9
1980	17,9	6,4	8,6	14,6	5,7	29,6	7,7	1,0	3,5	5,0
1981	17,9	6,4	8,8	14,8	5,7	29,6	7,0	1,1	3,5	5,2
1982	18,3	6,6	7,5	14,8	5,4	31,9	6,4	1,0	3,3	4,8
1983	18,5	6,5	6,9	15,1	5,5	32,3	6,0	0,8	3,1	5,3
1984	18,3	6,3	7,1	15,0	5,9	32,1	6,1	0,8	2,6	5,9
1985	18,1	6,0	7,1	15,3	6,0	32,2	5,9	0,9	2,5	6,0
1986	17,8	6,3	6,0	15,5	6,3	32,9	6,0	0,9	2,2	6,1
1987	17,6	6,2	5,3	15,9	6,6	33,0	6,2	1,0	2,0	6,2
1988	16,9	6,0	7,5	16,0	7,0	31,8	6,1	1,0	2,1	5,8
1989	18,4	6,2	3,9	16,4	6,3	33,1	6,3	1,0	2,2	5,9
1990	18,2	6,1	3,6	16,3	6,3	33,2	6,5	0,9	2,4	6,6
1991	17,6	6,0	3,7	16,1	6,4	32,4	7,5		2,2	
1992	17,2	6,1	4,1	16,1	6,5	32,1	7,3		2,1	
1993 ⁴	18,1	6,2	3,0	13,2	6,7	34,3	7,3		2,2	

Neue Bundesländer

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztliche Behandlung	Zahn- ersatz	Arznei etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfs- mittel	Stat. Behand- lung	Krank- ken- geld	Vor- beu- gung ¹	Mutter- schaft ²	sonst. Leist. ³
1991	15,2	7,2	5,4	18,2	4,9	36,3	4,7		1,6	
1992	14,0	7,4	8,5	17,2	5,7	32,5	5,7		1,3	
1993 ⁴	15,3	7,2	3,8	16,8	6,1	34,1	7,0		1,2	

SVRKAiG 1994

- 1 Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 2 Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen.
- 3 Sonstige Leistungen = Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld etc. Ab 1991 keine vergleichbaren Daten mehr erhältlich.
- 4 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und eigene Berechnungen.

Graphik G 469: Anteile der einzelnen Leistungsarten an den Gesamtausgaben der GKV in %, alte Bundesländer

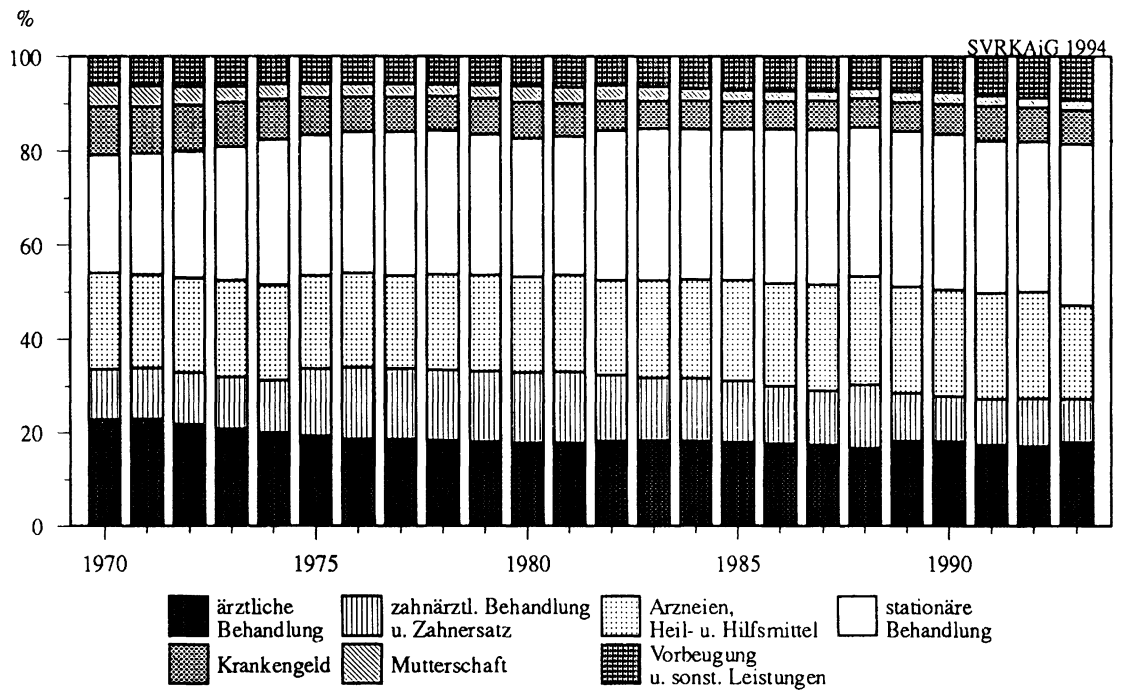


Tabelle T 470: Deckungsgrad der Ausgaben für Rentner durch KVdR-Beiträge in der GKV¹ insgesamt

Alte Bundesländer

Jahr	Umlagefähige Leistungsausgaben der KVdR in Mrd. DM	Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen in Mrd. DM	Deckungsgrad durch GRV-Beiträge u. Versorgungsbezüge in %	Deckungsgrad durch Finanzierungsanteil der aktiven GKV-Versicherten in %	Finanzierungsanteil der aktiven GKV-Versicherten in Beitragssatzpunkten
1977(2.Hj.)	9,92	5,36	54,0	46,0	1,88
1978	21,30	10,95	51,4	48,6	2,04
1979	23,29	11,59	49,7	50,3	2,14
1980	26,04	12,22	46,9	53,1	2,35
1981	28,90	12,84	44,4	55,6	2,57
1982	30,06	13,67	45,5	54,5	2,51
1983	32,59	14,09	43,2	56,8	2,74
1984	38,54	17,56	45,6	54,4	2,92
1985	41,38	18,23	44,1	55,9	3,11
1986	44,13	18,96	43,0	57,0	3,25
1987	46,71	19,86	42,5	57,5	3,37
1988	50,53	20,86	41,3	58,7	3,58
1989	47,67	23,06	48,4	51,6	2,85
1990	52,14	24,87	47,7	52,3	2,93
1991	59,81	25,49	42,6	57,4	3,43
1992	66,88	26,56	39,7	60,3	3,77
1993 ²	66,73	29,27	43,9	56,1	3,31

Neue Bundesländer

Jahr	Umlagefähige Leistungsausgaben der KVdR in Mrd. DM	Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen in Mrd. DM	Deckungsgrad durch GRV-Beiträge u. Versorgungsbezüge in %	Deckungsgrad durch Finanzierungsanteil der aktiven GKV-Versicherten in %	Finanzierungsanteil der aktiven GKV-Versicherten in Beitragssatzpunkten
1991	8,75	3,69	42,2	57,8	3,03
1992	12,58	5,59	44,4	55,6	3,23
1993 ²	14,15	6,30	44,5	55,5	3,0

SVRKAiG 1994

1 Von 1977 - 1983 ohne Bundesknappschaft und landwirtschaftliche Krankenkassen, ab 1984 einschl. BuKn.

2 Schätzung.

Quelle: BMA, BfA.

5. Entwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen

5.1. Ambulante ärztliche Versorgung

Tabelle T 500: Zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte

Alte Bundesländer									
Jahr	Ärzte insgesamt	Allgemein/ Praktische Ärzte	Ärzte mit Gebiets- bezeich- nung						
				Augen- ärzte	Chirurgen	Frauen- ärzte	HNO- ärzte	Haut- ärzte	Inter- nisten
1970	46.302	25.539	20.763	2.065	1.345	2.613	1.920	1.322	5.226
1971	46.699	25.467	21.232	2.084	1.344	2.696	1.903	1.341	5.442
1972	47.418	25.261	22.157	2.146	1.396	2.835	1.898	1.386	5.819
1973	48.219	25.235	22.984	2.238	1.368	3.000	1.916	1.415	6.112
1974	48.828	24.810	24.018	2.337	1.315	3.242	1.969	1.443	6.376
1975	49.928	24.757	25.171	2.413	1.305	3.534	1.990	1.459	6.760
1976	51.435	24.721	26.714	2.522	1.295	3.885	2.065	1.512	7.264
1977	52.820	24.790	28.030	2.620	1.289	4.185	2.091	1.533	7.741
1978	54.144	24.813	29.331	2.730	1.310	4.397	2.123	1.561	8.186
1979	55.357	24.981	30.376	2.792	1.317	4.643	2.136	1.565	8.540
1980	56.138	24.980	31.158	2.838	1.335	4.808	2.163	1.561	8.795
1981	57.232	25.151	32.081	2.892	1.344	4.971	2.164	1.581	9.111
1982	58.522	25.506	33.016	2.949	1.395	5.138	2.205	1.610	9.371
1983	60.221	26.172	34.049	3.030	1.437	5.304	2.251	1.665	9.670
1984	62.271	27.022	35.249	3.098	1.473	5.485	2.296	1.710	9.957
1985	63.694	27.405	36.289	3.183	1.516	5.610	2.320	1.756	10.203
1986	65.608	28.039	37.569	3.222	1.544	5.761	2.326	1.798	10.409
1987	67.038	28.447	38.591	3.276	1.576	5.880	2.371	1.826	10.579
1988	68.495	28.923	39.572	3.345	1.627	6.026	2.398	1.890	10.716
1989	69.861	29.336	40.525	3.999	1.689	6.167	2.422	1.980	10.810
1990	71.711	29.834	41.877	3.462	1.789	6.341	2.472	1.970	10.964
1991	74.063	30.471	43.592	3.551	1.907	6.548	2.558	2.030	11.231
1992	77.276	31.332	45.944	3.659	2.059	6.842	2.661	2.151	11.618
1993	85.769	24.945	50.824	3.958	2.394	7.439	2.877	2.407	12.532

Neue Bundesländer									
Jahr	Ärzte insgesamt	Allgemein/ Praktische Ärzte	Ärzte mit Gebiets- bezeich- nung						
				Augen- ärzte	Chirurgen	Frauen- ärzte	HNO- ärzte	Haut- ärzte	Inter- nisten
1990 ¹	17.100	8.410	8.690	630	750	965	495	565	1.756
1991	17.558	8.588	8.970	808	610	1.305	637	539	1.955
1992	17.607	8.360	9.247	832	618	1.432	643	554	2.001
1993	18.787	8.703	10.084	889	714	1.531	701	583	2.193

SVRKAiG 1994

¹ Angaben für 1990 teilweise von KBV geschätzt.

Quelle: KBV.

Tabelle T 500: Fortsetzung alte Bundesländer

Jahr	Kinder- ärzte	Labor- ärzte	Nerven- ärzte	psychotherap. tätige Ärzte ¹	Orthopäden	Radio- logen	Uro- logen	Sonstige Ärzte ²
1970	2.003	155	901	-	1.139	878	529	667
1971	2.067	166	925	-	1.173	896	549	646
1972	2.103	173	969	-	1.261	947	600	624
1973	2.187	184	996	-	1.314	966	654	634
1974	2.299	179	1.044	-	1.439	979	734	662
1975	2.406	187	1.096	-	1.573	988	833	627
1976	2.549	196	1.155	-	1.672	1.029	940	630
1977	2.654	204	1.229	-	1.785	1.080	1.005	641
1978	2.729	216	1.311	-	1.907	1.108	1.107	646
1979	2.789	231	1.396	-	2.009	1.130	1.162	666
1980	2.835	234	1.463	-	2.102	1.129	1.208	687
1981	2.929	249	1.557	-	2.205	1.142	1.236	700
1982	2.993	263	1.648	-	2.297	1.155	1.269	723
1983	3.054	278	1.761	-	2.388	1.144	1.305	762
1984	3.149	300	1.911	-	2.508	1.185	1.350	827
1985	3.204	304	2.054	53	2.604	1.216	1.386	880
1986	3.260	320	2.256	332	2.696	1.242	1.429	974
1987	3.300	332	2.360	487	2.805	1.255	1.468	1.076
1988	3.347	345	2.494	608	2.869	1.252	1.495	1.160
1989	3.373	354	2.633	722	2.983	1.260	1.527	606
1990	3.470	364	2.774	839	3.135	1.298	1.578	1.421
1991	3.603	392	2.924	992	3.261	1.343	1.648	1.604
1992	3.799	426	3.121	1.330	3.456	1.467	1.730	1.825
1993	4.167	467	3.555	1.445	3.823	1.698	1.879	2.183

Fortsetzung neue Bundesländer

Jahr	Kinder- ärzte	Labor- ärzte	Nerven- ärzte	psychotherap. tätige Ärzte ¹	Orthopäden	Radio- logen	Uro- logen	Sonstige Ärzte ²
1990 ³	1.658	125	457	-	325	141	166	657
1991	1.520	25	493	-	448	170	254	206
1992	1.385	32	497	-	465	220	288	233
1993	1.352	47	590	20	540	242	329	353

SVRKAiG 1994

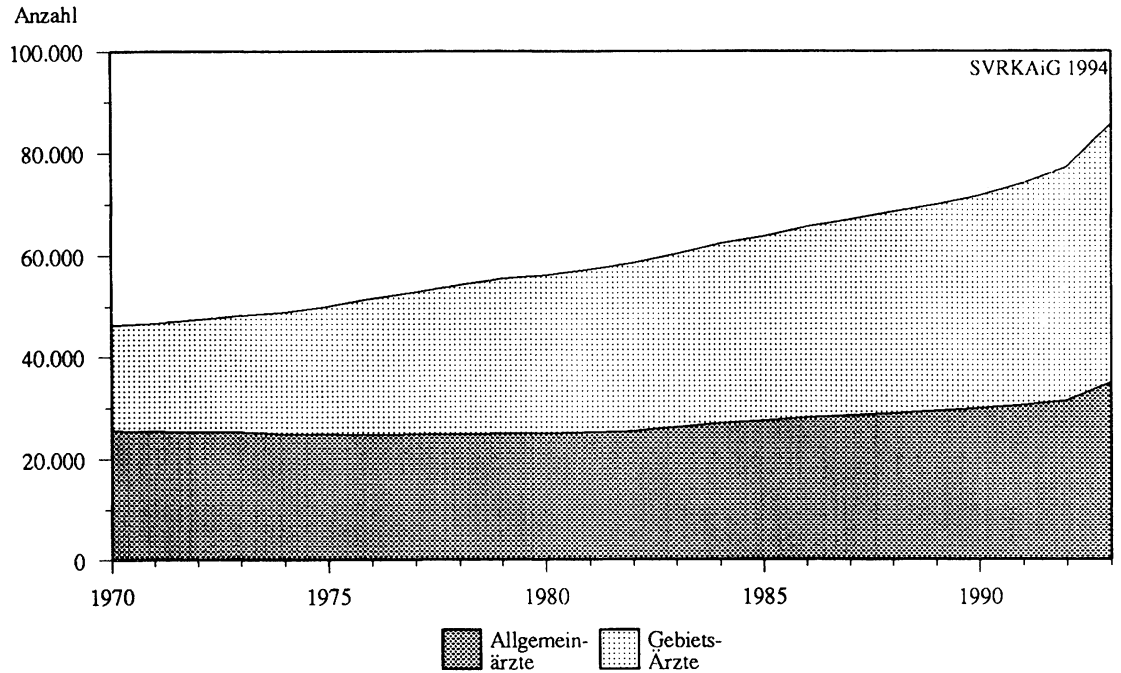
¹ Ab 1985 wird die Zahl der Nervenärzte und der psychotherapeutisch tätigen Ärzten getrennt erfaßt.

² Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Lungenärzte, Mund- und Kieferchirurgen, Pathologen, Nuklearmediziner, Neurochirurgen, Pharmakologen, Arbeitsmediziner, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Rechtsmediziner.

³ Angaben für 1990 teilweise von KBV geschätzt.

Quelle: KBV.

Graphik G 500a: Zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, alte Bundesländer



Graphik G 500b: Zuwachs an niedergelassenen Ärzten gegenüber dem Vorjahr in %, alte Bundesländer

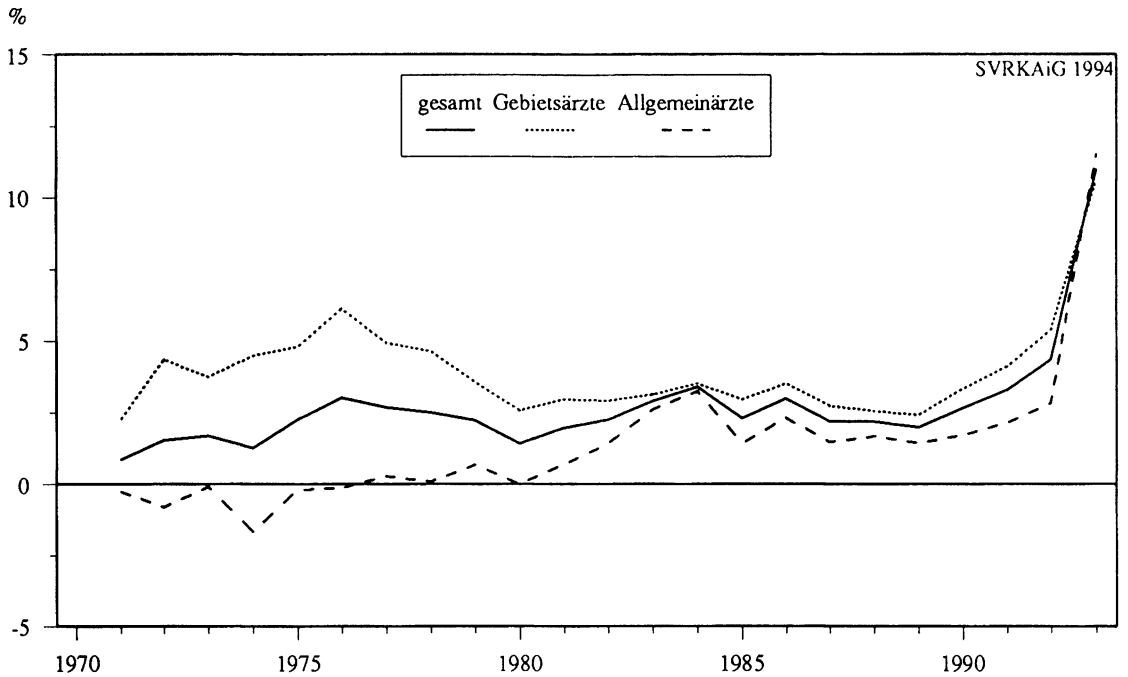


Tabelle T 501: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie Belegärzte¹ und Belegbetten¹

Alte Bundesländer

Jahr	Teilnehmende Ärzte				Belegärzte	Belegbetten
		zugelassen	beteiligt ³	ermächtigt ²		
1970	49.504	46.302	2.651	551	-	-
1971	50.018	46.699	2.719	600	-	-
1972	51.494	47.418	2.977	1.099	-	-
1973	53.129	48.219	3.110	1.800	-	-
1974	55.112	48.828	3.282	3.002	-	-
1975	56.825	49.928	3.497	3.400	-	-
1976	59.131	51.435	3.695	4.001	5.058	63.745
1977	61.062	52.820	3.789	4.453	5.133	64.181
1978	63.016	54.144	3.911	4.961	5.145	63.867
1979	64.756	55.357	3.994	5.405	5.482	66.088
1980	65.789	56.138	4.042	5.609	5.480	66.775
1981	67.003	57.232	4.076	5.695	5.433	64.013
1982	68.296	58.522	4.084	5.960	5.341	61.163
1983	69.955	60.221	4.052	5.682	5.429	60.505
1984	71.988	62.271	4.067	5.650	5.450	60.289
1985	73.326	63.694	4.023	5.609	5.473	59.091
1986	74.817	65.608	3.989	5.220	5.515	58.564
1987	75.999	67.038	3.940	5.021	5.514	57.913
1988	77.446	68.495	3.891	5.060	5.528	56.689
1989	78.704	69.861	3.388	5.455	5.505	55.410
1990	80.590	71.711	2.542	6.337	5.551	54.974
1991	82.958	74.063	1.876	7.019	5.564	54.876
1992	86.210	77.276	-	8.934	5.548	54.758
1993	94.742	85.769	-	8.973	5.926	58.182

Neue Bundesländer

Jahr	Teilnehmende Ärzte				Belegärzte	Belegbetten
		zugelassen	beteiligt ³	ermächtigt		
1990	-	17.100	-	-	-	-
1991	19.370	17.558	-	1.812	-	-
1992	19.668	17.607	-	2.061	-	-
1993	20.727	18.787	-	1.940	-	-

SVRKAiG 1994

¹ Werte bis 1975, die auf Umfrage bei den KVen zur belegärztlichen Tätigkeit basieren, sind nicht aufgeführt.

² Angaben für 1970 - 1977 beruhen auf Schätzungen.

³ Aufgehoben durch Gesetz vom 20.12.88 (BGBl I S. 2477).

Quelle: KBV.

Tabelle T 502: Zahl der Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit einschl. beteiligter Ärzte

Alte Bundesländer

Jahr	Abrechnungsfälle insgesamt ¹		OKK, BKK, IKK und Bundesknappschaft		Ersatzkassen	
	in 1.000	Veränderung zum Vorjahr	in 1.000	Veränderung zum Vorjahr	in 1.000	Veränderung zum Vorjahr
		in %		in %		in %
1970	187.405	-	132.851	-	47.922	-
1971	200.444	7,0	140.291	5,6	54.985	14,7
1972	209.991	4,8	145.332	3,6	60.183	9,5
1973	224.163	6,6	154.678	6,4	64.870	7,8
1974	236.596	5,6	161.657	4,5	70.175	8,2
1975	242.924	2,7	163.599	1,2	73.991	5,4
1976	249.384	2,7	168.203	2,8	76.428	3,3
1977	250.679	0,5	167.953	- 0,2	77.772	1,8
1978	258.641	3,2	172.469	2,7	81.214	4,4
1979	262.908	1,7	174.371	1,1	83.600	2,9
1980	269.273	2,4	177.182	1,6	87.284	4,4
1981	273.889	1,7	178.229	0,6	90.740	4,0
1982	273.427	- 0,2	176.361	- 1,1	92.071	1,5
1983	274.363	0,3	175.443	- 0,5	93.876	2,0
1984	280.200	2,1	177.732	1,3	96.735	3,1
1985	285.393	1,9	180.046	1,3	99.122	2,5
1986	293.672	2,9	183.926	2,2	103.026	3,9
1987	284.763 ²	-	180.578	-	104.185	-
1988	303.225 ²	6,5	189.962	5,2	113.263	8,7
1989	305.398	0,7	190.296	0,2	115.103	1,6
1990	320.828	5,1	199.441	4,8	121.387	5,5
1991	334.986	4,4	206.391	3,5	128.594	5,9
1992	347.624	3,8	211.626	2,5	135.998	5,8
1993 ³	-	-	-	-	153.181	12,6

Neue Bundesländer

Jahr	Abrechnungsfälle insgesamt ¹		OKK, BKK, IKK und Bundesknappschaft		Ersatzkassen	
	in 1.000	Veränderung zum Vorjahr	in 1.000	Veränderung zum Vorjahr	in 1.000	Veränderung zum Vorjahr
		in %		in %		in %
1991	57.717	-	40.730	-	16.987	-
1992	85.942	48,9	57.669	41,6	28.272	60,1
1993 ³	-	-	-	-	32.598	15,3

SVRKAiG 1994

¹ GKV und andere Kostenträger.

² Ab 1987 ohne besondere Kostenträger.

³ Für die OKK, BKK, IKK und die BuKn wird der Rechnungsabschluß für das Jahr 1993 erst im Juni 1994 durchgeführt.

Quelle: KBV.

Tabelle T 503: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der weiblichen Berechtigten, alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK, SKK BuKn ¹	EAR	EAN
1972	26,5	17,7	25,1	23,8	17,4	36,9	52,1
1973	-	20,5	27,9	29,7	26,0	-	-
1974	31,4	23,8	27,4	38,0	32,2	64,4	49,5
1975	35,1	29,2	28,6	39,1	28,2	65,3	52,3
1976	35,3	27,8	32,3	40,0	30,5	57,7	52,7
1977	35,7	28,3	32,3	38,5	31,1	61,4	52,2
1978	35,0	26,9	36,1	40,1	26,4	59,6	50,8
1979	33,6	26,7	33,4	45,1	25,2	54,9	46,4
1980	32,1	25,6	28,0	31,0	26,0	53,9	46,6
1981	31,2	25,5	31,1	33,4	26,3	43,2	38,6
1982	30,6	24,9	31,1	33,5	25,6	42,6	37,6
1983	30,9	24,7	32,5	36,6	25,3	42,5	37,4
1984	29,9	24,0	32,0	34,5	24,5	38,6	36,3
1985	31,1	24,7	33,7	33,7	24,9	40,1	38,7
1986	29,9	23,5	29,9	28,5	21,6	38,3	39,7
1987	32,6	27,1	35,6	29,8	23,0	37,0	39,9
1988	33,5	26,9	41,5	36,7	25,2	39,1	43,2
1989	34,4	27,3	43,1	37,1	25,7	43,6	40,4
1990	34,0	27,4	48,1	37,6	28,6	43,0	37,5
1991	34,3	28,1	44,8	25,5	29,5	43,1	39,4

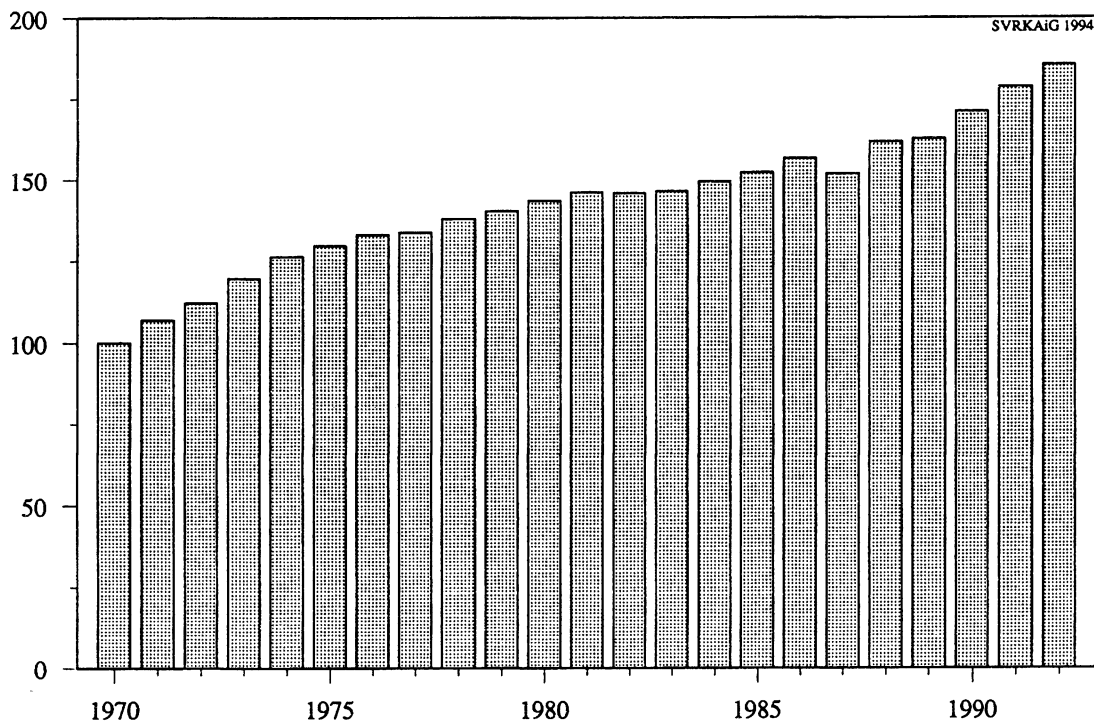
SVRKAiG 1994

¹ Ungewichteter Durchschnitt.

Quelle: BMJFFG, KBV.

Graphik G 502: Zahl der Abrechnungsfälle aus kassenärztlicher Tätigkeit einschl. beteiligter Ärzte, alte Bundesländer

Index 1970 = 100



Graphik G 503: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der GKV in % der weiblichen Berechtigten, alte Bundesländer

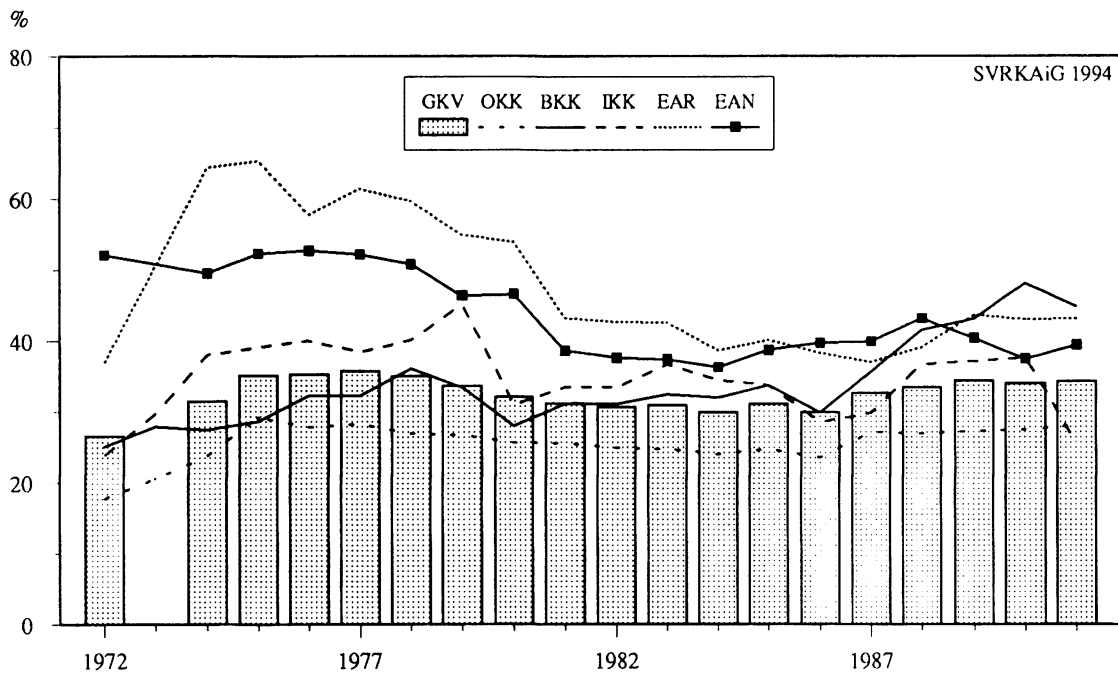


Tabelle T 504: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der männlichen Berechtigten, alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	LKK, SKK BuKn ¹	EAR	EAN
1972	10,8	8,1	10,2	7,7	6,3	14,2	22,5
1973	12,7	9,7	11,0	9,9	9,3	17,8	24,2
1974	14,4	11,7	11,8	14,8	11,4	19,7	24,9
1975	16,6	13,9	16,4	13,7	11,1	20,2	26,4
1976	16,1	12,8	17,8	11,4	14,3	20,3	26,1
1977	18,1	15,0	18,4	15,9	14,1	24,8	27,8
1978	17,3	13,6	18,9	18,9	13,4	24,1	26,6
1979	15,7	13,1	16,7	16,1	15,9	17,8	21,7
1980	13,4	10,5	12,8	13,9	8,9	17,4	21,8
1981	14,8	12,8	13,6	14,4	11,4	16,2	21,3
1982	13,9	11,8	12,9	15,3	11,0	14,7	19,6
1983	13,3	10,9	13,0	9,3	10,3	16,5	18,7
1984	10,9	7,5	13,6	11,7	10,1	15,1	17,8
1985	11,1	7,8	14,6	10,7	8,6	15,6	17,7
1986	10,9	7,4	15,0	10,8	7,9	15,8	18,1
1987	11,5	8,0	15,5	11,5	8,5	16,4	18,0
1988	14,1	12,0	16,3	9,9	8,7	16,8	18,2
1989	13,6	11,1	15,4	8,5	9,1	15,3	18,6
1990	14,1	14,7	13,2	11,8	9,9	18,5	14,6
1991	14,8	15,5	14,2	14,7	9,9	13,0	15,3

SVRKAiG 1994

¹ Ungewichteter Durchschnitt.

Quelle: BMJFFG, KBV.

Tabelle T 505: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in % der Berechtigten, alte Bundesländer

Jahr	Inanspruchnahme insgesamt	U1	U2	U3	U4
1972	53,6	66,9 ¹	-	-	-
1973	61,1	-	-	-	-
1974	64,3	-	-	-	-
1975	68,1	-	-	-	-
1976	74,0	80,5 ³	86,8 ³	87,8 ³	77,8 ³
1977	76,1	79,7	88,7	90,9	85,0
1978	79,1	81,6	88,2	90,5	84,9
1979	81,8	82,9	91,3	94,3	88,7
1980	84,0	85,2	93,8	94,3	90,5
1981	85,8	81,5	100,0	94,8	92,4
1982	87,7 ⁴	21,3	31,0	94,7	94,9
1983	88,7 ⁴	19,4	27,9	96,1	97,4
1984	89,8 ⁴	19,7	27,1	96,7	96,6
1985	91,3 ⁴	-	-	97,9	98,2
1986	89,2 ⁴	-	-	95,5	94,8
1987	92,5 ⁴	-	-	98,5	99,4
1988	91,8 ⁴	-	-	98,3	97,1
1989	92,6 ⁴	-	-	98,7	98,7
1990	92,3 ⁵	-	-	98,2	96,4
1991	94,1 ⁵	-	-	98,4	99,3

SVRKAIG 1994

- 1 Das Ergebnis beinhaltet die Inanspruchnahme der Untersuchungen U1 bis U5.
- 2 Das Ergebnis beinhaltet die Inanspruchnahme der Untersuchungen U6 bis U7.
- 3 Ohne Betriebskrankenkassen und Bundesknappschaft.
- 4 Wegen der geringen Aussagefähigkeit der Ergebnisse für die Untersuchungen U1 und U2 (ab 01.01.1982 unzureichende Datenbasis) wurden diese Werte bei der Durchschnittsberechnung nicht berücksichtigt.
- 5 Durchschnitt U3 bis U8, U9 erst seit 1989.

Quelle: AOK Bundesverband, KBV.

Tabelle T 505: Fortsetzung

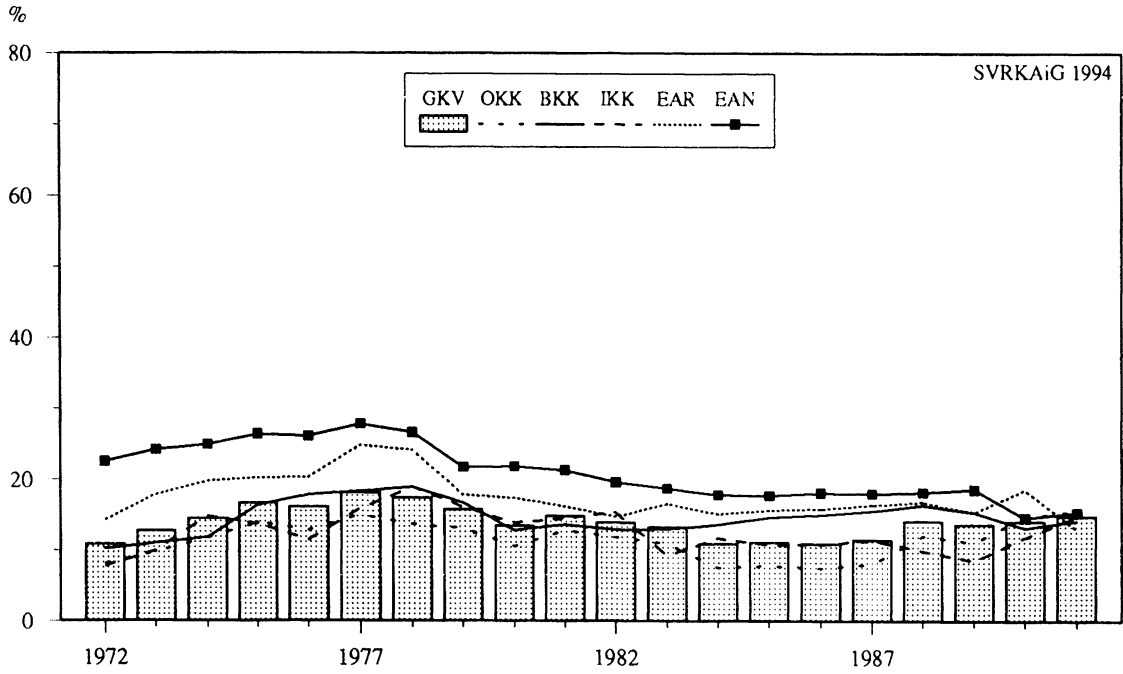
Jahr	U5	U6	U7	U8	U9 ⁵
1972	-	25,1 ²	-	-	-
1973	-	-	-	-	-
1974	-	-	-	-	-
1975	-	-	-	-	-
1976	70,8 ³	62,9 ³	54,0 ³	-	-
1977	78,9	77,3	62,0	50,3	-
1978	82,2	79,8	70,0	56,6	-
1979	84,5	82,8	73,7	57,9	-
1980	85,1	79,9	75,7	66,2	-
1981	88,4	85,3	73,3	68,8	-
1982	92,1	89,6	80,4	73,6	-
1983	95,4	93,5	81,8	69,0	-
1984	94,6	93,0	86,1	73,1	-
1985	95,9	93,4	87,7	76,1	-
1986	91,2	87,5	85,5	80,1	-
1987	96,8	92,9	84,4	81,7	-
1988	95,1	90,9	87,4	80,2	-
1989	97,3	96,7	85,6	77,6	-
1990	93,9	91,1	92,1	81,8	62,8
1991	98,5	96,6	88,3	82,8	63,0

SVRKAIG 1994

- 1 Das Ergebnis beinhaltet die Inanspruchnahme der Untersuchungen U1 bis U5.
- 2 Das Ergebnis beinhaltet die Inanspruchnahme der Untersuchungen U6 bis U7.
- 3 Ohne Betriebskrankenkassen und Bundesknappschaft.
- 4 Wegen der geringen Aussagefähigkeit der Ergebnisse für die Untersuchungen U1 und U2 (ab 01.01.1982 unzureichende Datenbasis), wurden diese Werte bei der Durchschnittsberechnung nicht berücksichtigt.
- 5 Seit 1989.

Quelle: AOK Bundesverband, KBV.

Graphik G 504: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in % der männlichen Berechtigten, alte Bundesländer



Graphik G 505: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in % der Berechtigten, alte Bundesländer

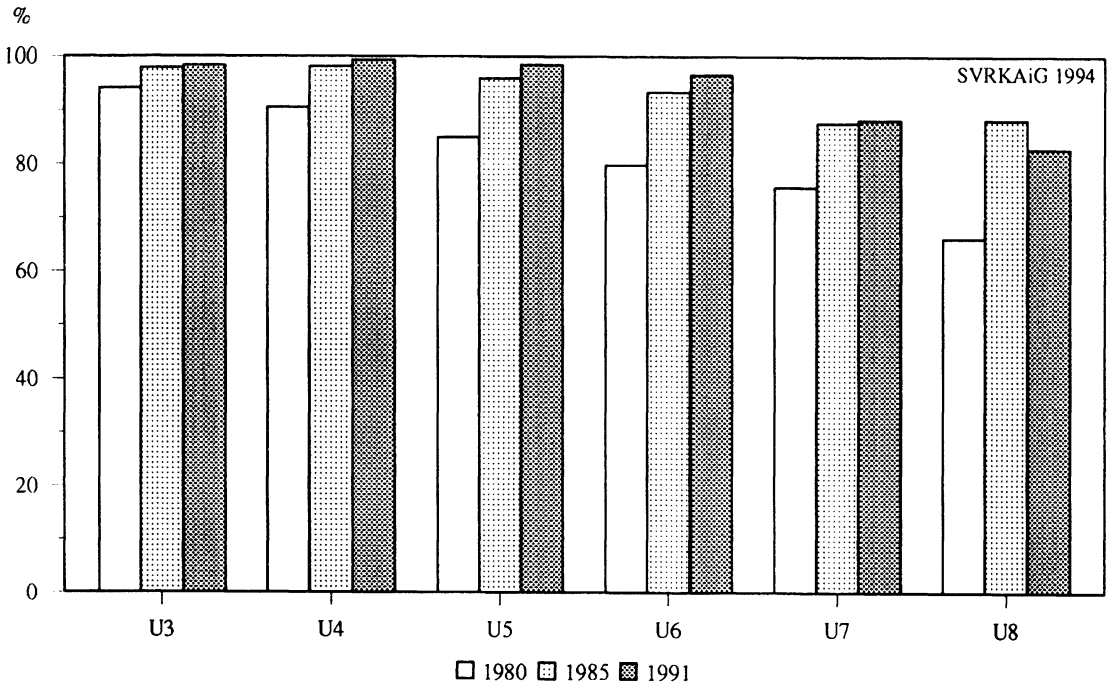


Tabelle T 506: Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung in der GKV in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAN	EAR
1970	5.458	2.645	779	214	-	-
1971	6.809	3.240	969	272	-	-
1972	7.584	3.546	1.060	307	-	-
1973	8.602	3.902	1.173	348	2.531	100
1974	9.930	4.489	1.350	401	2.949	117
1975	11.259	4.965	1.500	448	3.521	134
1976	11.924	5.233	1.578	473	3.744	140
1977	12.489	5.493	1.632	501	3.943	150
1978	13.194	5.801	1.723	546	4.161	161
1979	14.123	6.168	1.829	591	4.513	175
1980	15.358	6.613	1.962	633	5.048	198
1981	16.491	7.035	2.079	680	5.518	219
1982	16.917	7.176	2.111	701	5.697	234
1983	17.763	7.479	2.169	735	6.098	254
1984	18.924	7.959	2.300	791	6.551	277
1985	19.660	8.261	2.372	817	6.830	296
1986	20.295	8.433	2.474	823	7.150	318
1987	20.966	8.673	2.542	857	7.459	338
1988	21.650	8.895	2.603	890	7.797	369
1989	22.652	9.230	2.728	942	8.221	396
1990	24.371	9.900	2.960	1.028	8.883	437
1991	26.737	10.876	3.261	1.144	9.763	488
1992	28.935	11.876	3.478	1.235	10.727	548
1993 ¹	30.077	11.771	3.616	1.322	11.411	596

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAN	EAR
1991	3.334	2.072	205	57	874	11
1992	4.448	2.571	354	98	1.259	14
1993 ¹	5.237	2.936	410	157	1.542	16

SVRKAiG 1994

¹ 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA.

Tabelle T 507: Jährliche Veränderung der Ausgaben für ambulante Behandlung nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAN	EAR
1970	-	-	-	-	-	-
1971	24,8	22,5	24,4	27,1	-	-
1972	11,4	9,4	9,4	12,9	-	-
1973	13,4	10,0	10,7	13,4	-	-
1974	15,4	15,0	15,1	15,2	16,5	17,2
1975	13,4	10,6	11,1	11,7	19,4	14,5
1976	5,9	5,4	5,2	5,6	6,3	4,3
1977	4,7	5,0	3,4	5,9	5,3	7,0
1978	5,6	5,6	5,6	9,0	5,5	7,4
1979	7,0	6,3	6,2	8,2	8,5	8,8
1980	8,7	7,2	7,3	7,1	11,9	13,3
1981	7,4	6,4	6,0	7,4	9,3	10,4
1982	2,6	2,0	1,5	3,1	3,3	6,9
1983	5,0	4,2	2,7	4,9	7,0	8,5
1984	6,4	6,4	6,0	7,6	7,4	9,2
1985	3,9	3,8	3,1	3,3	4,3	7,0
1986	3,2	2,1	4,3	0,7	4,7	7,3
1987	3,3	2,8	2,7	4,1	4,3	6,3
1988	3,3	2,6	2,4	3,7	4,5	9,2
1989	4,6	3,8	4,8	5,9	5,5	7,2
1990	7,6	7,3	8,5	9,2	8,1	10,4
1991	9,7	9,9	10,2	11,2	9,9	11,8
1992	10,7	9,1	9,6	11,8	9,9	12,1
1993 ¹	3,5	1,2	2,9	5,9	6,1	8,3

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EAN	EAR
1992	33,4	24,1	72,9	72,4	29,2	44,1
1993 ¹	16,4	15,2	3,3	56,6	20,3	- 0,5

SVRKAiG 1994

¹ 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA.

Tabelle T 508: Durch den niedergelassenen Arzt veranlaßte Ausgaben in Mrd. DM

Alte Bundesländer

Jahr	Veranlaßte Ausgaben insgesamt	Arzneimittel	Heil- u. Hilfsmittel	Lohnfortzahlung	Krankengeld	Stationäre Behandlung ¹	selbsterbrachte amb. Behandlung	Selbsterbrachte u. veranlaßte Ausgaben in % der Ausgaben für amb. Behand.
1970	23,6	4,2	0,7	13,2	2,5	3,0	5,5	529,1
1971	26,5	5,0	0,9	13,7	3,0	3,9	6,8	489,7
1972	31,8	5,8	1,2	16,7	3,4	4,7	7,6	518,4
1973	36,2	6,8	1,6	18,0	3,9	5,9	8,6	520,9
1974	39,9	7,9	2,1	18,0	4,3	7,6	9,9	503,0
1975	42,5	8,9	2,6	17,5	4,7	8,8	11,3	476,1
1976	45,1	9,6	3,1	18,0	4,7	9,7	11,9	479,0
1977	47,8	9,8	3,3	19,5	4,9	10,3	12,5	482,4
1978	54,9	10,7	3,8	24,1	5,3	11,0	13,2	515,9
1979	59,2	11,4	4,4	25,8	5,9	11,7	14,1	519,9
1980	64,1	12,6	4,9	27,2	6,7	12,8	15,4	516,2
1981	65,9	13,6	5,3	26,9	6,4	13,7	16,5	499,4
1982	62,9	13,8	5,0	23,4	5,9	14,8	16,9	472,2
1983	64,5	14,5	5,2	23,5	5,8	15,5	17,8	462,4
1984	69,5	15,5	6,1	25,0	6,3	16,6	18,9	467,7
1985	73,0	16,6	6,5	26,0	6,4	17,5	19,7	470,6
1986	78,5	17,6	7,2	28,0	6,9	18,8	20,3	486,7
1987	82,9	18,9	7,8	29,1	7,4	19,7	21,0	494,8
1988	87,6	20,4	8,9	30,2	7,8	20,3	21,6	505,6
1989	87,8	20,2	7,8	31,6	7,8	20,4	22,7	486,8
1990	95,4	21,8	8,4	33,2	9,7	22,3	24,4	491,0
1991	110,9	24,5	9,7	40,7	11,4	24,6	26,7	515,4
1992	120,1	27,1	10,8	42,9	12,3	27,0	28,9	515,6

Neue Bundesländer

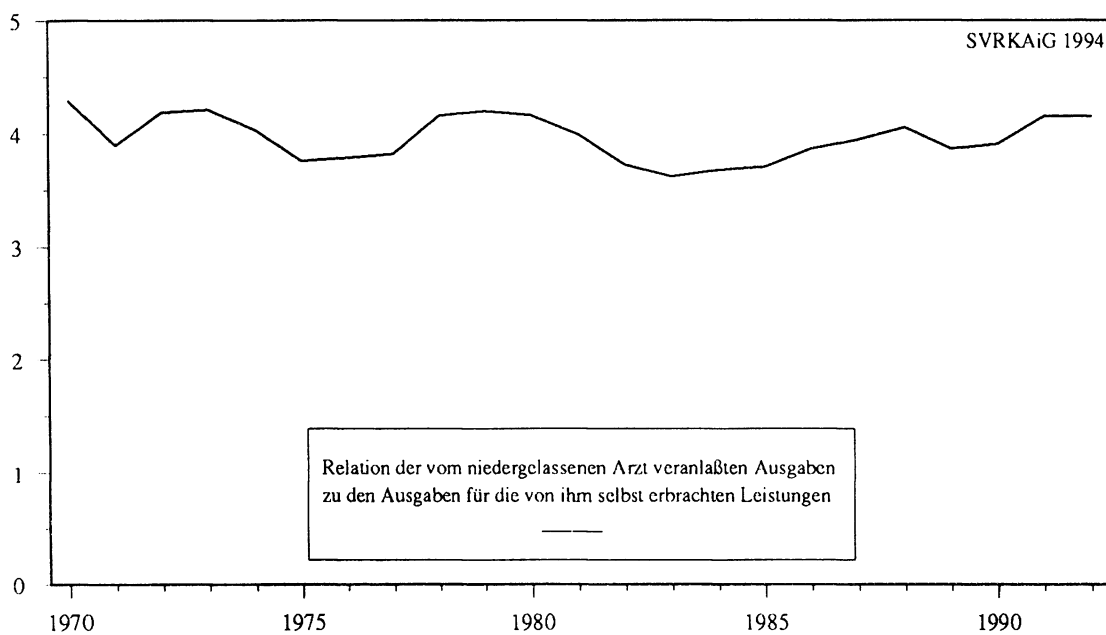
Jahr	Veranlaßte Ausgaben insgesamt	Arzneimittel	Heil- u. Hilfsmittel	Lohnfortzahlung	Krankengeld	Stationäre Behandlung ¹	selbsterbrachte amb. Behandlung	Selbsterbrachte u. veranlaßte Ausgaben in % der Ausgaben für amb. Behand.
1991	14,5	4,0	1,1	4,4	1,0	4,0	3,3	539,4
1992	19,8	5,5	1,8	5,5	1,8	5,2	4,5	540,0

SVRKAiG 1994

¹ Die Ausgaben für stationäre Behandlung werden in dieser Berechnung nur zur Hälfte angesetzt, da die Überweisungen in Krankenhäuser nicht nur durch niedergelassene Ärzte erfolgen (JG 1988 Tabelle 28).

Quelle: BMA, StBA und eigene Berechnungen.

Graphik G 508: Durch den niedergelassenen Arzt veranlaßte Ausgaben, alte Bundesländer



5.2. Stationäre Versorgung

Tabelle T 520: Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach ausgewählten Berufen

Alte Bundesländer

Jahr	Insgesamt	darunter						
		Ärzte	Pflegepersonal	Apothekenpersonal	Medizinisch-technische Berufe	Verwaltungspersonal	Wirtschaftspersonal	Auszubildende
1970	547.283	46.550	175.183	2.702	23.627	37.180	176.040	52.960
1971	584.617	50.121	190.750	3.211	25.693	39.996	182.962	57.051
1972	611.799	52.827	204.450	3.254	27.948	42.347	186.392	58.160
1973	643.622	55.749	218.066	3.494	30.097	45.534	189.444	62.117
1974	687.816	58.430	238.312	3.890	32.716	48.326	194.668	69.893
1975	706.041	60.635	245.278	3.886	35.002	49.536	194.535	74.338
1976	702.242	62.301	247.642	3.832	35.674	49.776	187.195	73.432
1977	709.387	63.808	251.860	4.219	39.307	50.536	184.859	69.911
1978	721.874	67.215	260.341	4.513	40.590	52.082	183.845	68.526
1979	742.161	70.038	269.851	4.531	42.511	53.966	185.260	69.584
1980	765.641	72.540	281.651	4.596	43.930	55.806	186.028	71.920
1981 ¹	775.135	74.656	285.293	4.570	45.829	56.374	183.602	74.342
1982 ¹	781.941	75.609	288.500	4.616	52.555	57.033	177.405	75.496
1983	788.593	78.154	294.969	5.091	47.038	58.150	175.320	77.616
1984	797.258	80.627	300.081	4.779	44.178	61.418	174.720	79.442
1985	814.938	83.082	308.406	4.290	45.451	62.405	175.783	81.186
1986	829.549	85.238	315.090	4.673	46.441	63.205	176.940	80.344
1987	842.815	87.515	323.212	4.728	46.975	64.742	177.635	77.265
1988	856.759	89.698	331.704	4.785	48.290	66.644	178.599	74.084
1989	878.012	91.895	345.269	4.951	49.879	68.744	179.902	72.924
1990 ²	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	1.002.400	85.368	339.790	4.966	38.401	62.074	182.505	74.726
1992	1.028.682	87.477	352.110	5.133	39.537	63.758	183.057	74.054

Neue Bundesländer

Jahr	Insgesamt	darunter						
		Ärzte	Pflegepersonal	Apothekenpersonal	Medizinisch-technische Berufe	Verwaltungspersonal	Wirtschaftspersonal	Auszubildende
1991	206.608	19.055	64.549	1.966	13.438	16.468	34.798	15.342
1992	197.414	17.446	63.297	1.689	12.484	15.406	30.709	14.152

SVRKAiG 1994

¹ Ohne Personal der 17 psychiatrischen Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

² Keine Erhebung, da die Daten zur Personalausstattung nach der am 10.04.1990 in Kraft getretenen Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) erstmals wieder 1991 erhoben wurden.

Quelle: StBA.

Tabelle T 521: Pflegepersonal und geburtshilfliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Alte Bundesländer

Jahr	Pflegepersonal insgesamt	darunter					Hebammen und Wochenpflegerinnen	Pflege- u. geburtshilfliches Personal in Ausbildung
		Krankenschwestern bzw. Pfleger	Kinderkrankenschwestern bzw. Pfleger	Krankenpfleger/innen	Säuglings- und Kinderpfleger/innen	sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung		
1970	175.183	106.745	14.096	20.318	2.439	31.585	6.205	52.830
1971	190.750	114.344	14.990	24.646	2.572	34.198	6.196	56.916
1972	204.450	120.437	15.910	29.524	2.748	35.831	6.008	58.076
1973	218.066	128.100	16.955	33.046	2.604	37.361	5.886	62.044
1974	238.312	138.973	18.461	37.829	2.919	40.130	5.807	69.733
1975	245.278	144.207	19.250	40.840	2.990	37.991	5.567	74.222
1976	247.642	149.373	19.861	41.223	2.723	34.462	5.529	73.229
1977	251.860	155.931	20.413	41.576	2.428	31.512	5.431	69.697
1978	260.341	165.085	21.793	40.539	2.331	30.593	5.431	68.338
1979	269.851	173.609	22.569	40.274	2.112	31.287	5.412	69.363
1980	281.651	182.797	23.163	40.563	2.047	33.081	5.475	71.677
1981 ¹	285.293	187.520	23.519	39.262	1.757	33.235	5.581	74.120
1982 ¹	288.500	194.844	24.194	38.094	1.539	29.829	5.642	75.225
1983	294.969	203.668	24.305	37.971	1.432	27.593	5.766	77.335
1984	300.081	212.306	24.592	36.618	1.161	25.404	5.788	79.130
1985	308.406	223.148	25.481	35.236	1.029	23.512	5.719	80.896
1986	315.090	231.454	26.057	33.478	1.026	23.075	5.846	80.103
1987	323.212	240.428	26.995	32.024	1.010	22.755	5.967	77.025
1988	331.704	248.859	27.746	31.003	922	23.174	6.095	73.867
1989	345.269	260.189	28.679	31.058	893	24.432	6.285	72.689
1990 ²	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	339.790	245.102	30.511	31.166	-	33.011	6.838	67.198
1992	352.110	255.518	31.361	31.494	-	33.737	7.173	66.798

Neue Bundesländer

Jahr	Pflegepersonal insgesamt	darunter					Hebammen und Wochenpflegerinnen	Pflege- u. geburtshilfliches Personal in Ausbildung
		Krankenschwestern bzw. Pfleger	Kinderkrankenschwestern bzw. Pfleger	Krankenpfleger/innen	Säuglings- und Kinderpfleger/innen	sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung		
1991	64.549	48.248	9.662	3.264	-	3.375	1.988	13.536
1992	63.297	48.545	8.520	3.179	-	3.053	1.639	13.099

SVRKAiG 1994

¹ Ohne Personal der 17 psychiatrischen Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

² Siehe Fußnote 2 von Tabelle T 520.

Quelle: StBA.

Tabelle T 522: Ärzte nach Funktion in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Alte Bundesländer

Jahr	Ärzte	leitende Ärzte	Ober- ärzte	Assistenz- ärzte	Beleg- ärzte
1970	46.550	6.923	6.146	25.614	6.865
1971	50.121	7.337	6.762	28.358	6.668
1972	52.827	7.674	7.110	30.392	6.508
1973	55.749	7.854	7.754	32.543	6.422
1974	58.430	8.216	8.457	34.368	6.221
1975	60.635	8.575	9.027	35.439	6.174
1976	62.301	8.700	9.499	36.449	6.120
1977	63.808	8.940	9.948	37.314	6.042
1978	67.215	9.176	10.467	39.921	6.061
1979	70.038	9.441	10.882	42.552	5.938
1980	72.540	9.501	11.409	44.583	5.799
1981	74.656	9.542	11.830	46.155	5.818
1982	75.609	9.661	12.018	46.881	5.703
1983	78.154	9.706	12.353	48.688	5.759
1984	80.627	9.936	12.741	50.483	5.680
1985	83.082	10.057	13.102	52.395	5.719
1986	85.238	9.999	13.799	53.935	5.617
1987	87.515	10.060	14.239	55.734	5.632
1988	89.698	10.145	14.891	57.053	5.580
1989	91.895	10.225	15.506	58.457	5.531
1990 ¹	-	-	-	-	-
1991	90.836	10.402	16.631	58.335	5.468
1992	87.477	10.384	16.944	60.149	5.761

Neue Bundesländer

Jahr	Ärzte	leitende Ärzte	Ober- ärzte	Assistenz- ärzte	Beleg- ärzte
1991	19.153	2.614	4.155	12.286	98
1992	17.446	2.443	4.060	10.943	173

SVRKAiG 1994

¹ Siehe Fußnote 2 von Tabelle T 520.

Quelle: StBA.

Tabelle T 523: Zahl der stationären Einrichtungen nach Art der Einrichtung und Trägerschaft¹

Alte Bundesländer

Jahr	stationäre Einrichtungen insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft		
		Akut- kranken- häuser	Sonder- kranken- häuser	Rehabi- litations- einrich- tungen ⁴	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
		1970	3.587	2.441	1.146	1.337	1.270
1971	3.545	2.407	1.138	1.340	1.248	957	
1972	3.519	2.364	1.155	1.322	1.239	958	
1973	3.494	2.329	1.165	1.330	1.217	947	
1974	3.483	2.295	1.188	1.309	1.200	974	
1975	3.481	2.260	1.221	1.297	1.187	997	
1976	3.436	2.216	1.220	1.271	1.159	1.006	
1977	3.416	2.185	1.231	1.258	1.141	1.017	
1978	3.328	2.120	1.208	1.215	1.128	985	
1979	3.286	2.053	1.233	1.195	1.113	978	
1980	3.234	1.991	1.243	1.190	1.097	947	
1981	3.189 ²	1.952	1.237	1.162	1.091	936	
1982	3.130 ²	1.898	1.232	1.143	1.070	917	
1983	3.119	1.868	1.251	1.133	1.069	917	
1984	3.106	1.850	1.256	1.119	1.054	933	
1985	3.098	1.825	1.273	1.104	1.049	945	
1986	3.071	1.801	1.270	1.086	1.044	941	
1987	3.071	1.781	1.290	1.073	1.044	954	
1988	3.069	1.754	1.315	1.059	1.035	975	
1989	3.046	1.735	1.311	1.046	1.021	979	
		Allgemeine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ³	Rehabi- litations- einrich- tungen ⁴	Trägerschaft (nur Allgemeine Krankenhäuser)		
1990	3.092 ⁵	1.818	192	1.063	727	772	319
1991	3.096 ⁶	1.802	194	1.074	714	768	320
1992	3.104 ⁷	1.796	191	1.091	708	765	323

Neue Bundesländer

Jahr	stationäre Einrichtungen insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft ⁸		
		Allgemeine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ³	Rehabi- litations- einrich- tungen ⁴	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
		1990	418	365	27	-	341
1991	496	362	27	107	282	70	10
1992	486	349	19	118	251	80	18

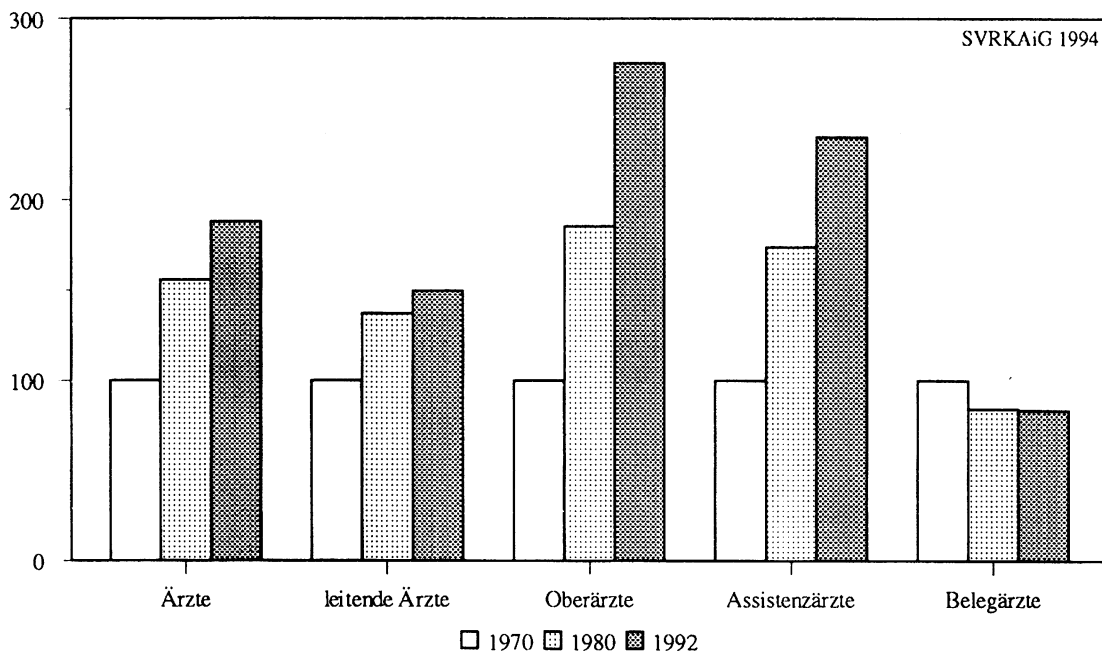
SVRKAiG 1994

- 1 Ab 1990 sind die Zahlenreihen nicht mehr miteinander vergleichbar, da die am 10.04.1990 in Kraft getretene Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) zu einer geänderten Abgrenzung der stationären Einrichtungen geführt hat.
- 2 Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
- 3 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.
- 4 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- 5 Einschließlich 19 reiner Tages- oder Nachtkliniken.
- 6 Einschließlich 26 reiner Tages- oder Nachtkliniken.
- 7 Einschließlich 26 reiner Tages- oder Nachtkliniken.
- 8 Trägerschaft in 1990 auf alle stationären Einrichtungen bezogen; 1991 und 1992 nur Allgemeine Krankenhäuser.

Quelle: StBA.

Graphik G 522: Ärzte nach Funktion in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, alte Bundesländer

Index 1970 = 100



Graphik G 523: Stationären Einrichtungen nach Art der Einrichtung und Trägerschaft in % im Jahre 1992, alte Bundesländer

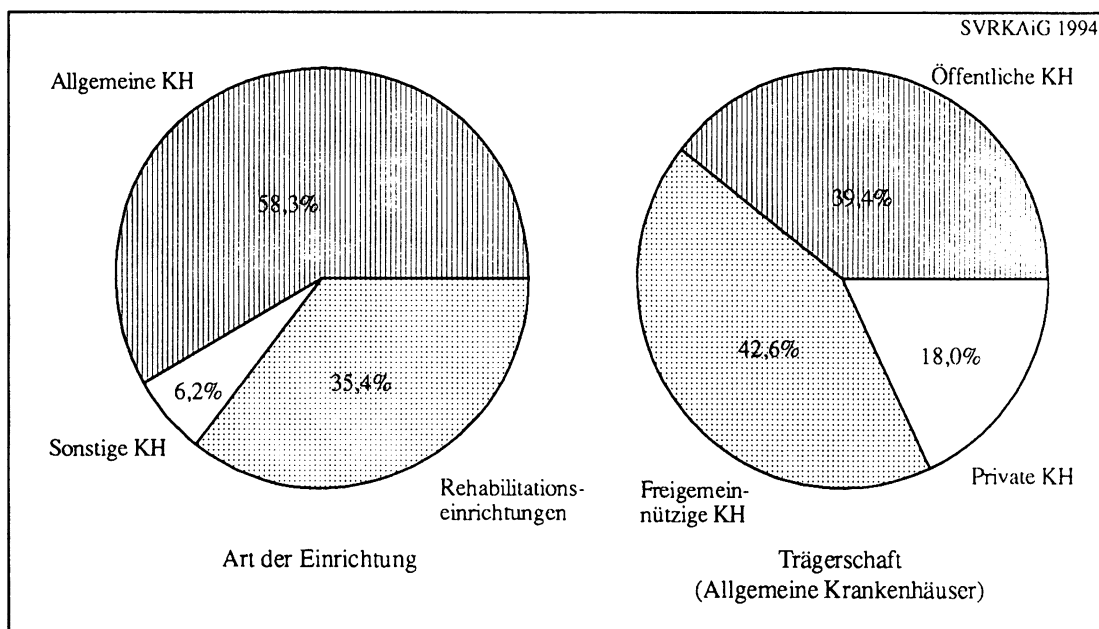


Tabelle T 524: Stationäre Einrichtungen nach Bettenzahl

Alte Bundesländer

Jahr	Kranken- häuser insgesamt	Betten								
		unter 50	50-	100-	150-	200-	300-	400-	600-	über 1000
1970	3.587	929	746	473	359	454	251	194	100	81
1971	3.545	865	714	501	370	463	247	198	101	86
1972	3.519	829	704	499	362	465	261	205	107	87
1973	3.494	784	701	484	376	483	262	201	114	89
1974	3.483	763	678	495	372	499	257	215	115	89
1975	3.481	739	661	487	394	512	259	223	115	91
1976	3.436	721	639	482	400	502	269	217	113	93
1977	3.416	726	614	476	406	498	268	222	117	89
1978	3.328	685	606	453	395	497	260	228	115	89
1979	3.286	654	595	457	386	503	259	225	119	88
1980	3.234	625	588	444	377	499	267	229	118	87
1981	3.189	611	571	449	384	493	255	226	115	85
1982	3.130	600	563	430	375	482	260	223	119	78
1983	3.119	598	569	421	385	463	253	226	128	76
1984	3.106	578	566	439	380	462	253	223	133	72
1985	3.098	583	547	432	387	469	250	234	125	71
1986	3.071	571	534	424	379	475	258	233	126	71
1987	3.071	565	548	417	385	471	258	225	136	66
1988	3.069	565	533	427	382	477	261	228	132	64
1989	3.046	539	538	427	378	476	256	232	125	66
1990 ¹	2.029	307	278	262	236	340	216	212	112	66
1991	2.022	317	275	259	227	342	215	216	109	62
1992	2.013	316	268	258	230	340	216	220	106	59

Neue Bundesländer

Jahr	Kranken- häuser insgesamt	Betten								
		unter 50	50-	100-	150-	200-	300-	400-	600-	über 1000
1991	389	14	41	57	44	68	50	57	32	26
1992	368	11	42	50	38	78	42	57	29	21

SVRKAiG 1994

¹ Ab 1990 ohne Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (vgl. die am 10.04.1990 in Kraft getretene Krankenhausstatistik-Verordnung).

Quelle: StBA.

Tabelle T 525: Zahl der Betten in stationären Einrichtungen¹

Alte Bundesländer

Jahr	Betten insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft		
		Akut- kranken- häuser	Sonder- kranken- häuser	Rehabi- litations- einrich- tungen ⁴	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1970	683.254	457.004	226.250		373.137	249.357	60.760
1971	690.236	465.946	224.290		377.477	251.780	60.979
1972	701.263	475.555	225.708		381.315	255.002	64.946
1973	707.460	481.142	226.318		386.489	253.252	67.719
1974	716.530	486.326	230.204		387.590	253.949	74.991
1975	729.791	489.756	240.035		389.429	257.365	82.997
1976	726.846	489.517	237.329		383.674	256.371	86.801
1977	722.953	487.566	235.387		380.083	255.003	87.687
1978	714.879	484.776	230.103		373.675	253.239	87.965
1979	712.055	478.888	233.167		371.504	252.396	88.155
1980	707.710	476.652	231.058		370.714	248.717	88.279
1981 ²	695.603	473.804	221.799		359.482	247.563	88.558
1982 ²	683.624	466.943	216.681		351.673	244.068	87.883
1983	682.747	463.671	219.076		351.885	242.570	88.292
1984	678.708	463.404	215.304		347.457	240.137	91.114
1985	674.742	462.124	212.186		343.044	237.565	94.133
1986	674.384	461.330	212.638		340.877	237.186	96.321
1987	673.687	459.131	214.093		339.365	235.671	98.651
1988	672.834	456.041	216.315		336.447	233.694	102.693
1989	669.750	452.283	216.989		333.239	230.728	105.783
		Allgemeine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ³	Rehabi- litations- einrich- tungen ⁴	Trägerschaft (nur Allgemeine Krankenhäuser)		
1990	660.735	474.083	54.936	131.716	255.308	196.256	22.519
1991	657.240	468.390	54.304	134.546	252.770	194.406	21.214
1992	657.160	469.039	50.099	138.022	252.136	195.940	21.706

Neue Bundesländer

Jahr	Betten insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft ⁵		
		Allgemeine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ³	Rehabi- litations- einrich- tungen ⁴	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1990	156.957	131.160	12.338	-	133.862	9.376	260
1991	152.497	129.683	13.188	9.626	114.428	12.467	2.788
1992	139.745	122.791	5.066	11.888	103.176	15.940	3.675

SVRKAiG 1994

- 1 Bis 1984 nur planmäßige Betten, 1985: Betten insgesamt = Planbetten und zusätzlich aufgestellte Betten.
- 2 Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
- 3 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.
- 4 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- 5 Trägerschaft in 1990 auf alle stationären Einrichtungen bezogen; 1991 und 1992 nur Allgemeine Krankenhäuser.

Quelle: StBA, DKG.

Tabelle T 526: Pfl egetage in stationären Einrichtungen in 1.000

Alte Bundesländer

Jahr	Pfl egetage insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft		
		Akut- kranken- häuser	Sonder- kranken- häuser	Rehabi- litations- einrich- tungen ³	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1970	220.826	144.849	75.977		121.728	80.827	18.272
1971	222.935	146.613	76.322		122.602	81.590	18.743
1972	224.215	148.073	76.142		122.401	81.593	20.221
1973	223.500	148.855	74.645		122.618	80.356	20.527
1974	224.089	149.267	74.822		121.230	80.487	22.372
1975	221.784	146.278	75.505		118.768	78.479	24.537
1976	219.620	147.291	72.329		117.010	79.027	23.583
1977	218.767	146.982	71.785		115.975	78.684	24.108
1978	219.319	147.599	71.720		115.179	78.841	25.299
1979	219.672	145.393	74.279		114.461	78.432	26.780
1980	219.885	145.361	74.524		113.854	78.170	27.860
1981 ¹	213.719	142.374	71.345		108.882	76.936	27.901
1982 ¹	208.407	141.492	66.916		107.107	75.899	25.401
1983	207.027	141.268	65.759		107.782	75.613	23.632
1984	210.738	143.181	67.557		108.191	75.803	26.744
1985	211.149	143.436	67.714		106.793	75.397	28.960
1986	213.235	144.473	68.762		107.340	75.899	29.996
1987	212.914	143.551	69.363		106.828	75.183	30.902
1988	212.956	142.776	70.180		106.083	74.577	32.297
1989	210.151	140.734	69.419		104.265	73.133	32.752
		Allge- meine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ²	Rehabi- litations- einrich- tungen ³	Trägerschaft (nur Allgemeine Krankenhäuser)		
1990	208.576	149.497	17.750	41.329	79.805	62.537	7.154
1991	207.929	147.300	17.217	43.412	78.744	61.846	6.711
1992	207.618	146.287	15.953	45.378	78.027	61.443	6.818

Neue Bundesländer

Jahr	Pfl egetage insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft Allg. Krankenhäuser		
		Allge- meine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ²	Rehabi- litations- einrich- tungen ³	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1991	41.352	35.342	3.693	2.317	31.179	3.449	714
1992	39.243	34.462	1.325	3.456	28.984	4.445	1.032

SVRKAiG 1994

1 Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

2 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.

3 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Quelle: StBA, DKG.

Tabelle T 527: Stationär behandelte Kranke in 1.000

Alte Bundesländer

Jahr	Stationär behandelte Kranke	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft		
		Akut- kranken- häuser	Sonder- kranken- häuser		öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige häuser	private Kranken- häuser
1970	9.338	8.190	1.147		4.963	3.594	780
1971	9.650	8.466	1.184		5.165	3.688	797
1972	9.829	8.596	1.234		5.278	3.711	840
1973	10.007	8.732	1.215		5.403	3.749	855
1974	10.301	8.962	1.339		5.559	3.820	922
1975	10.427	9.032	1.395		5.622	3.828	976
1976	10.658	9.324	1.334		5.774	3.945	939
1977	10.931	9.558	1.374		5.906	4.038	988
1978	11.233	9.826	1.408		6.050	4.165	1.018
1979	11.352	9.812	1.539		6.077	4.176	1.099
1980	11.596	10.033	1.563		6.234	4.257	1.105
1981 ¹	11.556	9.978	1.578		6.199	4.249	1.108
1982 ¹	11.550	10.102	1.449		6.231	4.312	1.007
1983	11.564	10.200	1.364		6.289	4.337	939
1984	11.860	10.396	1.465		6.384	4.439	1.037
1985	12.155	10.604	1.551		6.506	4.528	1.121
1986	12.601	10.983	1.618		6.525	4.538	1.538
1987	12.869	11.198	1.671		6.908	4.745	1.215
1988	13.227	11.482	1.744		7.077	4.875	1.275
1989	13.372	11.614	1.758		7.157	4.928	1.287
		Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser ²	Rehabilitations- einrichtungen ³	Trägerschaft (nur Allgemeine Krankenhäuser)		
1990 ⁴	12.360	11.122	211	1.297	6.130	4.508	483
1991	12.899	11.273	260 ⁵	1.400	6.277	4.577	469
1992	13.175	11.491	249 ⁵	1.458	6.310	4.687	495

Neue Bundesländer

Jahr	Stationär behandelte Kranke	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft Allg. Krankenhäuser		
		Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser ²	Rehabilitations- einrichtungen ³	öffentliche Krankenhäuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Krankenhäuser
1990	2.444	-	-	-	-	-	-
1991	2.499	2.392	-	73	2.145	203	44
1992	2.633	2.494	-	117	2.126	297	71

SVRKAiG 1994

1 Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

2 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.

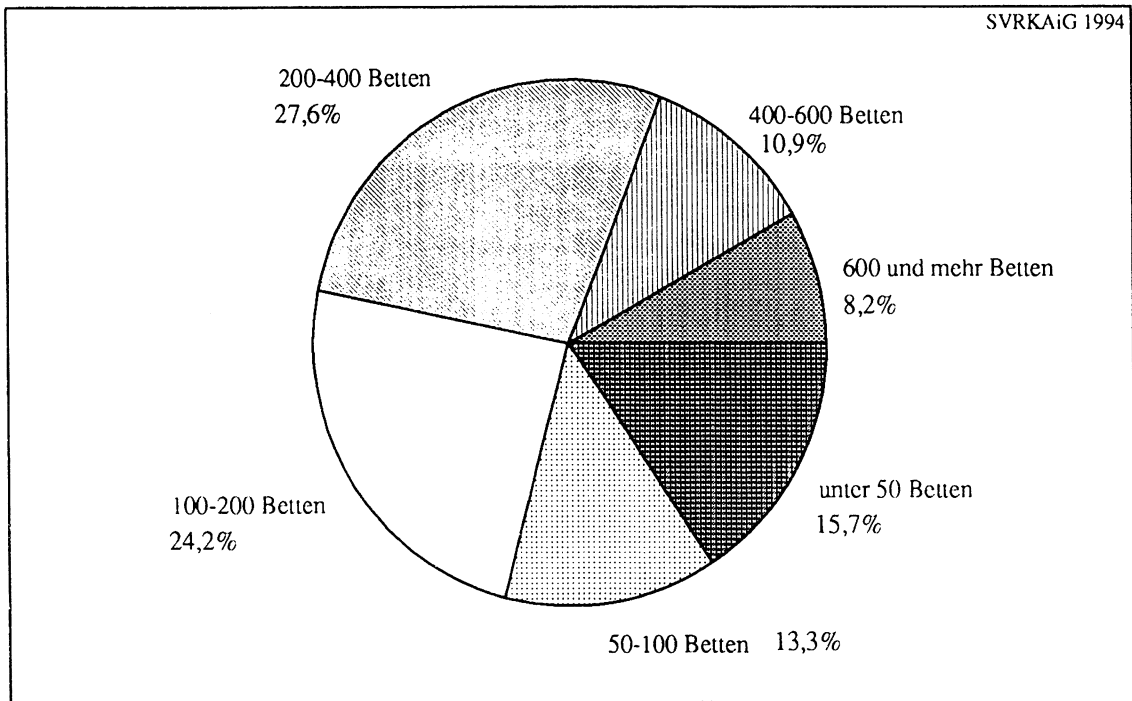
3 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

4 Ab 1990 geänderte Erhebung der stationär behandelten Kranken und damit keine Vergleichbarkeit mit den Vorjahren.

5 Gesamtdutsche Ergebnisse.

Quelle: StBA, DKG.

Graphik G 524: Stationäre Einrichtungen nach Bettenzahl in % im Jahre 1992, alte Bundesländer



Graphik G 527: Stationär behandelte Kranke, alte Bundesländer

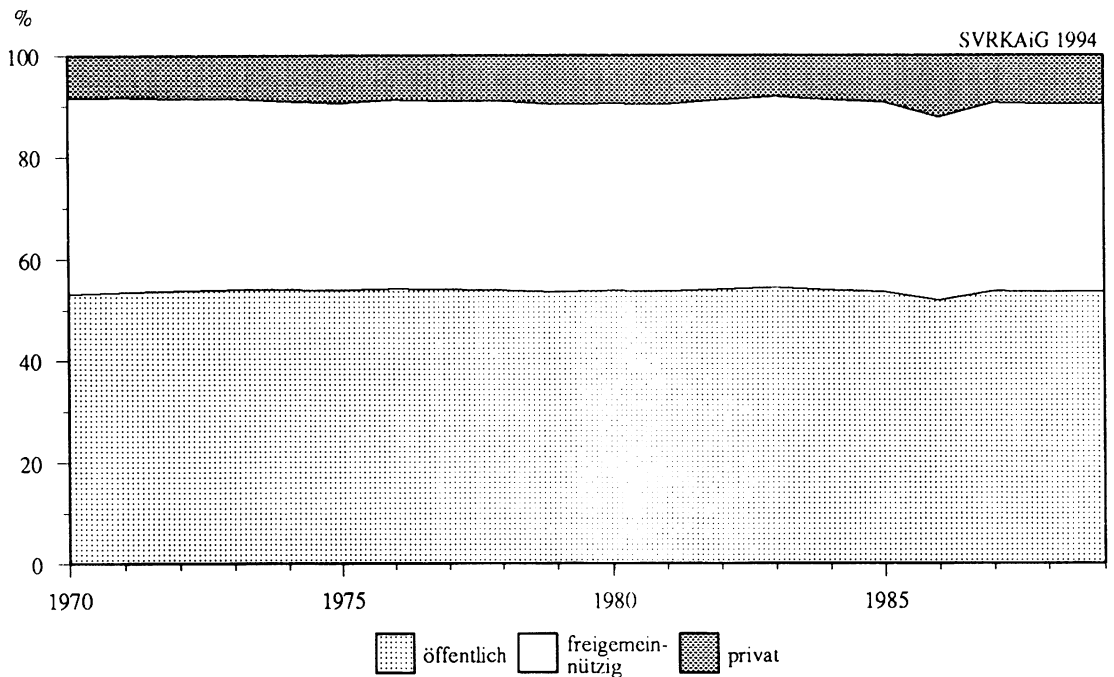


Tabelle T 528: Stationär behandelte Kranke und Zahl der Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner, alte Bundesländer

Jahr	Stationär behandelte Kranke			planmäßige Betten		
	KH insgesamt	Akut-KH	Sonder-KH	KH insgesamt	Akut-KH	Sonder-KH
1970	1.540	1.350	189	112,0	74,9	37,1
1971	1.574	1.381	193	112,2	75,8	36,5
1972	1.594	1.394	200	113,5	76,9	36,5
1973	1.615	1.409	206	113,9	77,5	36,4
1974	1.660	1.444	216	115,6	78,5	37,1
1975	1.686	1.461	226	118,4	79,4	38,9
1976	1.732	1.515	217	118,3	79,7	38,6
1977	1.780	1.557	224	117,8	79,5	38,4
1978	1.832	1.602	230	116,6	79,1	37,5
1979	1.850	1.599	251	115,9	77,9	38,0
1980	1.883	1.630	254	114,8	77,3	37,5
1981	1.873	1.618	256	112,7	76,8	35,9
1982	1.874	1.639	235	111,1	75,9	35,2
1983	1.833	1.661	222	111,4	75,6	35,7
1984	1.939	1.699	239	111,2	75,9	35,3
1985	1.992	1.738	254	110,6	75,7	34,8
1986	2.064	1.799	265	110,3	75,5	34,8
1987	2.107	1.833	274	110,0	75,0	35,0
1988	2.152	1.868	286	109,5	73,6	35,2
1989	2.154	1.871	283	107,8	72,9	34,9

SVRKAiG 1994

Quelle: StBA.

Tabelle T 529: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen

Alte Bundesländer

Jahr	Stationäre Einrichtungen insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft		
		Akut- kranken- häuser	Sonder- kranken- häuser		öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1970	24,9	18,3	77,8		25,9	23,6	24,1
1971	24,3	17,9	75,4		25,0	23,2	24,3
1972	23,9	17,8	71,5		24,4	23,1	24,9
1973	23,4	17,6	67,1		23,8	22,4	24,8
1974	22,7	17,2	63,4		22,8	22,0	25,1
1975	22,2	16,7	60,8		22,1	21,4	25,9
1976	21,5	16,3	61,2		21,1	20,9	26,0
1977	20,8	15,8	58,7		20,5	20,3	25,2
1978	20,4	15,5	57,2		19,8	19,7	25,8
1979	20,1	15,2	53,7		19,6	19,5	25,3
1980	19,7	14,9	53,1		19,0	19,0	26,3
1981	19,2	14,7	50,1		18,2	18,8	26,3
1982	18,7	14,4	51,2		17,8	18,2	26,3
1983	18,6	14,2	53,7		17,8	18,1	26,2
1984	18,4	14,1	51,2		17,5	17,7	26,9
1985	18,0	13,9	48,2		17,0	17,2	27,1
1986	17,5	13,5	46,9		16,4	16,7	26,8
1987	17,1	13,1	45,7		16,0	16,4	26,7
1988	16,6	12,7	44,3		15,5	15,8	26,7
1989	16,2	12,4	43,3		15,0	15,3	26,8
		Allgemeine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ²	Rehabi- litations- einrich- tungen ³	Trägerschaft (nur Allgemeine Krankenhäuser)		
1990 ⁴	16,5	13,4	84,1	31,9	13,0	13,9	14,8
1991	16,1	13,1	80,4	31,0	12,6	13,5	14,3
1992	15,8	12,7	69,5	31,1	12,4	13,1	13,8

Neue Bundesländer

Jahr	Stationäre Einrichtungen insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft Allg. Krankenhäuser		
		Allgemeine Kranken- häuser	Sonstige Kranken- häuser ²	Rehabi- litations- einrich- tungen ³	öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1990	17,8	-	-	-	-	-	-
1991	16,5	14,8	-	31,7	14,5	17,0	16,1
1992	14,9	13,8	-	29,6	13,6	15,0	14,6

SVRKAiG 1994

- 1 Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
- 2 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.
- 3 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- 4 Ab 1990 geänderte Erhebung und damit keine Vergleichbarkeit mit den Vorjahren.

Quelle: StBA, DKG.

Tabelle T 530: Durchschnittliche Bettennutzung in %

Alte Bundesländer

Jahr	Stationäre Einrichtungen insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft		
		Akut- kranken- häuser	Sonder- kranken- häuser		öffentliche Kranken- häuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Kranken- häuser
1970	88,5	86,8	92,0		89,4	88,8	82,4
1971	88,5	86,2	93,2		89,0	88,8	84,2
1972	87,4	85,1	92,2		87,4	87,4	85,1
1973	86,6	84,8	90,4		86,9	86,9	83,0
1974	85,7	84,1	89,0		85,7	86,8	81,7
1975	83,3	81,8	86,2		83,6	83,5	81,0
1976	82,6	82,2	83,3		83,3	84,2	74,2
1977	82,9	82,6	83,6		83,6	84,5	75,2
1978	84,1	83,4	85,4		84,4	84,3	78,8
1979	84,5	83,2	87,3		84,4	85,1	83,2
1980	84,9	83,3	88,1		83,9	85,9	86,2
1981	84,2	82,3	88,1		83,0	85,1	86,3
1982	83,5	83,0	84,6		83,4	85,2	79,2
1983	83,1	83,5	82,2		83,9	85,4	73,3
1984	84,8	84,4	85,7		85,1	86,2	80,2
1985	85,7	85,0	87,4		85,3	87,0	84,5
1986	86,6	85,8	88,6		85,7	87,6	87,5
1987	86,6	85,7	88,8		86,3	87,6	86,1
1988	86,5	85,5	88,6		86,2	87,2	86,2
1989 ¹	86,0	85,2	87,6		85,7	86,9	85,1
		Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser ²	Rehabilitations- einrichtungen ³	Trägerschaft (nur Allgemeine Krankenhäuser)		
1990 ⁴	86,5	86,4	88,5	86,0	85,6	87,3	87,0
1991	86,7	86,2	84,9 ⁵	88,4	85,3	87,2	86,7
1992	86,6	85,4	85,8 ⁵	90,1	84,8	86,2	86,1

Neue Bundesländer

Jahr	Stationäre Einrichtungen insgesamt	Art der stat. Einrichtung			Trägerschaft Allg. Krankenhäuser		
		Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser ²	Rehabilitations- einrichtungen ³	öffentliche Krankenhäuser	freigemein- nützige Krankenhäuser	private Krankenhäuser
1990	75,7	-	-	-	-	-	-
1991	74,3	74,7	-	65,9	74,7	75,8	70,2
1992	76,9	76,9	-	79,6	77,0	76,4	77,0

SVRKAiG 1994

- 1 Ohne 17 psychiatrische Krankenhäuser des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
- 2 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.
- 3 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- 4 Ab 1990 geänderte Erhebung und damit keine Vergleichbarkeit mit den Vorjahren.
- 5 Gesamtdeutsche Ergebnisse.

Quelle: StBA, DKG.

Tabelle T 531: Planmäßige Bettenzahl je Personalgruppe, alte Bundesländer

Jahr	je Arzt	je Pflegeperson (ohne Schüler)	je staatlich geprüfte Krankenschwester	je Verwaltungs- und Wirtschaftsperson	je beschäftigte Person (incl. Schüler/ Praktikanten)
1970	14,7	3,9	4,8	3,2	1,2
1971	13,8	3,6	4,5	3,1	1,2
1972	13,3	3,4	4,2	3,1	1,1
1973	12,7	3,2	4,0	3,0	1,1
1974	12,3	3,0	3,8	2,9	1,0
1975	12,0	2,9	3,7	3,0	1,0
1976	11,7	2,9	3,5	3,0	1,0
1977	11,3	2,9	3,3	3,0	1,0
1978	10,6	2,7	3,1	3,0	1,0
1979	10,2	2,6	3,0	3,0	1,0
1980	9,8	2,5	2,9	2,9	0,9
1981	9,3	2,4	2,8	2,9	0,9
1982	9,0	2,4	2,7	2,9	0,9
1983	8,7	2,3	2,6	2,9	0,9
1984	8,4	2,3	2,5	2,9	0,9
1985	8,1	2,2	2,4	2,8	0,8
1986	7,9	2,1	2,3	2,8	0,8
1987	7,7	2,1	2,2	2,8	0,8
1988	7,5	2,0	2,2	2,7	0,8
1989 ¹	7,3	1,9	2,1	2,7	0,8

SVRKAiG 1994

¹ Für Hessen (Erhebung wird für das Jahr 1989 noch durchgeführt) wurden die Werte des Jahres 1988 eingesetzt.

Quelle: DKG.

Tabelle T 532: Ausgaben für stationäre Behandlung¹ der GKV in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ²	OKK	BKK	IKK	EK
1970	6.009	3.263	822	246	1.232
1971	7.653	4.095	1.043	318	1.657
1972	9.362	4.963	1.255	396	2.101
1973	11.700	6.041	1.532	488	2.672
1974	15.246	7.938	2.030	638	3.430
1975	17.474	9.009	2.283	732	4.053
1976	19.155	9.782	2.475	797	4.620
1977	20.333	10.389	2.624	852	4.876
1978	21.711	11.118	2.796	923	5.201
1979	23.029	11.827	2.970	991	5.496
1980	25.182	12.893	3.228	1.089	6.088
1981	26.995	13.788	3.434	1.163	6.618
1982	29.192	14.770	3.689	1.279	7.278
1983	30.477	15.335	3.810	1.347	7.727
1984	32.348	16.128	4.011	1.431	8.425
1985	34.020	16.920	4.209	1.477	8.903
1986	36.509	18.019	4.528	1.584	9.737
1987	38.190	18.727	4.748	1.669	10.330
1988	39.489	19.253	4.896	1.730	10.771
1989	40.814	19.845	5.074	1.801	11.255
1990	44.595	21.429	5.598	1.980	12.478
1991	49.124	23.433	6.188	2.207	13.999
1992	53.943	25.374	6.807	2.470	15.725
1993 ³	56.979	26.608	7.104	2.636	16.936

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ²	OKK	BKK	IKK	EK
1991	7.969	5.610	528	89	1.455
1992	10.312	6.978	757	199	1.897
1993 ³	11.716	7.717	863	281	2.326

SVRKAiG 1994

- 1 Ohne Kosten der Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen sowie stationäre Maßnahmen.
 2 Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.
 3 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 533: Jährliche Veränderung der Ausgaben für stationäre Behandlung der GKV nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	-	-	-	-	
1971	27,4	25,5	26,9	29,3	34,5
1972	22,3	21,2	20,3	24,5	26,8
1973	25,0	21,7	22,1	23,2	27,2
1974	30,3	31,4	32,5	30,7	28,4
1975	14,6	13,5	12,5	14,7	18,2
1976	9,6	8,6	8,4	8,9	14,0
1977	6,1	6,2	6,0	6,9	5,5
1978	6,8	7,0	6,6	8,3	6,7
1979	6,1	6,4	6,2	7,4	5,7
1980	9,3	9,0	8,7	9,9	10,8
1981	7,2	6,9	6,4	6,8	8,7
1982	8,1	7,1	7,4	10,0	10,0
1983	4,4	3,8	3,3	5,3	6,2
1984	6,8	5,2	5,3	6,2	9,0
1985	5,2	4,9	4,9	3,2	5,7
1986	6,8	6,5	7,6	7,2	9,4
1987	4,4	3,9	4,9	5,4	6,1
1988	3,4	2,8	3,1	3,7	4,3
1989	3,4	3,1	3,6	4,1	4,5
1990	9,3	8,0	10,3	9,9	10,9
1991	10,2	9,4	10,5	11,5	12,2
1992	9,8	8,3	10,0	11,9	12,3
1993 ²	5,5	4,7	4,7	7,7	7,7

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1992	29,4	24,4	43,2	122,5	30,4
1993 ²	13,0	11,7	11,6	40,0	22,6

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 534: Krankenhausinvestitionen der Länder in Mio. DM¹

Alte Bundesländer

Jahr	Gesamtinvestitionen	Veränderung zum Vorjahr in %	Index 1980 = 100	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin (West)	Bremen
1972	998	-	25,1	24	106	49	19
1973	3.200	220,6	80,6	386	419	269	111
1974	3.513	9,8	88,5	558	495	250	86
1975	3.423	- 2,6	86,2	513	637	223	105
1976	3.539	3,4	89,1	554	518	265	88
1977	3.241	- 8,4	81,6	545	465	238	78
1978	3.612	11,1	91,0	519	681	241	60
1979	3.530	- 2,3	88,9	486	707	290	47
1980	3.970	12,5	100,0	523	790	353	50
1981	3.965	- 0,1	99,9	447	851	344	39
1982	4.361	10,0	109,8	564	907	384	33
1983	4.559	4,5	114,8	552	1.073	424	28
1984	4.647	1,9	117,1	530	1.083	440	53
1985	4.609	- 0,8	116,1	538	1.048	501	48
1986	4.603	- 0,1	115,9	520	1.188	517	60
1987	4.717	2,5	118,8	528	1.258	567	53
1988	4.743	0,6	119,5	621	1.298	510	57
1989	4.949	4,3	124,7	652	1.300	487	55
1990	5.065	2,3	127,6	646	1.300	492	51
1991	5.047	- 0,4	127,1	637	1.300	394	73

Neue Bundesländer

Jahr	Gesamtinvestitionen	Berlin (Ost)	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen
1991	1.999	235	343	232	599	338	252

SVRKAiG 1994

¹ Förderungsfähige Aufwendungen der Länder nach dem KHG.

Quelle: DKG und eigene Berechnungen.

Tabelle T 534: Fortsetzung

Alte Bundesländer

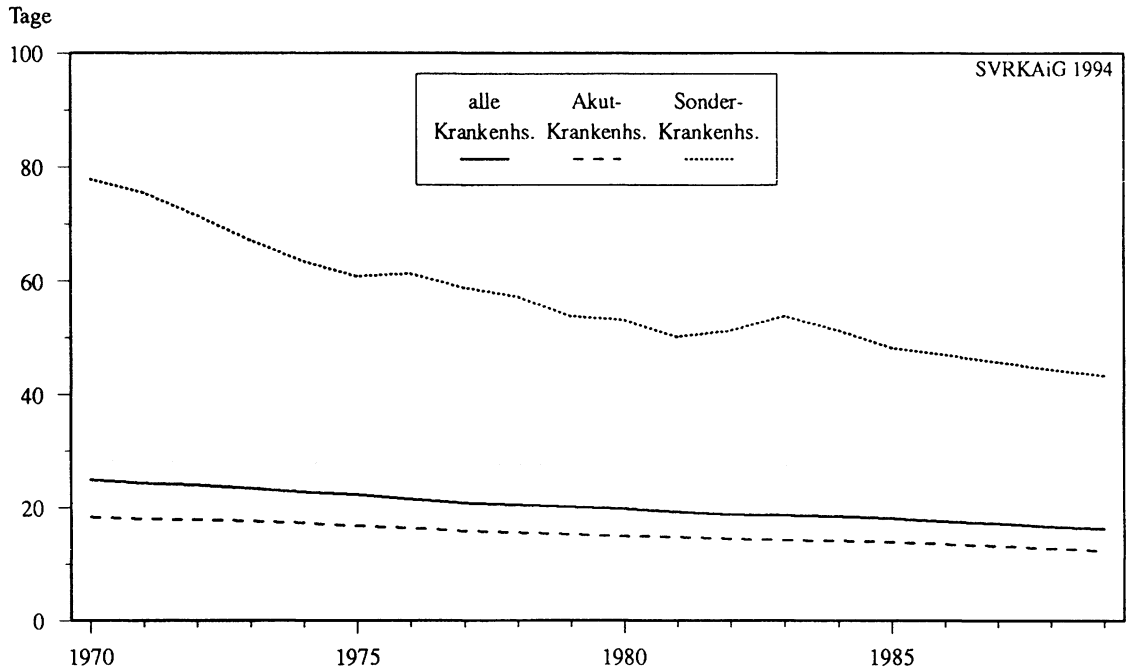
Jahr	Hamburg	Hessen	Nieder- sachsen	Nordrhein- Westfalen	Rheinland- Pfalz	Saarland	Schleswig- Holstein
1972	42	96	139	357	123	23	22
1973	163	304	319	871	212	51	94
1974	120	353	321	942	210	62	117
1975	113	261	304	899	195	54	120
1976	97	260	363	993	199	64	139
1977	85	261	293	907	210	61	97
1978	103	326	337	985	202	63	97
1979	106	342	284	906	207	43	112
1980	113	362	323	1.062	240	53	102
1981	118	350	353	1.041	259	68	94
1982	107	375	434	1.134	243	65	115
1983	120	330	379	1.209	240	83	122
1984	112	321	380	1.254	251	107	114
1985	97	329	417	1.146	282	82	120
1986	98	284	416	1.035	285	83	118
1987	89	311	333	1.026	292	83	118
1988	98	315	350	1.013	277	82	124
1989	115	350	385	1.101	298	82	125
1990	137	356	399	1.188	281	83	132
1991	137	356	407	1.270	261	78	135

SVRKAiG 1994

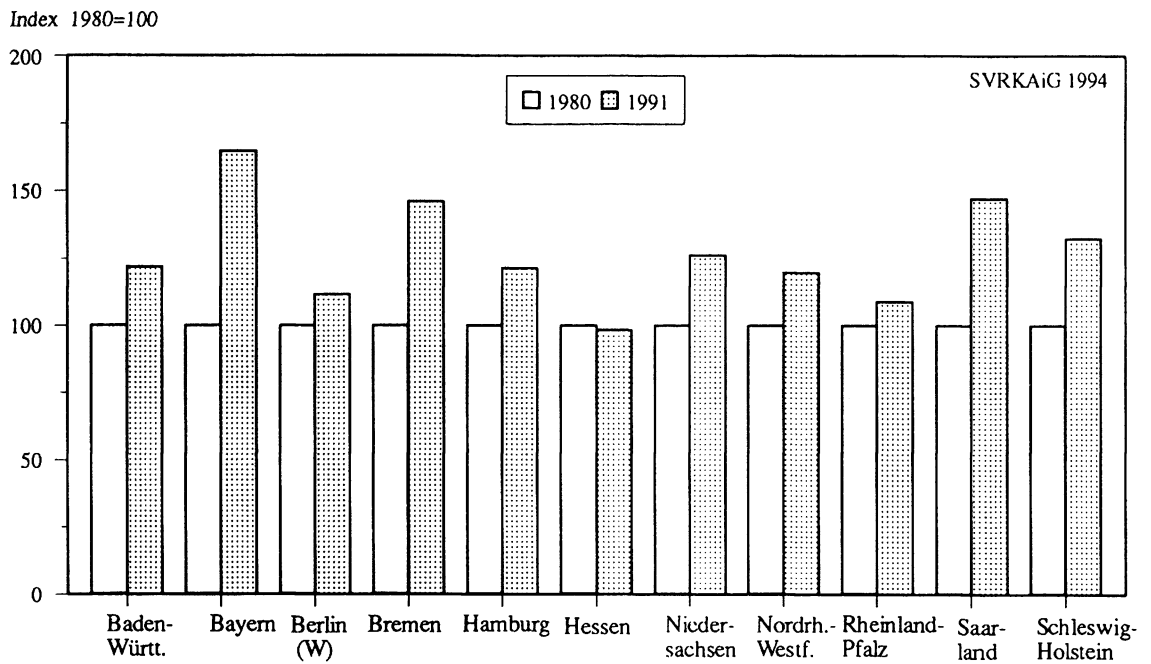
¹ Förderungsfähige Aufwendungen der Länder nach dem KHG.

Quelle: DKG und eigene Berechnungen.

Graphik G 529: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, alte Bundesländer



Graphik G 534: Krankenhausinvestitionen der Länder im Jahre 1991, alte Bundesländer



5.3. Zahnmedizinische Versorgung

Tabelle T 540: Zahl der im Gesundheitswesen tätigen Zahnärzte und der Zahntechnikerbetriebe

Alte Bundesländer

Jahr	Zahnärzte ¹		Zahnärzte je 10.000 Einwohner		Zahntechniker- betriebe	
	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr- in %
1970	31.175	-	5,1	-	2.399	-
1971	31.405	0,7	5,1	0,0	2.442	1,8
1972	31.149	-0,8	5,0	-2,0	2.443	0,0
1973	31.182	0,1	5,0	0,0	2.463	0,8
1974	31.538	1,1	5,1	2,0	2.528	2,6
1975	31.774	0,7	5,2	2,0	2.689	6,4
1976	31.858	0,3	5,2	0,0	2.687	6,6
1977	32.121	0,8	5,2	0,0	3.049	6,3
1978	32.482	1,1	5,3	1,9	3.203	5,1
1979	32.950	1,4	5,4	1,9	3.322	3,7
1980	33.240	0,9	5,4	0,0	3.433	3,3
1981	33.501	0,8	5,4	0,0	3.603	5,0
1982	33.679	0,5	5,5	1,9	3.795	5,3
1983	33.713	0,1	5,6	1,8	3.943	3,9
1984	34.415	2,1	5,7	1,8	4.103	4,1
1985 ²	36.853	-	6,0	-	4.305	4,9
1986	38.055	3,3	6,2	3,3	4.478	4,0
1987	38.826	2,0	6,3	1,7	4.643	3,7
1988	39.644	2,1	6,5	3,2	4.870	4,9
1989	40.805	2,9	6,5	0,0	5.113	5,0
1990	43.176	5,8	6,8	4,6	5.292	3,5
1991	43.135	-0,1	6,7	-1,5	5.503	4,0

Neue Bundesländer

Jahr	Zahnärzte ¹		Zahnärzte je 10.000 Einwohner		Zahntechniker- betriebe	
	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr- in %
1991	11.837	-	7,4	-	-	-

SVRKAiG 1994

¹ 1983 und 1984 ohne Saarland.

² Wegen des Wechsels in der Datenerhebung sind die Angaben über die Zahnärzte ab dem Berichtsjahr 1985 nur noch eingeschränkt mit den Werten der Statistiken vor 1985 vergleichbar.

Quelle: BMA, StBA, BMWi.

Tabelle T 541: Zahl der über die KZVen mit den Kassen der GKV abgerechneten Fälle¹

Alte Bundesländer

Jahr	Allgemeine, konservierende und chirurgische Behandlung		Prothetik		Kieferortho- ² pädie		Parodontose ²	
	Veränderung zum Vorjahr		Veränderung zum Vorjahr		Veränderung zum Vorjahr		Veränderung zum Vorjahr	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
1970	38.837	-	3.936	-	-	-	-	-
1971	40.536	4,4	4.344	10,4	-	-	-	-
1972	41.514	2,4	4.633	6,6	-	-	-	-
1973	42.621	2,7	4.996	7,9	-	-	-	-
1974	44.340	4,0	5.207	4,2	-	-	-	-
1975	45.743	3,2	6.998	34,4	2.780	-	83	-
1976	46.719	2,1	8.053	15,1	3.540	27,3	87	4,8
1977	46.816	0,2	7.996	-0,7	3.912	10,5	102	16,4
1978	46.472	-0,7	8.075	1,0	4.152	6,1	123	21,2
1979	46.378	-0,2	8.065	-0,1	4.270	2,8	144	17,1
1980	47.097	1,5	8.285	2,7	4.390	2,8	160	10,7
1981	46.974	-0,3	8.601	3,8	4.223	-3,8	180	12,7
1982	45.961	-2,2	8.620	0,2	4.300	1,8	199	10,5
1983 ³	45.766	-2,0	8.678	-0,8	4.615	5,3	227	12,6
1984	46.167	0,9	8.979	3,5	4.818	4,4	255	12,2
1985	46.507	0,7	9.092	1,3	4.877	1,2	264	3,8
1986	46.836	0,7	9.377	3,1	4.948	1,5	275	4,2
1987	47.134	0,6	9.493	1,2	5.029	1,6	292	6,1
1988	52.457	11,3	11.490	21,0	5.185	3,1	307	5,1
1989 ⁴	51.554	-1,7	5.864	-	4.260	-	306	-0,4
1990	54.083	3,1	3.276	-	3.670	-	336	8,4
1991	61.099	13,0	3.360	-	3.158	-	385	14,5
1992	64.416	5,4	3.228	-	2.665	-	442	14,8

Neue Bundesländer

Jahr	Allgemeine, konservierende und chirurgische Behandlung		Prothetik		Kieferortho- ² pädie		Parodontose ²	
	Veränderung zum Vorjahr		Veränderung zum Vorjahr		Veränderung zum Vorjahr		Veränderung zum Vorjahr	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
1991	18.927	-	646	-	692	-	5	-
1992	22.042	16,5	878	-	680	-	24	335,2

SVRKAiG 1994

1 Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftl. Krankenkassen, See-Krankenkasse, VdAK, AEV, ab 1990 mit BuKn (1982-89 ohne See-Krankenkasse).

2 Die Bereiche Kieferorthopädie und Parodontose sind in den Abrechnungsstatistiken der KZBV erst seit 1975 ausgewiesen.

3 Ab 1983 geänderte Methodik, die Veränderungsraten 1983 sind entsprechend bereinigt.

4 Die Direktabrechnungsfälle der Bereiche Prothetik und Kieferorthopädie sind ab 1989 nicht erfaßt. Veränderungsraten werden somit nicht ausgewiesen.

Quelle: KZBV.

Tabelle T 542: Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der GKV in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	1.708	747	233	82	584
1971	2.022	864	273	97	718
1972	2.250	933	295	110	831
1973	2.671	1.059	345	129	993
1974	3.399	1.308	431	163	1.317
1975	4.130	1.582	512	203	1.612
1976	4.297	1.614	522	213	1.720
1977	4.607	1.736	562	232	1.839
1978	4.967	1.884	595	252	1.986
1979	5.222	1.953	619	268	2.122
1980	5.517	2.055	652	284	2.261
1981	5.937	2.217	701	302	2.436
1982	6.072	2.272	705	312	2.492
1983	6.281	2.344	722	329	2.580
1984	6.563	2.458	740	342	2.725
1985	6.656	2.509	774	344	2.749
1986	7.164	2.697	812	362	2.978
1987	7.370	2.760	836	370	3.086
1988	7.692	2.875	878	378	3.236
1989	7.693	2.861	866	379	3.273
1990	8.172	3.069	933	398	3.457
1991	9.131	3.391	1.080	451	3.868
1992	10.160	3.693	1.180	509	4.413
1993 ²	10.287	3.703	1.160	517	4.542

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1991	1.584	757	105	36	642
1992	2.362	1.128	170	87	910
1993 ²	2.469	1.093	181	117	1.018

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 543: Jährliche Veränderung der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der GKV nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	-	-	-	-	-
1971	18,4	15,7	17,2	18,3	22,9
1972	11,3	8,0	8,1	13,4	15,7
1973	18,7	13,5	16,9	17,3	19,5
1974	27,3	23,5	24,9	26,4	32,6
1975	21,5	20,9	18,8	24,5	22,4
1976	4,1	2,0	2,0	4,9	6,7
1977	7,2	7,6	7,7	8,9	6,9
1978	7,8	8,5	5,9	8,6	8,0
1979	5,1	3,7	4,0	6,3	6,8
1980	5,7	5,2	5,3	6,0	6,6
1981	7,6	7,9	7,5	6,3	7,7
1982	2,3	2,5	0,6	3,3	2,3
1983	3,4	3,2	2,4	5,4	3,5
1984	4,5	4,9	2,5	4,0	5,6
1985	0,0	2,1	4,6	0,6	0,9
1986	9,1	7,5	4,9	5,2	8,3
1987	2,9	2,3	3,0	2,2	3,6
1988	4,4	4,2	5,0	2,2	4,7
1989	0,0	- 0,5	- 1,4	0,3	1,1
1990	6,2	7,3	7,7	4,9	5,6
1991	11,7	10,5	15,8	13,6	11,9
1992	11,3	8,9	9,2	12,8	14,1
1993 ²	2,0	0,9	0,2	3,0	3,6

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1992	49,1	49,0	61,4	144,0	41,8
1993 ²	4,0	- 1,4	- 5,2	45,0	9,9

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Tabelle T 544: Ausgaben für Zahnersatz der GKV in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	828	360	124	30	276
1971	1.209	561	176	46	373
1972	1.524	683	204	57	513
1973	1.860	780	240	69	592
1974	2.086	909	274	80	639
1975	4.180	1.937	575	189	1.259
1976	5.312	2.355	727	239	1.737
1977	5.403	2.308	731	231	1.889
1978	5.755	2.339	710	247	2.217
1979	6.472	2.590	776	278	2.565
1980	7.351	2.922	878	298	2.948
1981	8.110	3.183	967	351	3.301
1982	6.989	2.783	838	301	2.759
1983	6.664	2.634	777	295	2.654
1984	7.338	2.909	840	324	2.935
1985	7.666	3.039	878	338	3.076
1986	6.897	2.781	805	297	2.702
1987	6.283	2.580	753	272	2.388
1988	9.651	3.906	1.170	425	3.711
1989	4.861	2.085	560	198	1.762
1990	4.840	2.130	516	211	1.764
1991	5.613	2.416	631	252	2.060
1992	6.841	2.799	770	308	2.672
1993 ²	4.964	1.936	526	227	2.058

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1991	1.187	661	76	21	388
1992	2.704	1.406	202	81	924
1993 ²	1.315	644	99	412	492

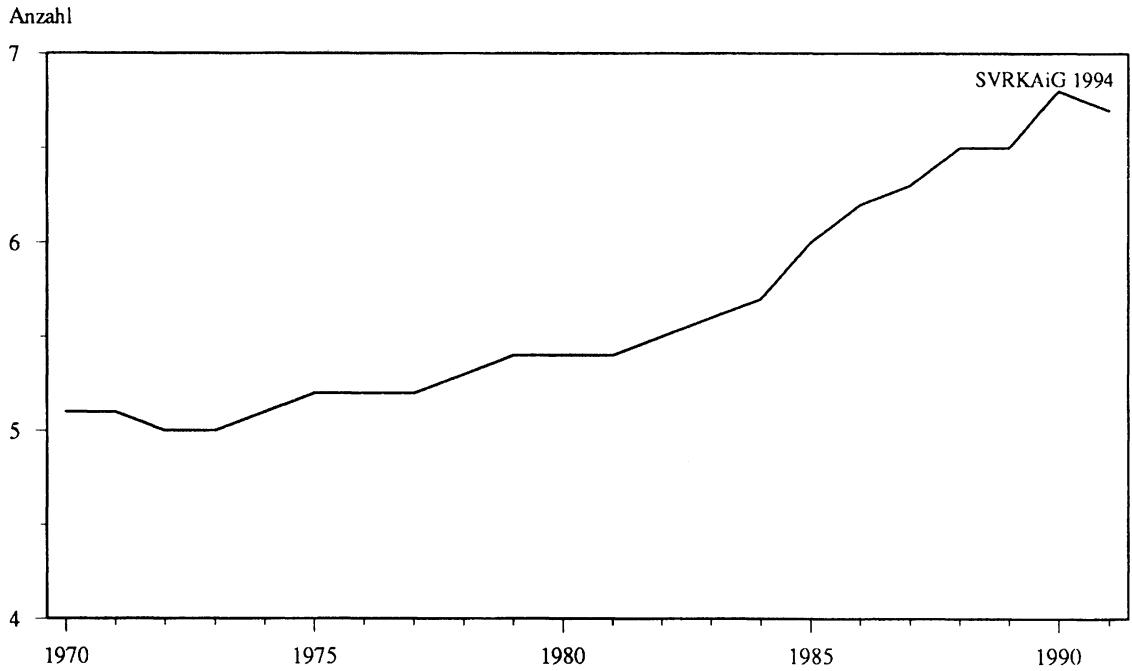
SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

Graphik G 540: Zahnärzten je 10.000 Einwohner, alte Bundesländer



Graphik G 544: Ausgaben der GKV für Zahnersatz, alte Bundesländer

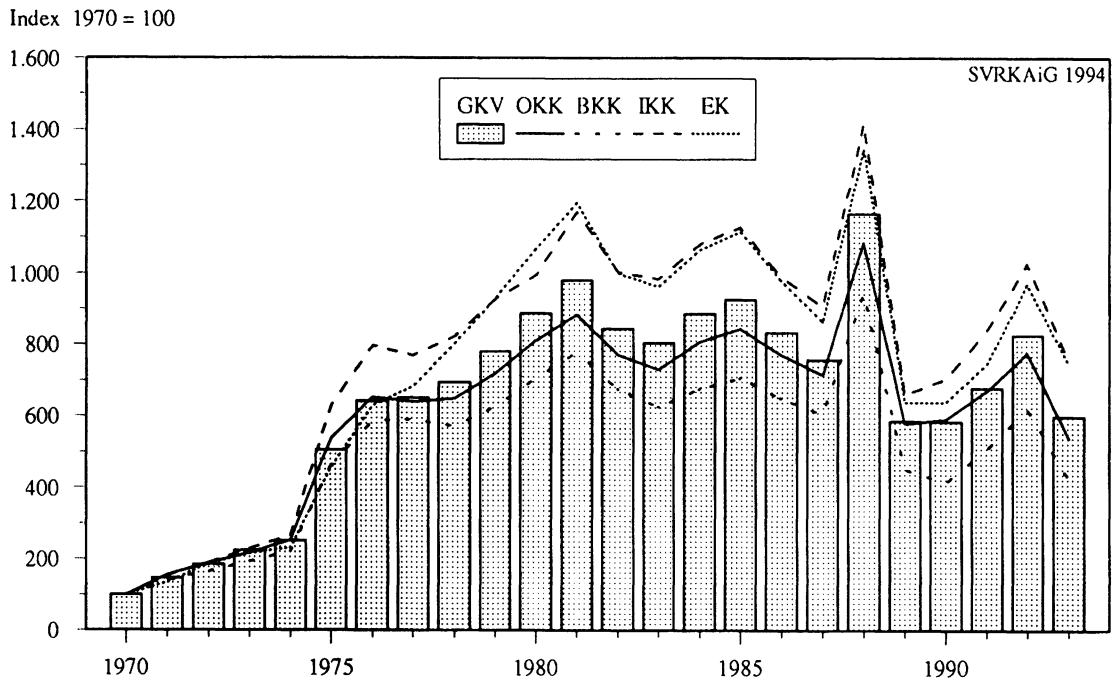


Tabelle T 545: Jährliche Veränderung der Ausgaben für Zahnersatz der GKV nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	-	-	-	-	-
1971	46,0	55,8	41,9	53,3	35,1
1972	26,1	21,7	15,9	23,9	37,5
1973	22,0	14,2	17,6	21,1	15,4
1974	12,2	16,5	14,2	15,9	7,9
1975	100,4	113,1	109,9	136,3	97,0
1976	27,1	21,6	26,4	26,5	38,0
1977	1,7	-2,0	0,6	-3,3	8,8
1978	6,5	1,3	-2,9	6,9	17,4
1979	12,5	10,7	9,3	12,6	15,7
1980	13,6	12,8	13,1	7,2	14,9
1981	10,3	8,9	10,1	17,8	12,0
1982	-13,8	-12,6	-13,3	-14,2	-16,4
1983	-4,7	-5,4	-7,3	-2,0	-3,8
1984	10,1	10,4	8,1	9,8	10,6
1985	4,5	4,5	4,5	4,3	4,8
1986	-10,0	-8,5	-8,3	-12,1	-12,2
1987	-8,9	-7,2	-6,5	-8,4	-11,6
1988	53,6	51,4	55,4	56,4	55,4
1989	-49,6	-46,6	-52,1	-53,4	-52,5
1990	-0,4	2,2	-7,9	6,6	0,1
1991	16,0	13,4	22,3	19,6	16,8
1992	21,9	15,9	22,2	22,2	29,7
1993 ²	-26,2	-29,2	-29,5	-25,0	-29,1

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1992	127,7	112,6	167,3	277,4	138,0
1993 ²	-51,3	-53,8	-50,2	-46,7	-47,6

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

² 1. - 4. Quartal 1993.

Quelle: BMA und BMG.

5.4. Arzneimittelversorgung

Tabelle T 560: Zahl der Apotheken und Apotheker am 31.12. des jeweiligen Jahres

Alte Bundesländer

Jahr	Apotheken		Krankenhausapotheken		Apotheker	
	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %
1970	11.526	-	308	-	20.866	-
1971	11.910	3,3	314	1,9	22.551	8,1
1972	12.308	3,3	319	1,6	23.152	2,7
1973	12.868	4,5	323	1,3	24.052	3,9
1974	13.390	4,1	336	4,0	24.787	3,1
1975	13.879	3,7	342	1,9	25.597	3,3
1976	14.364	3,5	359	5,0	25.885	1,1
1977	14.853	3,3	357	-0,6	26.811	3,6
1978	15.340	3,3	375	5,0	27.480	2,5
1979	15.792	2,9	380	1,3	27.889	1,5
1980	16.244	2,9	383	0,8	28.674	2,8
1981	16.525	1,7	389	1,6	29.454	2,7
1982	16.865	2,1	423	8,7	29.831	1,3
1983	16.876	0,1	500	18,2	29.536	-1,0
1984	17.135	1,5	505	1,0	30.865	4,5
1985 ¹	17.705	-	518	-	32.234	-
1986	17.960	1,4	521	0,6	33.025	2,5
1987	18.161	1,2	524	0,6	33.903	2,7
1988	18.301	7,7	520	-0,7	34.498	1,8
1989	18.432	0,7	522	0,4	35.181	2,0
1990	18.549	0,6	520	-0,4	36.474	3,7
1991	18.630	0,4	518	-0,4	37.550	3,0
1992	18.682	0,3	519	0,2	38.441	2,4

Neue Bundesländer

Jahr	Apotheken		Krankenhausapotheken		Apotheker	
	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %
1991	2.143		147		4.057	
1992	2.327	8,6	140	-4,8	3.928	-3,2

SVRKAiG 1994

¹ Wegen des Wechsels in der Datenerhebung sind die Angaben ab dem Berichtsjahr 1985 nur noch eingeschränkt mit den Statistiken vor 1985 vergleichbar.

Quelle: StBA, BMA.

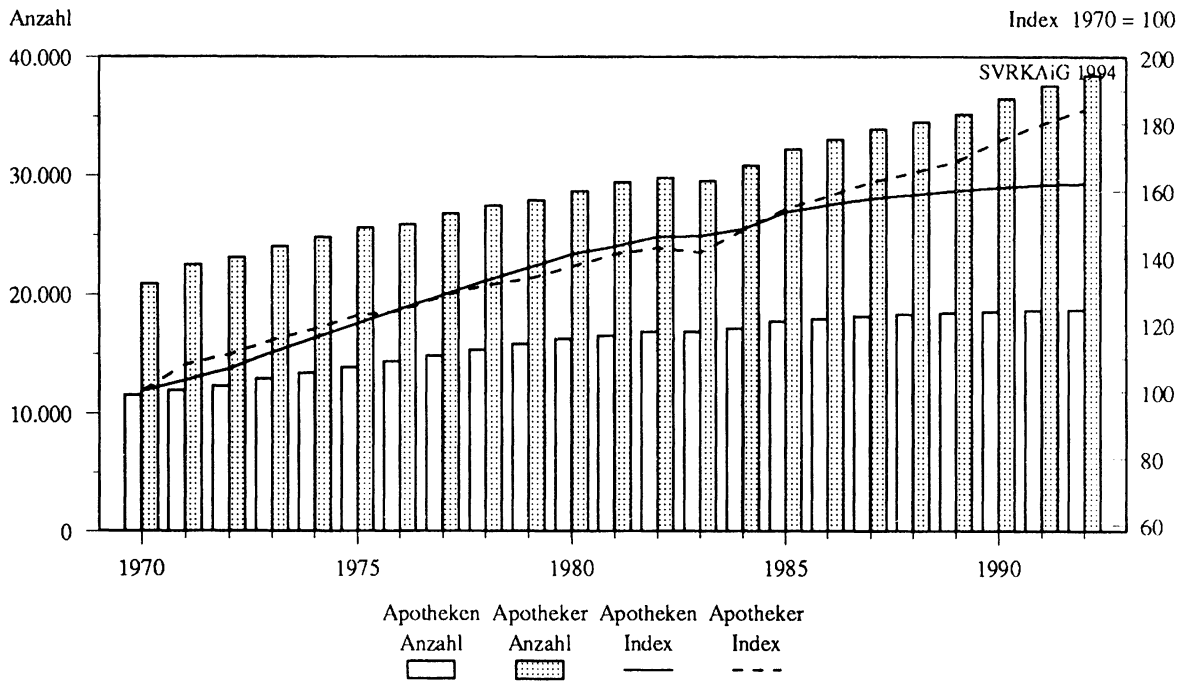
Tabelle T 561: Umsatz, Verordnungen und Rezepte von Fertigarzneimitteln, alte Bundesländer

Jahr	Umsatz		Verordnungen		Rezepte in Mio.	Arznei- mittel pro Rezept	Wert pro Rezept in DM	Wert pro Arzneimit- tel in DM
	in Mrd. DM	Zweitän- melder	in Mio.	Zweitän- melder				
		in %		in %				
1981	13,8	6,4	771	6,1	-	-	-	17,77
1982	14,2	7,6	738	7,8	-	-	-	19,22
1983	14,9	8,2	662	9,1	378	1,75	39,55	22,60
1984	16,1	8,8	651	10,8	381	1,71	42,19	24,67
1985	16,9	10,2	654	12,9	388	1,77	45,97	26,04
1986	17,7	12,0	675	15,3	390	1,79	47,43	26,46
1987	19,0	13,2	700	17,2	-	-	-	27,07
1988	20,6	15,3	729	20,4	-	-	-	28,21
1989	20,7	16,3	704	21,9	-	-	-	29,35
1990	22,0	17,0	741	23,8	-	-	-	29,66
1991	24,8	18,9	770	26,6	-	-	-	31,66
1992	26,6	22,1	795	29,4	-	-	-	33,67

SVRKAIG 1994

Quelle: WIdO, BMA.

Graphik G 560: Zahl der Apotheken und Apotheker am 31.12. des jeweiligen Jahres, alte Bundesländer



Graphik G 561: Umsatz, Verordnungen und Wert pro Fertigarzneimittel, alte Bundesländer

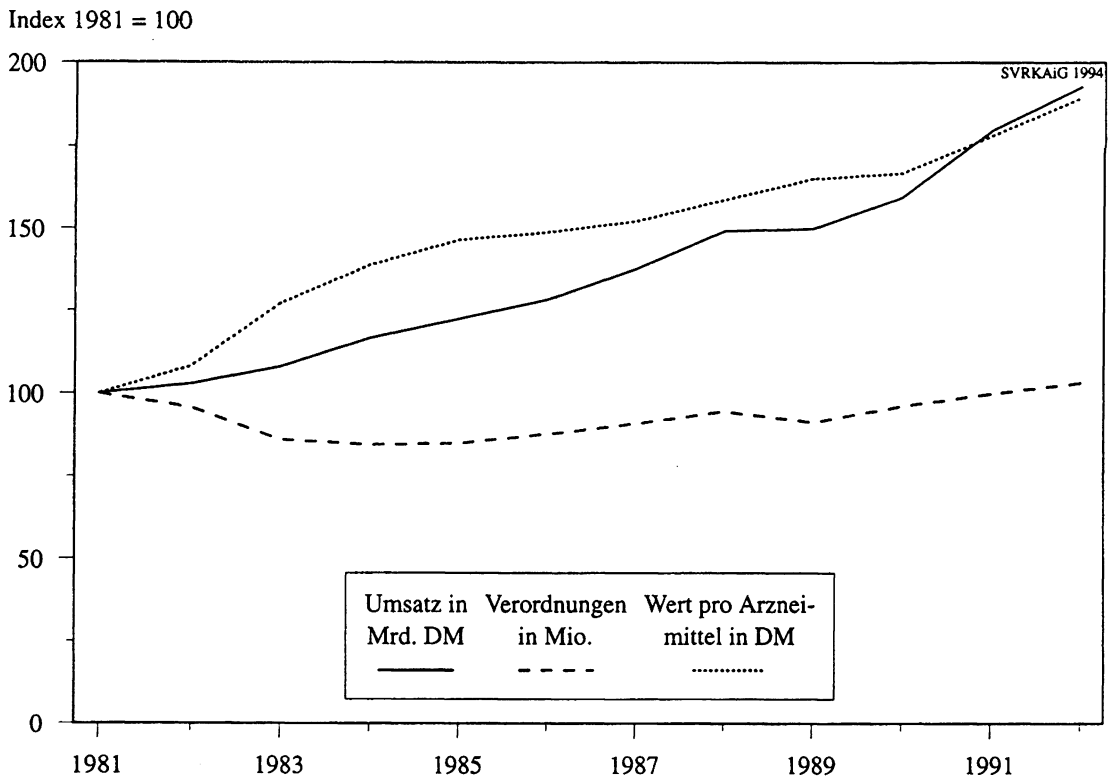


Tabelle T 562: Ausgaben für Arzneimittel nach Kassenarten in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	4.224	2.145	611	143	1.012
1971	4.971	2.541	723	174	1.164
1972	5.754	2.899	815	203	1.409
1973	6.753	3.305	931	236	1.669
1974	7.883	3.836	1.076	277	1.988
1975	8.901	4.311	1.190	316	2.291
1976	9.642	4.646	1.284	345	2.530
1977	9.849	4.726	1.301	355	2.637
1978	10.651	5.096	1.404	396	2.874
1979	11.372	5.424	1.497	426	3.097
1980	12.573	5.970	1.647	474	3.483
1981	13.631	6.446	1.780	516	3.788
1982	13.777	6.478	1.788	525	3.882
1983	14.449	6.773	1.842	551	4.148
1984	15.545	7.274	1.965	601	4.490
1985	16.603	7.719	2.080	632	4.881
1986	17.626	8.139	2.213	685	5.246
1987	18.889	8.651	2.371	735	5.722
1988	20.435	9.310	2.575	802	6.237
1989	20.217	9.112	2.523	801	6.339
1990	21.841	9.754	2.760	881	6.914
1991	24.486	10.814	3.124	1.000	7.868
1992	27.084	11.773	3.438	1.113	8.964
1993	21.937	9.401	2.744	933	7.451

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EK
1991	3.988	2.785	238	41	750
1992	5.464	3.553	371	88	1.198
1993	5.482	3.538	408	87	1.193

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftlicher Krankenkassen, See-Krankenkassen und Bundesknappschaft.

Quelle: BMA.

Tabelle T 563: Jährliche Veränderung der Ausgaben für Arzneimittel nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	-	-	-	-	-
1971	17,7	18,5	18,3	21,7	15,0
1972	15,8	14,1	12,7	16,7	21,0
1973	17,4	14,0	14,2	16,3	18,5
1974	16,7	16,1	15,6	17,4	19,1
1975	12,9	12,4	10,6	14,1	15,2
1976	9,3	7,8	7,9	9,2	10,4
1977	2,1	1,7	1,3	2,9	4,2
1978	8,1	7,8	7,9	11,5	9,0
1979	6,8	6,4	6,6	7,6	7,8
1980	10,6	10,0	10,0	11,3	12,5
1981	8,4	8,0	8,1	8,9	8,8
1982	1,1	0,5	0,4	1,7	2,5
1983	4,9	4,6	3,0	5,0	6,9
1984	7,6	7,4	7,6	9,1	8,2
1985	6,8	6,1	5,9	5,2	8,7
1986	6,2	5,4	6,4	8,4	7,5
1987	7,2	6,3	7,1	7,3	9,1
1988	8,2	7,6	8,6	9,1	9,0
1989	- 1,1	- 2,1	- 2,0	- 0,1	1,6
1990	8,0	7,1	9,4	10,0	9,1
1991	12,1	10,9	13,2	13,5	13,8
1992	10,6	8,9	10,1	11,3	13,9
1993	- 19,0	- 20,1	- 20,2	- 16,2	- 16,9

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EK
1992	37,0	27,6	55,9	114,6	59,7
1993	0,3	- 0,4	10,0	- 1,1	- 0,7

SVRKAiG 1994

¹ Einschließlich Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkassen und Bundesknappschaft.

Quelle: BMA.

Tabelle T 564: Veränderung des Umsatzes und seiner Komponenten von Fertigarzneimitteln zum Vorjahr in öffentlichen Apotheken in %, alte Bundesländer

Jahr	Umsatz- änderung	Zahl der Ver- ordnungen	Wert je Verordnung				Intra- medika- menten- effekt ¹	Inter- medika- menten- effekt ²
				Preise	Warenkorb- komponente	Struktur- komponente		
1982	3,4	- 4,2	7,6	2,3	- 0,3	5,6	2,1	3,5
1983	5,4	- 10,4	17,6	5,8	- 0,4	11,6	4,3	7,0
1984	7,4	- 1,6	9,2	2,8	0,2	6,0	3,0	2,9
1985	5,3	0,4	4,9	2,7	- 0,5	2,6	2,5	0,1
1986	4,9	3,3	1,6	1,2	0,0	0,3	1,9	- 1,5
1987	6,8	3,7	3,0	0,7	0,0	2,3	1,9	0,4
1988	8,5	4,1	4,2	1,4	- 0,0	2,7	1,9	0,8
1989	0,4	- 3,5	4,1	1,0	0,1	2,9	2,9	0,0
1990	6,5	5,3	1,1	- 0,1	- 0,1	1,3	1,7	- 0,4
1991	10,8	3,8	6,7	1,5	0	5,1	2,7	2,5
1992	9,8	3,2	6,3	2,0	0	4,3	2,5	1,8

SVRKAiG 1994

¹ Wechsel zu anderen Darreichungsformen, Wirkstärken und Packungsgrößen.

² Wechsel zu anderen Arzneimitteln.

Quelle: WIdO.

5.5. Heil- und Hilfsmittel

Tabelle T 580: Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	Heil-u. Hilfsmittel insgesamt	Orthop. Heil- u. Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse, Hilfsmittel bes. Art ²	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Sonstige ³
1970	667	190	231	-	-	209	37
1971	891	269	284	-	-	283	55
1972	1.179	329	399	-	-	371	80
1973	1.632	403	655	-	-	471	103
1974	2.095	509	816	-	-	628	143
1975	2.582	635	981	-	-	761	205
1976	3.054	642	1.041	-	253	886	233
1977	3.340	671	1.077	-	332	1.021	239
1978	3.844	715	1.192	-	425	1.245	267
1979	4.356	790	1.305	-	533	1.421	307
1980	4.881	890	1.439	-	620	1.607	326
1981	5.273	937	1.567	-	726	1.680	364
1982 ⁴	5.045	907	1.178	274	995	1.456	235
1983	5.234	951	1.280	290	1.042	1.450	222
1984	6.064	1.083	1.411	344	1.185	1.759	282
1985	6.512	1.154	1.478	376	1.313	1.880	310
1986	7.221	1.266	1.616	395	1.457	2.134	353
1987	7.849	1.352	1.770	429	1.598	2.311	389
1988	8.906	1.497	2.202	593	1.681	2.503	432
1989	7.826	1.463	1.180	451	1.898	2.338	494
1990	8.425	1.591	1.237	291	2.015	2.730	560
1991	9.685	1.824	1.304	353	2.322	3.190	692
1992	10.844	2.056	1.337	403	2.609	3.589	850
1993 ⁵	11.140	2.110	1.317	428	2.711	3.629	945

Neue Bundesländer

Jahr	Heil-u. Hilfsmittel insgesamt	Orthop. Heil- u. Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse, Hilfsmittel bes. Art ²	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Sonstige ³
1991	1.081	377	207	57	160	196	85
1992	1.817	562	335	116	299	341	164
1993 ⁵	2.084	597	359	120	361	411	236

SVRKAiG 1994.

1 Erst ab 1982 getrennt erfaßt, bis dahin bei Sehhilfen verbucht.

2 Erst ab 1976 verbucht.

3 Verbands-, Heil- und Hilfsmittel und Arzneien anderer Herkunft, ab 1993 inkl. Behandlung durch sonstige Heilpersonen.

4 Wegen der Änderung des Kontenrahmens 1982 sind die Werte vor 1982 nur eingeschränkt mit den Werten ab 1982 vergleichbar.

5 1.-4. Quartal 1993

Quelle: BMA.

Tabelle T 581: Veränderung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in %

Alte Bundesländer

Jahr	Heil-u. Hilfsmittel insgesamt	Orthop. Heil- u. Hilfsmittel	Schhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse, Hilfsmittel bes. Art ²	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Sonstige ³
1970	-	-	-	-	-	-	-
1971	33,6	41,6	22,9	-	-	35,4	48,6
1972	32,3	22,3	40,5	-	-	31,1	45,5
1973	38,4	22,5	64,2	-	-	27,0	28,8
1974	28,4	26,3	24,6	-	-	33,3	38,8
1975	23,2	24,8	20,2	-	-	21,2	43,4
1976	18,3	1,1	6,1	-	-	16,4	13,7
1977	9,4	4,5	3,5	-	31,2	15,2	2,6
1978	15,1	6,6	10,7	-	28,0	21,9	11,7
1979	13,3	10,5	9,5	-	25,4	14,1	15,0
1980	12,1	12,7	10,3	-	16,3	13,1	6,2
1981	8,0	5,3	8,9	-	17,1	4,5	11,7
1982 ⁴	-4,3	-3,2	-24,8	-	37,1	-13,1	-35,4
1983	3,7	4,9	8,7	5,8	4,7	-0,4	-5,5
1984	15,9	13,9	10,2	18,6	13,7	21,3	27,0
1985	7,4	6,6	4,7	9,3	10,8	6,9	9,9
1986	10,9	9,7	9,3	5,1	11,0	13,5	13,9
1987	8,7	6,8	9,5	8,6	9,7	8,3	10,2
1988	13,5	10,7	24,4	38,3	5,2	8,3	11,0
1989	-12,1	-2,2	-46,4	-23,9	13,0	-6,6	14,5
1990	7,7	8,7	4,8	-35,4	6,1	16,8	13,2
1991	15,0	14,6	5,4	21,3	15,2	16,8	23,6
1992	12,0	12,7	2,5	14,2	12,4	12,5	22,8
1993 ⁵	2,7	2,6	-1,5	6,2	3,9	1,1	11,2

Neue Bundesländer

Jahr	Heil-u. Hilfsmittel insgesamt	Orthop. Heil- u. Hilfsmittel	Schhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse, Hilfsmittel bes. Art ²	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Sonstige ³
1992	68,1	49,1	61,8	103,5	86,9	74,0	92,9
1993 ⁵	14,7	6,2	7,2	3,4	20,7	20,5	43,9

SVRKAiG 1994

- 1 Erst ab 1982 getrennt erfaßt, bis dahin bei Schhilfen verbucht.
- 2 Erst ab 1976 verbucht.
- 3 Verbands-, Heil- und Hilfsmittel und Arzneien anderer Herkunft.
- 4 Wegen der Änderung des Kontenrahmens sind die Werte vor 1982 nur eingeschränkt mit den Werten ab 1982 vergleichbar.
- 5 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA.

Tabelle T 582: Anteile der Heil- und Hilfsmittel an den GKV-Leistungsausgaben in %

Alte Bundesländer

Jahr	Heil-u. Hilfsmittel insgesamt	Orthop. Heil- u. Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse, Hilfsmittel bes. Art ²	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Sonstige ³
1970	2,8	0,8	1,0	-	-	0,9	0,2
1971	3,0	0,9	1,0	-	-	1,0	0,2
1972	3,4	1,0	1,2	-	-	1,1	0,2
1973	4,0	1,0	1,6	-	-	1,1	0,3
1974	4,3	1,0	1,7	-	-	1,3	0,3
1975	4,4	1,1	1,7	-	-	1,3	0,4
1976	4,8	1,0	1,6	-	0,4	1,4	0,4
1977	5,0	1,0	1,6	-	0,5	1,5	0,4
1978	5,4	1,0	1,7	-	0,6	1,7	0,4
1979	5,6	1,0	1,7	-	0,7	1,8	0,4
1980	5,7	1,0	1,7	-	0,7	1,9	0,4
1981	5,7	1,0	1,7	-	0,8	1,8	0,4
1982 ⁴	5,4	1,0	1,3	0,3	1,1	1,5	0,2
1983	5,5	1,0	1,4	0,3	1,1	1,5	0,2
1984	5,8	1,0	1,4	0,3	1,1	1,7	0,3
1985	6,0	1,1	1,4	0,3	1,2	1,7	0,3
1986	6,3	1,1	1,4	0,3	1,3	1,9	0,3
1987	6,6	1,2	1,5	0,4	1,3	1,9	0,3
1988	7,0	1,2	1,7	0,4	1,3	2,0	0,3
1989	6,3	1,2	1,0	0,4	1,5	1,9	0,4
1990	6,3	1,2	0,9	0,2	1,5	2,0	0,4
1991	6,4	1,2	0,9	0,2	1,5	2,1	0,5
1992	6,5	1,2	0,8	0,2	1,6	2,1	0,5
1993 ⁵	6,7	1,3	0,8	0,3	1,6	2,2	0,6

Neue Bundesländer

Jahr	Heil-u. Hilfsmittel insgesamt	Orthop. Heil- u. Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse, Hilfsmittel bes. Art ²	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Sonstige ³
1991	4,9	1,7	0,9	0,3	0,7	0,9	0,4
1992	5,7	1,8	1,1	0,4	0,9	1,1	0,5
1993 ⁵	6,1	1,7	1,0	0,3	1,1	1,2	0,7

SVRKAiG 1994

¹ Erst ab 1982 getrennt erfaßt, bis dahin bei Sehhilfen verbucht.

² Erst ab 1976 verbucht.

³ Verbands-, Heil- und Hilfsmittel und Arzneien anderer Herkunft.

⁴ Wegen der Änderungen des Kontenrahmens 1982 sind die Werte der Vorjahre nur eingeschränkt mit den Werten ab 1982 vergleichbar.

⁵ 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA.

Graphik G 582: Anteil der Heil- und Hilfsmittel an den GKV-Leistungsausgaben, alte Bundesländer

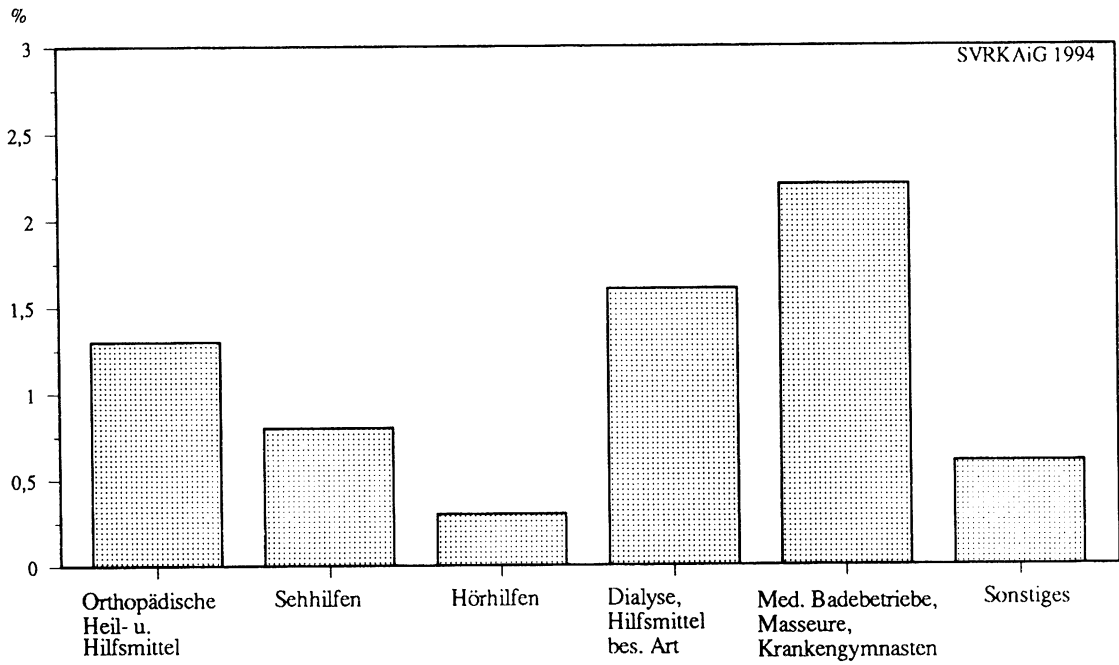


Tabelle T 583: Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel nach Kassenarten in Mio. DM

Alte Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1970	667	312	92	23	207
1971	891	411	122	31	283
1972	1.179	547	158	42	377
1973	1.631	715	214	58	542
1974	2.095	919	272	75	698
1975	2.582	1.144	329	95	852
1976	3.054	1.367	378	117	1.007
1977	3.367	1.496	424	131	1.085
1978	3.844	1.714	481	152	1.257
1979	4.356	1.931	544	176	1.428
1980	4.881	2.157	611	197	1.604
1981	5.273	2.303	655	213	1.762
1982	5.046	2.175	613	201	1.752
1983	5.234	2.296	644	215	1.761
1984	6.064	2.640	737	249	2.076
1985	6.512	2.833	782	268	2.246
1986	7.221	3.142	873	294	2.488
1987	7.849	3.405	950	319	2.711
1988	8.906	3.850	1.091	361	3.082
1989	7.826	3.389	919	321	2.742
1990	8.425	3.652	1.029	356	2.911
1991	9.686	4.165	1.189	410	3.386
1992	10.844	4.623	1.319	458	3.893
1993 ²	11.140	4.672	1.313	473	4.085

Neue Bundesländer

Jahr	GKV ¹	OKK	BKK	IKK	EK
1991	1.081	725	69	11	239
1992	1.817	1.152	124	30	438
1993 ²	1.780	1.138	121	30	437

SVRKAiG 1994

¹ Inkl. SKK, LKK und BuKn.

² 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA.

Tabelle T 584: Jährliche Veränderung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel nach Kassenarten in %

Alte Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EK
1970	-	-	-	-	-
1971	33,6	31,7	32,6	34,8	36,7
1972	32,3	33,1	29,5	35,5	33,2
1973	38,3	30,7	35,4	38,1	43,8
1974	28,4	28,5	27,1	29,3	28,8
1975	23,2	24,5	21,0	26,7	22,1
1976	18,3	19,5	14,9	23,2	18,2
1977	10,2	9,4	12,2	12,0	7,7
1978	14,2	14,6	13,4	16,0	15,9
1979	13,3	12,7	13,1	15,8	13,6
1980	12,1	11,7	12,3	11,9	12,3
1981	8,0	6,8	7,2	8,1	9,9
1982	- 4,3	- 5,6	- 6,4	- 5,6	- 0,6
1983	3,1	5,6	5,1	7,0	0,5
1984	15,9	15,0	14,4	15,8	17,9
1985	7,4	7,3	6,1	7,6	8,2
1986	10,9	10,9	11,6	9,7	10,8
1987	8,7	8,4	8,8	8,5	9,0
1988	13,5	13,1	14,9	13,0	13,7
1989	- 12,1	- 12,0	- 15,8	- 11,3	- 11,0
1990	7,7	7,7	12,0	10,9	6,2
1991	15,0	14,0	15,5	15,2	16,3
1992	12,0	11,0	10,9	11,7	13,4
1993	2,7	1,1	- 0,5	3,3	6,4

Neue Bundesländer

Jahr	GKV	OKK	BKK	IKK	EK
1992	68,1	58,9	79,7	172,7	83,3
1993	- 2,0	- 1,2	- 2,4	0,0	- 0,2

SVRKAiG 1994

1 Inkl. SKK, LKK und BuKn.

2 1.-4. Quartal 1993.

Quelle: BMA.

6. Daten zur finanziellen Situation der PKV

Tabelle T 600: Einnahmen in der privaten Krankenversicherung in Mio. DM, alte Bundesländer

Jahr	Einnahmen ¹	Vermögens- erträge u. sonstige Einnahmen	Beitrags- einnahmen ²				
				Krankheits- kosten- vers.	Selbständ. KH-Tagegeld- vers.	Sonstige selbständ. Teilvers. ³	Kranken- tagegeld vers.
1970	4.372	297	4.076	2.474	-	1.335	267
1971	4.844	368	4.475	2.663	-	1.502	310
1972	5.278	424	4.855	2.825	-	1.681	349
1973	5.658	483	5.176	2.895	-	1.878	403
1974	6.404	600	5.804	3.228	-	2.123	453
1975	7.075	554	6.521	3.840	.857	1.335	489
1976	7.820	661	7.160	4.354	.927	1.336	542
1977	8.533	714	7.822 ³	4.877 ⁴	910 ⁵	1.440 ⁵	596 ⁵
1978	9.258	768	8.478 ³	5.339 ⁴	954 ⁵	1.513 ⁵	669 ⁵
1979	9.780	807	8.970 ³	5.586 ⁴	1.007 ⁵	1.656 ⁵	721 ⁵
1980	10.685	831	9.844 ³	6.183 ⁴	1.045 ⁵	1.823 ⁵	793 ⁵
1981	11.929	1.071	10.858 ³	6.813 ⁴	1.097 ⁵	2.108 ⁵	840 ⁵
1982	13.237	1.339	11.893	7.570	1.113	2.311	898
1983	14.152	1.544	12.604	8.118	1.162	2.395	929
1984	14.877	1.764	13.114	8.402	1.276	2.424	1.009
1985	16.159	2.573	13.586	8.675	1.267	2.609	1.013
1986	15.780	2.120	13.661	8.641	1.420	2.518	1.059
1987	16.872	2.981	13.892	8.754	1.435	2.567	1.136
1988	18.510	3.322	15.171	9.777	1.464	2.728	1.203
1989	20.067	3.014	17.036	11.318	1.501	2.894	1.322
1990	21.215	2.545	18.670	12.587	1.500	3.166	1.418
1991	23.675	3.104	20.571	14.098	1.544	3.410	1.519
1992	26.181	3.484	22.697	15.816	1.577	3.698	1.606

SVRKAiG 1994

¹ Beiträge und Vermögenserträge.

² Ab 1975 sind die Nebenleistungen in den Beitragseinnahmen erfaßt.

³ Enthält bis 1974 auch die Krankenhaustagegeldversicherung.

⁴ Unabgegrenzte Beitragseinnahmen.

Quelle: BPI, PKV.

Tabelle T 601: Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung in Mio. DM, alte Bundesländer

Jahr	Gesamt- leistung						Beitrags- rücker- stattung
		Krankenhaus	Ambulante Behandlung	Arznei- mittel	Zahnbehand- lung/Zahn- ersatz	son- stige Lei- stungen ¹	
1970	2.887	900	503	436	131	635	283
1971	3.223	1.017	551	454	150	712	359
1972	3.567	1.186	578	466	174	798	365
1973	3.833	1.346	620	454	209	905	362
1974	4.201	1.564	717	478	277	1.027	218
1975	4.792	1.793	823	503	352	1.141	179
1976	5.209	1.913	883	517	418	1.261	218
1977	5.655	2.017	890	502	511	1.310	424
1978	6.337	2.162	1.014	518	625	1.420	598
1979	6.900	2.357	1.123	543	738	1.559	580
1980	7.671	2.632	1.272	579	856	1.687	645
1981	8.359	2.980	1.428	667	980	1.780	525
1982	8.895	3.220	1.524	677	1.028	1.825	621
1983	9.033	3.344	1.576	687	1.044	1.701	679
1984	9.915	3.584	1.661	728	1.081	1.827	1.034
1985	10.700	3.751	1.728	808	1.155	1.925	1.334
1986	11.026	3.975	1.770	802	1.216	2.117	1.146
1987	12.211	4.244	1.926	858	1.334	2.278	1.571
1988	13.068	4.583	2.125	923	1.395	2.391	1.652
1989	13.795	4.878	2.399	1.008	1.708	2.518	1.285
1990	15.152	5.335	2.736	1.097	1.971	2.716	1.295
1991	17.104	5.954	3.084	1.221	2.180	2.909	1.756
1992	18.619	6.576	3.477	1.380	2.538	3.160	1.487

SVRKAiG 1994

¹ Krankenhaustagegeld, Heil- und Hilfsmittel, Zusatzleistung im Todesfall, Krankentagegeld und sonstige nicht aufgeteilte Leistungen.

Quelle: PKV.

Tabelle T 602: Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer

Jahr	Gesamtleistung	Krankenhaus	Ambulante Behandlung	Arzneimittel	Zahnbehandlung/Zahnersatz	sonstige Leistungen ¹	Beitragsrückerstattung
1970	-	-	-	-	-	-	-
1971	11,6	13,0	9,5	4,1	14,5	12,1	26,9
1972	10,7	16,6	4,9	2,6	16,0	12,1	1,7
1973	7,5	13,5	7,3	- 2,6	20,1	13,4	- 0,8
1974	9,6	16,2	15,6	5,3	32,5	13,5	- 39,8
1975	14,1	14,6	14,8	5,2	27,1	11,1	- 17,9
1976	8,7	6,7	7,3	2,8	18,8	10,5	21,8
1977	8,6	5,4	0,8	- 2,9	22,2	3,9	94,5
1978	12,1	7,2	13,9	3,2	22,3	8,4	41,0
1979	8,9	9,0	10,7	4,8	18,1	9,8	- 3,0
1980	11,2	11,7	13,3	6,6	16,6	8,2	11,2
1981	9,0	13,2	12,3	15,2	14,5	5,5	- 18,6
1982	6,4	8,1	6,7	1,5	4,9	2,5	18,3
1983	1,6	3,9	3,4	1,5	1,6	- 6,8	9,3
1984	9,8	7,2	5,4	6,0	3,5	7,4	52,3
1985	7,9	4,7	4,0	11,0	6,8	5,4	29,0
1986	3,0	6,0	2,4	- 0,7	5,3	10,0	- 14,1
1987	10,7	6,8	8,8	7,0	9,7	7,6	37,1
1988	7,0	8,0	10,3	7,6	4,6	5,0	5,2
1989	5,6	6,4	12,9	9,2	22,4	5,3	- 22,2
1990	9,8	9,4	28,8	8,8	15,9	7,9	0,7
1991	12,9	11,6	12,7	11,3	10,6	7,1	35,6
1992	8,9	10,4	12,7	13,0	16,4	8,6	- 15,3

SVRKAiG 1994

¹ Krankenhaustagegeld, Heil- und Hilfsmittel, Zusatzleistung im Todesfall, Krankentagegeld und sonstige nicht aufgeteilte Leistungen.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage PKV.

Tabelle T 603: Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung je Versicherten¹ in DM, alte Bundesländer

Jahr	Gesamtleistung	Krankenhaus	Ambulante Behandlung	Arzneimittel	Zahnbehandlung/Zahnersatz	sonstige Leistungen ²	Beitragsrückerstattung
1970	506,8	158,0	88,3	76,5	23,0	111,5	49,7
1971	617,8	194,9	105,6	87,0	28,8	136,5	68,8
1972	676,0	224,7	109,5	88,3	33,0	151,2	69,2
1973	785,1	275,7	127,0	93,0	42,8	185,4	74,1
1974	924,3	344,1	157,8	105,2	60,9	226,0	48,0
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976	1.162,2	426,8	197,0	115,4	93,3	281,3	48,6
1977	1.238,2	441,6	194,9	109,9	111,9	286,8	92,8
1978	1.380,9	471,1	221,0	112,9	136,2	309,4	130,3
1979	1.482,3	506,3	241,2	116,6	158,5	334,9	124,6
1980	1.663,6	570,8	275,9	125,6	185,6	365,9	139,9
1981	1.779,3	634,3	304,0	142,0	208,6	378,9	111,7
1982	1.824,6	660,5	312,6	138,9	210,9	374,4	127,4
1983	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-
1985	2.083,7	730,5	336,5	157,4	224,9	374,9	259,8
1986	2.076,9	748,7	333,4	151,1	229,0	398,8	215,9
1987	2.142,3	744,6	337,9	150,5	234,0	399,6	275,6
1988	2.204,1	773,0	358,4	155,7	235,3	403,3	278,6
1989	2.149,8	760,2	373,9	157,1	266,2	392,4	200,2
1990	2.290,8	806,6	413,6	165,9	298,0	410,6	195,8

SVRKAiG 1994

¹ In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen über die Versichertenzahl statt.

² Krankenhaustagegeld, Heil- und Hilfsmittel, Zusatzleistung im Todesfall, Krankentagegeld und sonstige nicht aufgeteilte Leistungen.

Quelle: PKV, StBA und eigene Berechnungen.

Graphik G 603: Anteil der Leistungsausgaben an den Gesamtleistungen der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer

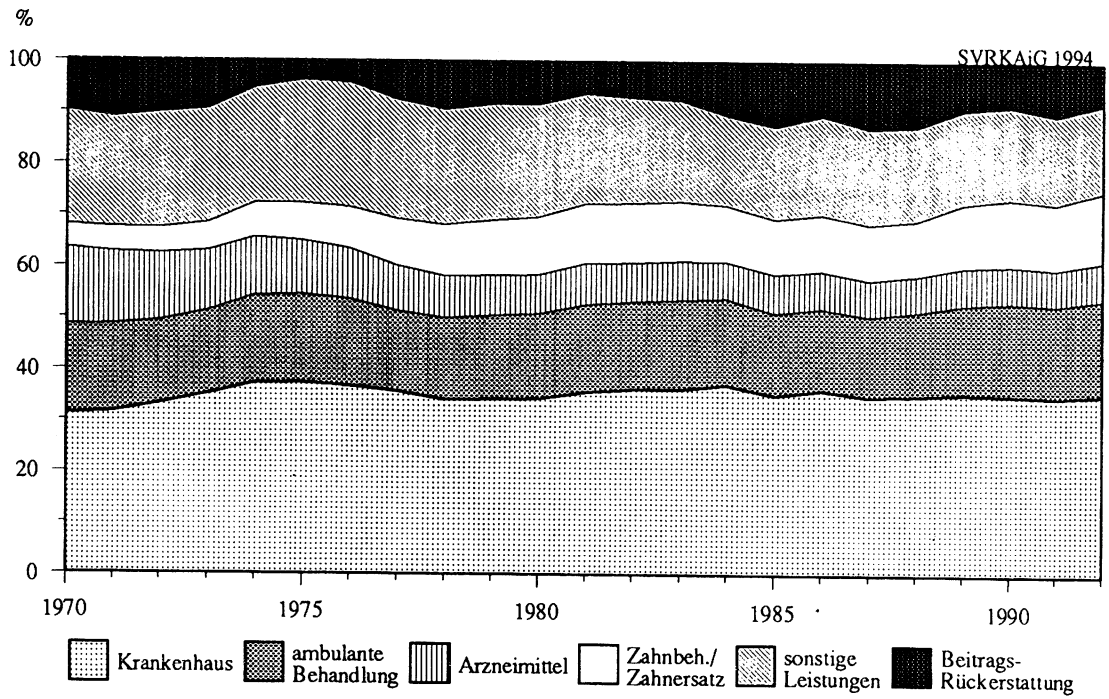


Tabelle T 604: Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben und Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherung je Versicherten in %, alte Bundesländer¹

Jahr	Versicherungsleistungen insgesamt	Krankenhaus	Ambulante Behandlung	Arzneimittel	Zahnbehandlung/Zahnersatz	sonstige Leistungen ²	Beitragsrückerstattung
1970	-	-	-	-	-	-	-
1971	21,9	23,4	19,6	13,7	25,2	22,4	38,4
1972	9,4	15,3	3,7	1,5	14,6	10,8	0,6
1973	16,1	22,7	16,0	5,3	29,7	22,6	7,1
1974	17,7	24,8	24,3	13,1	42,3	21,9	- 35,2
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976 ³	25,7	24,0	24,8	9,7	53,2	24,5	1,3
1977	6,5	3,5	- 1,1	- 4,8	19,9	2,0	90,9
1978	11,5	6,7	13,4	2,7	21,7	7,9	40,4
1979	7,3	7,5	9,1	3,3	16,4	8,2	- 4,4
1980	12,2	12,7	14,4	7,7	17,1	9,3	12,3
1981	7,0	11,1	10,2	13,1	12,4	3,6	- 20,2
1982	2,5	4,1	2,8	- 2,2	1,1	- 1,2	14,1
1983	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-
1985 ⁴	14,2	10,6	7,6	13,3	6,6	0,1	103,8
1986	- 0,3	2,5	- 0,9	- 4,0	1,8	6,4	- 16,9
1987	3,1	- 0,5	1,3	- 0,4	2,2	0,2	27,7
1988	2,9	3,8	6,1	3,5	0,6	0,9	1,1
1989	- 2,5	- 1,7	4,3	0,9	5,1	- 2,7	- 28,1
1990	6,6	6,1	10,7	5,6	11,9	4,6	2,2

SVRKAiG 1994

- 1 In den Jahren 1975, 1983 und 1984 fanden keine Erhebungen über die Versichertenzahl statt.
- 2 Krankenhaustagegeld, Heil- und Hilfsmittel, Zusatzleistung im Todesfall, Krankentagegeld und sonstige nicht aufgeteilte Leistungen.
- 3 Werte beziehen sich auf 2-Jahreszeitraum.
- 4 Werte beziehen sich auf 3-Jahreszeitraum.

Quelle: PKV, StBA und eigene Berechnungen.

Tabelle T 605: Anteil der Leistungsausgaben an den Gesamtleistungen der privaten Krankenversicherung in %, alte Bundesländer

Jahr	Krankenhaus	Ambulante Behandlung	Arznei- mittel	Zahnbehand- lung Zahnersatz	sonstige Leistungen ¹	Beitrags- rück- erstattung
1970	31,1	17,4	15,1	4,5	22,0	9,8
1971	31,6	17,1	14,1	4,7	22,1	11,1
1972	33,2	16,2	13,1	4,9	22,4	10,2
1973	35,1	16,2	11,8	5,5	23,6	9,4
1974	37,2	17,1	11,4	6,6	24,4	5,2
1975	37,4	17,2	10,5	7,3	23,8	3,7
1976	36,7	17,0	9,9	8,0	24,2	4,2
1977	35,7	15,7	8,9	9,0	23,2	7,5
1978	34,1	16,0	8,2	9,9	22,4	9,4
1979	34,2	16,3	7,9	10,7	22,6	8,4
1980	34,3	16,6	7,6	11,2	22,0	8,4
1981	35,6	17,1	8,0	11,7	21,3	6,3
1982	36,2	17,1	7,6	11,6	20,5	7,0
1983	36,2	17,5	7,6	11,6	18,8	7,5
1984	37,1	16,8	7,3	10,9	18,4	10,4
1985	35,1	16,1	7,5	10,8	18,0	12,5
1986	36,1	16,0	7,3	11,0	19,2	10,4
1987	34,8	15,8	7,0	10,9	18,7	12,9
1988	35,1	16,3	7,1	10,7	18,3	12,6
1989	35,4	17,4	7,3	12,4	18,3	9,3
1990	35,2	18,1	7,2	13,0	17,9	8,5
1991	34,8	18,0	7,1	12,7	17,0	10,3
1992	35,3	18,7	7,4	13,6	17,0	8,0

SVRKAiG 1994

¹ Krankenhaustagegeld, Heil- und Hilfsmittel, Zusatzleistungen im Todesfall, Krankentagegeld und sonstige nicht aufgeteilte Leistungen.

Quelle: PKV.

