



WISO

INSTITUT FÜR WIRTSCHAFT & SOZIALES GmbH

**Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im
deutschen Gesundheitswesen unter besonderer
Berücksichtigung der GKV**

Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

Dr. Hermann Berié, Dr. Grit Braeseke, Ulf Fink und Dr. Ingrid Völker

Kurzfassung

August 2005

Einleitung

Die Studie analysiert die Finanzentwicklung des deutschen Gesundheitswesens in den letzten 25 Jahren, zieht internationale Vergleiche und unterbreitet Vorschläge für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Dabei soll die relative Konstanz der Ausgaben der GKV im Verhältnis zum BIP in den letzten 20 - 25 Jahren im Vergleich zu den anderen Bereichen des Gesundheitswesens aufgezeigt werden. Darüber hinaus soll dokumentiert werden, wie die Kostensteuerung der GKV insbesondere im Vergleich mit der PKV funktioniert hat und wo Ansatzpunkte zu Reformen der GKV bestehen.

„Welche Vergleiche man auch immer zu Rate zieht, sei es der internationale Vergleich der Gesundheitssysteme, sei es der Vergleich GKV/PKV, sei es der Vergleich der verschiedenen Ausgabenarten der GKV mit mehr oder weniger Steuerungsmöglichkeiten, immer ist das Ergebnis eindeutig: Es wäre ein fataler Fehler, die Entwicklung der Ausgabenseite aus dem Blick zu verlieren und sich auf die Einnahmenseite zu konzentrieren. Das jüngste Beispiel ist die Schweiz, die trotz oder wegen der Einführung der Gesundheitsprämie ohne entsprechende Steuerung der Ausgabenseite zum zweitteuersten Gesundheitswesen der Welt geworden ist.

Das alles spricht nicht gegen mehr private Vorsorge und auch nicht dagegen, den Leistungskatalog der GKV, der zu den umfangreichsten der Welt gehört, immer wieder kritisch zu überprüfen. Es wäre aber ein schwerer politischer und wirtschaftlicher Fehler, die Gesundheitsversorgung breiter Schichten den Gesetzen des Marktes zu unterwerfen.

Die Politik hat Wert darauf gelegt, dass im deutschen Gesundheitswesen nur das finanziert wird, was sich als wirksam und sinnvoll erwiesen hat (evidence based medicine). Man kann deshalb von der Politik zu Recht verlangen, dass auch diese ihr Handeln an nachprüfbareren Fakten orientiert. Die Fakten liegen vor. Die Schlussfolgerungen sind eindeutig.“

1. Gesundheitsausgaben: Position Deutschlands im internationalen Vergleich

Analysen des Leistungsangebots zeigen, dass in Ländern mit staatswirtschaftlich organisierten Gesundheitsangeboten und staatlich regulierten nationalen Gesundheitsdiensten häufig Versorgungsengpässe und Wartezeiten bis hin zur Rationierung von Gesundheitsleistungen zu verzeichnen sind. Großbritannien ist hier ein besonders eklatantes Beispiel. Mit seiner staatlich organisierten Gesundheitsversorgung (Nationaler Gesundheitsdienst) gehen unzureichende Angebote an Gesundheitsdiensten im ambulanten und stationären Sektor einher. Eine Kontingentierung von Gesundheitsdienstleistungen ist vielfach Praxis, insbesondere Einschränkungen für ältere Patienten.¹ In privaten Zusatzversicherungen können sich diejenigen, die es sich leisten können, für stationäre Behandlungen ohne Wartezeiten versichern.

Zwar sind valide und eindeutige Angaben über Kontingentierungen und Wartezeiten für medizinische Behandlungen nur begrenzt verfügbar. Die vorliegenden Belege zeigen jedoch interessante Zusammenhänge zwischen Wartezeiten, der Steuerfinanzierung sowie vor allem der staatlichen Organisation von Gesundheitssystemen.

Wartezeiten, Finanzierung und Struktur von Gesundheitssystemen ausgewählter Länder

Länder	Wartezeiten	Pro-Kopf-Ausgaben in €	Anteil Steuerfinanzierung in %	staatliche Organisation d. Gesundheitswesens
Australien 2001	Ja	1.979	73	Ja
Belgien 2000	Nein	2.819	27	Nein
Dänemark 2001	Ja	3.776	78	Ja
Deutschland 2001	Nein	3.566	8	Nein
Frankreich 2001	Nein	3.027	2	Nein
Großbritannien 2001	Ja	2.471	63	Ja
Italien 2000	Ja	2.136	56	Ja
Kanada 2000	Ja	2.355	70	Ja
Niederlande 2002	Ja	3.502	4	Nein
Österreich 2002	Nein	3.115	24	Nein
Schweden 2000	Ja	3.963	61	Ja
Schweiz 2000	Nein	4.599	24	Nein
USA 2000	Ja	4.334	34	Nein

Übersicht 1, Quelle: Beske u. a., 2004, und eigene Berechnungen / Zusammenstellungen

¹ Vgl. dazu ausführliche Berichte in Beske, F., Drabinski, T. und Zöllner, H. (2004).

Fazit:

- Die Gesundheitsausgaben haben weltweit ein beträchtliches ökonomisches Gewicht angenommen. In rund der Hälfte der untersuchten Länder beanspruchen sie inzwischen um ein Zehntel des Bruttoinlandsproduktes (BIP). In den USA sind es sogar mehr als ein Siebtel.
- Das Ausmaß der Gesundheitsausgaben ist in allen Ländern in dem untersuchten 25-Jahres-Zeitraum 1977-2002 mehr oder weniger stark gestiegen. In 10 der Länder um mindestens 40 bis weit über 100 %.
- Diese Zunahme betrifft sowohl die öffentlichen, mehr noch in den meisten Ländern die privaten Gesundheitsausgaben. Jedoch hat sich deren Anteil an den Gesamtausgaben in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich entwickelt. Besonders hervorstechend ist die beachtliche Erhöhung des Privatanteils in den staatlich finanzierten Ländern, was auf strukturelle Verschiebungen in diesem System hinweist.
- Hinsichtlich der Effizienz, der Steuerung der Ausgaben sowie Qualität und Spektrum der Leistungsangebote (Wartezeiten) sprechen die Vergleichsdaten dafür, dass weder privat und marktwirtschaftlich organisierte Systeme (z. B. USA, Schweiz) noch staatlich organisierte und steuerfinanzierte Systeme (z. B. Großbritannien, Italien) besonders erfolgsträchtig ist. Es sind eher die Gesundheitssysteme, bei denen eine Balance von privaten, marktwirtschaftlichen Elementen einerseits und staatlichen bzw. quasi-staatlichen Elementen andererseits bestimmend sind, die die vergleichsweise besten Ergebnisse hinsichtlich Effizienz, Kostensteuerung und Qualität erzielen.

2. Deutschland - Gesundheitsausgaben nach Trägern: PKV mit hohen Steigerungsraten

Die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts ist durch eine - zeitweise geradezu explosionsartige - Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland gekennzeichnet. Dabei fiel und fällt das Hauptaugenmerk auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Tatsache ist jedoch, dass in den beiden letzten Dekaden dieses Zeitraums gerade bei der GKV eine relative Beruhigung eingetreten ist. Im Gegensatz dazu sind die Gesundheitsausgaben bei der privaten Krankenversicherung (PKV), den privaten Haushalten und den öffentlichen Haushalten fast doppelt so stark gestiegen wie in der GKV.

Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Trägern (1992 – 2003)

Träger	Millionen Euro		%
	1992	2003	2003/1992
Private Krankenversicherung	11.946	20.612	72,5
Private Haushalte ¹⁾	17.391	29.409	69,1
Öffentliche Haushalte ²⁾	21.151	35.285	66,8
Alle Träger ohne GKV	64.115	103.670	61,7
Alle Träger	163.087	239.701	47,0
Arbeitgeber	6.969	9.923	42,4
Gesetzliche Unfallversicherung	2.923	4.097	40,2
Gesetzliche Krankenversicherung	98.972	136.031	37,4
Gesetzliche Rentenversicherung	3.735	4.344	16,3

Übersicht 2, ¹⁾ einschl. Pflegeversicherung, ²⁾ einschl. Private Organisationen ohne Erwerbscharakter

Dieser Trend spiegelt sich auch bei einer Betrachtung der Anteile der Träger der Gesundheitsausgaben am BIP wieder. So blieb im Zeitraum vor der Wiedervereinigung, in den Jahren 1977 bis 1992, der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den alten Bundesländern relativ stabil und lag bei 5,17 % bzw. 5,58 % am BIP. Im Zuge der Wiedervereinigung und durch einigungsbedingte Belastungen gab es einen Sprung in der Ausgabenentwicklung auf 6,14 % am BIP für Gesamtdeutschland im Jahr 1992. In den Folgejahren jedoch können wir wieder eine deutliche Stabilisierung der Ausgabenentwicklung der GKV beobachten mit zuletzt 6,39 % am BIP in 2003. Wesentlich deutlichere Steigerungsraten haben wir bei der PKV und den privaten und öffentlichen Haushalten.

Die Entwicklung der Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt seit 1992 zeigt insgesamt, dass sich mit Ausnahme der Rentenversicherung, die infolge der ab 1997 eingetretenen drastischen Sparmaßnahmen bei Kuren und Rehabilitation noch geringer gestiegen ist, kein Träger dem Trend wachsender Belastung des Sozialprodukts durch die Gesundheitsausgaben entziehen konnte. Der Belastungsanstieg der GKV fällt jedoch mit 0,25 Prozentpunkten deutlich geringer aus als der Durchschnitt aller anderen Träger mit knapp einem Prozentpunkt.² Relativ gesehen springt dies noch deutlicher ins Auge. So ist der Anteil der GKV von 1992 bis 2003 nur um 4 % gestiegen, während die Zunahme bei allen anderen Trägern im Durchschnitt 23 % be-

² Wie nachstehende Tabelle zeigt, hat sich der Anstieg bei der GKV praktisch in den letzten drei Jahren vollzogen, nachdem ihr Anteil im Jahr 2000 – nach vorübergehendem Anstieg vom 1994 bis 1996 – auf dem Ausgangsniveau 1992 lag. Bei den übrigen Trägern zeigt sich dagegen ein mehr oder weniger gleichmäßiger Anstieg seit 1992, besonders deutlich die kontinuierliche Aufwärtsbewegung der PKV.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
GKV	6,14	6,00	6,20	6,27	6,36	6,18	6,13	6,15	6,13	6,21	6,33	6,39
PKV	0,74	0,78	0,79	0,81	0,81	0,84	0,85	0,87	0,88	0,90	0,94	0,97
Alle *)	3,97	4,16	4,18	4,50	4,71	4,71	4,69	4,69	4,68	4,77	4,82	4,87

*) Träger ohne GKV

trägt. Bei den privaten Haushalten und der privaten Krankenversicherung sind es sogar 28 bzw. 31 %.

Gesundheitsausgaben in Deutschland, Anteil der Träger am BIP (1992 – 2003)

Träger	% BIP		%-Punkte	%
	1992	2003	2003 - 1992	2003/1992
Gesetzliche Krankenversicherung	6,14	6,39	+ 0,25	+ 4,1
Öffentliche Haushalte	1,31	1,66	+ 0,35	+ 26,7
Private Haushalte	1,08	1,38	+ 0,30	+ 27,8
Private Krankenversicherung	0,74	0,97	+ 0,23	+ 31,1
Arbeitgeber	0,43	0,47	+ 0,04	+ 9,3
Gesetzliche Rentenversicherung	0,23	0,20	- 0,03	- 13,0
Gesetzliche Unfallversicherung	0,18	0,19	+ 0,01	+ 5,6
Alle Träger	10,11	11,26	+ 1,15	+ 11,4
Alle Träger ohne GKV	3,97	4,87	+ 0,90	+ 22,6

Übersicht 3

Der Anteil der PKV-Ausgaben am BIP hat sich im Zeitraum 1977 – 2003 sogar nahezu verdoppelt und stieg von 0,49 % in 1977 auf 0,97 % im Jahr 2003.

Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

Träger	Altes Bundesgebiet			Deutschland			
	in % des BIP						
	1977	1992	Steigerung 1992 gegen 1977 in %	1992	2003	Steigerung 2003 gegen 1992 in %	Steigerung 2003 gegen 1977 in %
Gesetzliche Krankenversicherung	5,17	5,58	+ 7,9	6,14	6,39	+ 4,1	+ 23,6
Private Krankenversicherung	0,49	0,66	+ 34,7	0,74	0,97	+ 31,1	+ 98,0
Alle Träger	8,82	9,63	+ 9,2	10,11	11,26	+ 11,4	+ 27,7

Übersicht 4

Die unterschiedliche Ausgabenentwicklung von GKV und PKV in den letzten Jahren wird auch illustriert, wenn die Steigerungsraten der Leistungsausgaben je Mitglied bzw. je Vollversichertem verglichen werden. Diese waren bei der PKV höher als bei der GKV. So lag die Gesamtsteigerung der Ausgaben je Vollversichertem bei der PKV zwischen 1992 und 2001 bei rund 43 %, zwischen 1985 und 2001 sogar bei 122 %! Bei der GKV ergeben sich entsprechende Steige-

rungsraten von 27 % je Mitglied bzw. 30 % je Versichertem zwischen 1992 und 2001 sowie 67 % je Mitglied bzw. 89 % je Versichertem zwischen 1985 und 2001.

Der Anstieg der Prämien bzw. Beiträge spiegelt denselben Sachverhalt. Er betrug zwischen 1992 und 2001 bei der PKV etwa 57 %. Der Vergleichswert je Mitglied für die GKV liegt bei rund 33 % und pro Versichertem bei rund 35 %.³

Fazit:

Hätten sich im Zeitraum 1992 – 2003 die Pro-Kopf-Ausgaben bei der GKV wie bei der PKV entwickelt, hätte dies eine zusätzliche Beitragserhöhung von 2 % nötig gemacht (20 Mrd. höhere Ausgaben). Für einen längeren Zeitraum (1985 – 2001) würde sich ein Mehrbetrag von rund 43 Mrd. ergeben, um den die GKV-Ausgaben bei Unterstellung der Steigerungsraten der PKV höher gelegen hätten. Dies entspricht rund 4,5 Beitrags-Prozentpunkten in der GKV und einem hypothetischen Beitragssatz von ca. 18,5 %.

3. Ausgaben der Privathaushalte für Gesundheit

Betrachtet man die Entwicklung der Anteile der einzelnen Träger an den Gesamtausgaben so zeigt sich neben den extremen Ausgabensteigerungen in der PKV auch, dass die privaten Haushalte mehr für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Zahnersatz ausgegeben haben und insbesondere der Anteil der Ausgaben für Kuren zurückgegangen ist. Diese Entwicklung spiegelt die gesundheitspolitische Situation der vergangenen 25 Jahre exakt wider. Die zahlreichen Gesundheitsreformen haben die Eigenbeteiligung der GKV-Versicherten insbesondere in den Bereichen Zahnersatz und Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erhöht, was sich in steigenden Ausgaben der privaten Haushalte niederschlägt.

Der Anteil der Zuzahlungen für ärztlich verordnete Medikamente an den Ausgaben der privaten Haushalte für Arzneimittel lag 1992 bei 14,7 %, stieg 1998 vorübergehend auf 34,3 % und lag 2001 bei rund 26,5 %. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz dürfte wieder in etwa das Niveau von 1998 erreicht werden.

Fazit:

Der Anteil der Zuzahlungen der GKV-Versicherten für verordnete Arzneimittel macht nur rund ein Viertel der privaten Ausgaben für Arzneimittel aus. Somit wird der weitaus größte Teil der Gelder für frei verkäufliche Arzneimittel aufgewendet wird – ein Indiz für die steigende Zahlungsbereitschaft für Gesundheits-, Fitness- und Wellnessgüter.

³ Quelle: BMGS, Kleine Anfrage Abeitnummern 10/140 bis 10/143 vom Oktober 2003, S. 3 Drucksache 15/1859.

4. Analyse möglicher Ursachen der Ausgabenstabilität in der GKV

Die Zahl der GKV-Mitglieder hat sich in den alten Bundesländern von 1977 bis 2002 um rund 7,5 Mio. Personen erhöht, das entspricht einem Zuwachs von 22 %. Die Entwicklung der Mitgliederzahl bezogen auf Deutschland seit 1991 weist keinen eindeutigen Wachstumstrend mehr auf – sie schwankt seit 1992 mehr oder weniger um den Wert 51 Mio. und ist seit 2000 gar leicht rückläufig. Die PKV kann im Untersuchungszeitraum einen deutlichen Zuwachs von Vollversicherten in der Krankenversicherung verzeichnen – der Anstieg von 4,4 Mio. auf 7,9 Mio. Personen betrug knapp 80 %.

Betrachtet man die Versichertenquoten (Anteil der GKV- bzw. PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung) so zeigt sich ein leichter Rückgang von rund 4 Prozentpunkten bei den GKV-Versicherten über den Gesamtzeitraum (von 90 % 1977 auf 86 % 2002). Der Anteil der PKV-Versicherten nahm um ca. 2,5 Prozentpunkte auf knapp 10 % 2002 zu.

Fazit:

Die relative Stabilität des Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1977 und 2002 kann nicht mit der Entwicklung der Zahl der GKV-Mitglieder und deren Familienangehöriger erklärt werden, da seit 1991 die Mitgliederzahl annähernd gleich geblieben ist.

Bezüglich der Entwicklung des GKV-Leistungskataloges ist festzustellen, dass sich dieser ungeachtet punktueller Einschnitte im Großen und Ganzen parallel zum medizinisch-technischen Fortschritt weiterentwickelt. Die Zahl der Einrichtungen und Leistungsanbieter im Gesundheitswesen hat sich seit 1977 deutlich erhöht, ebenso die technische Ausstattung. Zahlreiche gesetzliche Regelungen mit dem Ziel der Kostendämpfung und der Beitragssatzstabilität haben zwar die finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten erhöht, aber keine erheblichen Leistungskürzungen vorgenommen.⁴

Fazit:

Die Konstanz des Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den letzten 30 Jahren lässt sich im Großen und Ganzen nicht auf Leistungskürzungen in größerem Umfang und/oder drastische Einschränkungen des Leistungskataloges durch gesetzgeberische Maßnahmen zurückführen. Im Gegenteil, auch der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich stets mit dem medizinisch-technischen Fortschritt weiterentwickelt und das Versorgungsniveau der deutschen Bevölkerung wurde ständig verbessert - und dies vor dem Hintergrund eines konstanten Anteils der GKV-Ausgaben am BIP!

⁴ Beske, F. et. al. (2004), S. 21 und 139.

5. Analyse der Entwicklung der Ausgabenblöcke und der Steuerungsinstrumente der GKV

Die vergleichende Analyse der Struktur der Ausgaben für die einzelnen Leistungsarten der GKV zeigt, dass für die Behandlung im Krankenhaus mit Abstand am meisten ausgegeben wird. Fast ein Drittel der Gesundheitsausgaben sind heute Ausgaben für den Krankenhaussektor, ihr Anteil ist um 10,2 % gestiegen von einem Anteil von 29,39 % in 1977 auf 32,39 % in 2003.

Rund ein Sechstel der GKV-Gesundheitsausgaben entfallen heute auf die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte. Dabei ist dieser Ausgabenanteil an den Gesamtausgaben in den letzten Jahren rückläufig: von 17,94 % in 1977 auf 16,83 % in 2003 – das ist ein Rückgang um 6,2 %.

Beachtenswert ist, dass die Ausgaben für Arzneimittel in 2003 einen nahezu gleich großen Anteil an den Gesamtausgaben der GKV umfassen wie die Ausgaben für ärztliche Versorgung: Sie sind von 14,14 % in 1977 auf 16,77 % in 2003 angestiegen, d.h. um 18,6 %.

Der höchste Anstieg jedoch ist bei Heil- und Hilfsmitteln zu verzeichnen. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben der GKV stieg um 32 %, von 4,8 % in 1977 auf 6,43 % in 2003. Dagegen ist der Anteil der Ausgaben für Zahnersatz um fast zwei Drittel gesunken von 7,76 % in 1977 auf 2,62 % in 2003.

Struktur⁵ der Ausgabenarten in der GKV						
Veränderungsraten 1977 – 2003						
Ausgabenarten	alte Bundesländer			Deutschland		
	Struktur in %		Veränderung in % 1990 : 1977	Struktur in %		Veränderung in % 2003 : 1977
	1977	1990		1992	2003	
Krankenhaus	29,39	31,51	+ 7,2	31,48	32,39	+ 10,2
Ärzte	17,94	17,22	- 4,0	15,89	16,83	- 6,2
Arzneimittel	14,14	15,43	+ 9,1	15,49	16,77	+ 18,6
Heil- und Hilfsmittel	4,80	5,95	+ 24,0	5,33	6,43	+ 34,0
Zahnersatz	7,76	3,42	- 55,9	4,17	2,62	- 66,2

Übersicht 5

Ursachen der unterschiedlichen Ausgabenentwicklungen: Regelungsmechanismen

Die Analyse legt nahe, dass es unterschiedliche Steuerungsmechanismen in den jeweiligen Ausgabenbereichen gibt, die ursächlich an der Ausgabenentwicklung beteiligt sind.

Wie der Sachverständigenrat in seinem neuen Gutachten⁶ ausführt, „allozieren“ im deutschen Gesundheitswesen die verschiedenen gesamtwirtschaftlichen Koordinationsinstrumente die

⁵ Unter „Struktur“ wird im Gutachten der prozentuale Anteil der Ausgaben für die einzelnen Leistungsarten an den Gesamtausgaben verstanden.

knappen Ressourcen. Während im Rahmen der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung die korporative Koordination und im stationären Sektor die staatliche Administration bzw. öffentliche Planung als zentrales Allokationsinstrument dienen, koordiniert bei den Arznei- und den meisten Hilfsmitteln sowie bei privaten Krankenversicherungsträgern im Wesentlichen der Markt- und Preismechanismus die knappen Ressourcen.

⁶ Vgl. SVR (2005), S. 49, Nr. 43.

Generell gibt es im Gesundheitswesen folgende Kostensteuerungsmechanismen:

Kostensteuerungsmechanismen im Gesundheitswesen

Wer oder was steuert?	Wie wird gesteuert?	Beispiele
Staat	Gesetze und Verordnungen	Selbstbeteiligungen der Versicherten, Budgetierung, Positiv-/Negativlisten im Arzneimittelbereich, Arzneimittelfestbeträge, Festlegungen zum Leistungsumfang
	Finanzierung öffentlicher Einrichtungen, Verträge mit privaten Einrichtungen	Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich
	Planung	Krankenhausplanung
Markt	Nachfrageorientierter Wettbewerb	Preiswettbewerb
	Verträge zwischen Leistungserbringern	Vertragswettbewerb
Soziale Krankenversicherung und Verbände (Korporative Steuerung)	Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern	Verhandlungen mit Ärzten über Honorare und Mengen sowie mit Krankenhäusern über Entgelte und über Rabatte mit Arzneimittelherstellern, Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung
	Bedarfsorientierung	Weiterentwicklung des Leistungskataloges durch die Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss), Festlegung von Festbetragsgruppen für Arzneimittel

Übersicht 6, Eigene Darstellung in Anlehnung an Rosenbrock, R. (1998) und Scheil-Adlung, X. (1997).

Unsere Daten zeigen, dass die korporative Steuerung bei der Kontrolle bzw. Begrenzung der Ausgaben besonders erfolgreich war.

Ambulante ärztliche Versorgung

Die gemeinsame Selbstverwaltung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung kann als ein „Paradebeispiel“ einer korporativen Steuerung gelten. Der Staat hat der GKV die Regelungskompetenz erteilt, mit den Ärzten Verträge abzuschließen. Strukturprinzip dabei ist das Sachleistungssystem. Als Ergebnis belegen unsere Daten eine relativ große Konstanz bei den Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung, die sich als ein Rückgang ihres Anteils an den Gesamtkosten

der GKV manifestiert. Diese Entwicklung zeigt sich trotz gleichzeitiger beachtlicher Erhöhung der Arztdichte und der Zahl der Vertragsärzte in Deutschland. Von 1977 bis 2002 hat sich die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mehr als verdoppelt: Sie stieg von 61.062 auf 129.478 Ärzte an. Diese Steuerungsmöglichkeiten der GKV sind zusätzlich unterstützt worden durch staatliche Eingriffe und Gesetze, vor allem durch die Budgetierung.

Fazit:

Die Erfolge der Kostenkonstanz in diesem Bereich lassen sich als Ergebnis der Kostensteuerung der GKV erklären. Mit der Einführung der DMPs sind zusätzliche moderne Mittel der Kostensteuerung für die GKV geschaffen worden, denn hier kann sie konkret in die Versorgungsabläufe und -strukturen eingreifen.

Stationäre Versorgung

Im Bereich der stationären Versorgung hat der Staat der GKV die Regelungskompetenz übertragen, mit den Trägern, also den Krankenhäusern, Verträge abzuschließen. Dennoch sehen wir hier eine gänzlich andere Kostenentwicklung mit einem massiven Ausgabenanstieg. Das weist darauf hin, dass die vorhandenen Regelungsmechanismen nicht ausgereicht haben.

Tatsache ist, dass in diesem Feld die staatliche Planung eine wichtige Rolle spielt. So haben bzw. hatten traditionell alle im Krankenhausplan der Länder enthaltenen Häuser ein Recht auf Finanzierung der Betten, die im Krankenhausplan enthalten sind. Die Verhandlungsprozesse funktionieren wie folgt: Die Krankenhäuser vereinbaren ihren Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen auf Landesebene kassenartenübergreifend und gemeinsam. Die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land schließen mit den Krankenkassen zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über die Krankenhausbehandlung ab. Bei der Aushandlung der Pflegesätze mit den einzelnen Häusern ist die Einigung oft schwer. Häufig muss die Schiedsstelle sprechen. Die Erfahrungen zeigen, dass diese bei Konflikten besonders oft bzw. in der Regel zugunsten der Krankenhäuser entscheidet.

Arzneimittel / Medikamente und Heil- und Hilfsmittel

Bei der Finanzierung, Preisgestaltung und Versorgung mit Arzneimitteln und Heil- und Hilfsmitteln spielen Markt- und Preismechanismen eine besondere Rolle. Hier gibt es die wenigsten Steuerungsmöglichkeiten. Als gewisse Regelungskompetenz hat sich die Festbetragsregelung bei den Arzneimitteln erwiesen. Die durch den Staat eingeführten Budgets konnten nicht nachhaltig wirken, weil die Sanktionen fehlten. Dennoch hat allein die Androhung von Regress vermutlich die Steigerungsraten im Arzneimittelbereich zu dieser Zeit niedrig gehalten. Somit hatten die Budgets doch eine gewisse steuernde Wirkung, aber die massive Ausweitung der Ausgaben in diesen Bereichen konnten sie nicht verhindern.

Zahnersatz

Die Reduktion der Kosten im Bereich Zahnersatz um zwei Drittel wurde durch staatliche Gesetze verursacht. Kern war eine Begrenzung der Finanzierung von Zahnersatz.

Fazit: Korporatistische Steuerung bei Ausgabenbegrenzung am erfolgreichsten

Die Analyse zeigt, dass in den Ausgabenbereichen und -feldern, in denen das korporatistische Modell wirksam war und die GKV echte Steuerungsmöglichkeiten hatte, die Kostenentwicklung am besten unter Kontrolle gehalten werden konnte (Bsp. ambulante ärztliche Behandlung).

Dort, wo staatliche Planung noch eine besondere Rolle spielte, zeigte sich eine gänzlich andere Entwicklung (Bsp. stationäre Versorgung). Bei Arzneimitteln und bei Heil- und Hilfsmitteln gab es die wenigsten Steuerungsmöglichkeiten, entsprechend war der Kostenanstieg besonders massiv. Vielleicht auch der Einsicht in diese Gesetzmäßigkeiten ist der Tatbestand zuzuschreiben, dass in den letzten Jahren ein Zuwachs an korporativen Steuerungselementen zu verzeichnen ist.⁷ Dies gilt einmal für den Krankenhausbereich mit der deutlichen Aufwertung der DKG und der Landeskrankengesellschaften, die mit den Krankenkassen für ihre Mitglieder verbindliche Vereinbarungen treffen können. Von besonderer Bedeutung jedoch ist der neu geschaffene Gemeinsame Bundesausschuss, der gewissermaßen als zentrale korporative Superorganisation über eine Fülle von Regelungskompetenzen verfügt.

6. PKV mit überproportionalen Kostensteigerungen

Ganz anders die Situation und die Entwicklung bei der privaten Krankenversicherung. Bei der GKV herrscht das Sachleistungsprinzip, d. h. Vertragsbedingungen werden direkt zwischen der GKV und den Leistungserbringern abgeschlossen, bei der PKV wird das Kostenerstattungsprinzip angewandt, d. h. zwischen Versicherungsnehmer und Versicherung wird Erstattung der Kosten vereinbart, die aber nur durch den unmittelbaren Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Leistungserbringer zustande kommen. In aller Regel bestehen keinerlei Vertragsbeziehungen zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen und den Leistungserbringern. Dies hat zur Konsequenz, dass Fragen zum Leistungsangebot oder auch der Rechnungslegung nicht direkt zwischen der privaten Krankenversicherung und dem Leistungsanbieter geklärt werden können. Eine direkte Absprache zwischen PKV und Leistungserbringern findet nicht statt. Hier scheint der Grund für die überproportionale Kostensteigerung bei der PKV in den letzten 25 Jahren zu liegen. Die unabhängige Expertenkommission⁸ unterbreitet in ihrem 1996 vorgelegten Gutachten deshalb eine Reihe von Vorschlägen, die im Wesentlichen darauf hinauslaufen, der PKV – wenn auch eingeschränkt – Kompetenzen einzuräumen, wie sie derzeit nur die GKV hat.

⁷ Vgl. SVR (2005), Punkt 52.

⁸ Vgl. Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission ... (1996).

Fazit:

Die GKV hat in den letzten 25 Jahren eine bemerkenswerte Ausgabenstabilität gemessen an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft erzielen können. Ein wesentlicher Grund dafür sind die Steuerungsmöglichkeiten (Vertragskompetenzen), die der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen eingeräumt hat. Es zeigte sich weiterhin, dass die relative Ausgabenstabilität vor allem in den Bereichen erzielt wurde, wo es ausgeprägte Vertragskompetenzen der Kassen gibt (z.B. vertragsärztliche Versorgung). In den Bereichen, wo es keine oder nur schwache Steuerungsmöglichkeiten gibt, ließ die Ausgabenstabilität hingegen zu wünschen übrig. Das betrifft besonders

- den stationären Bereich
- den Arzneimittelsektor
- die Heil- und Hilfsmittel.

Es besteht kein Anlass, die Steuerungselemente der GKV aufzugeben, die zu der bemerkenswerten Ausgabenstabilisation der GKV gemessen am Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt geführt haben – im Gegenteil.

7. Vorschläge zur Implementierung weiterer Kostensteuerungsmechanismen zur Stärkung der vorhandenen Instrumente der GKV

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem jüngsten, von der Öffentlichkeit leider wenig zur Kenntnis genommenen Gutachten vom 30. Mai 2005 eine Reihe wichtiger Vorschläge gemacht. Er geht dabei von folgenden Beobachtungen aus:

„Im Rahmen der korporativen Koordination verhindern vor allem folgende Inflexibilitäten effizienz- und effektivitäts- bzw. qualitätssteigernde Prozesse:

- Krankenkassen verfügen im Leistungs- und Vertragsbereich über zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten.
- Die ambulanten Vertragsärzte fungieren nur als Anpasser hinsichtlich Menge oder Qualität der Leistungen, was bei starren Budgets einen ‚circulus vitiosus‘ in Richtung Über- und Fehlversorgung (Hamsterradeffekt) auslöst.
- Die Allokation im stationären Sektor leidet unter der dualen Finanzierung und unter Wettbewerbsverzerrungen infolge unterschiedlicher Finanzierung der jeweiligen Träger.
- Die Arzneimitteldistribution erfolgt mit dem Fremdbesitzverbot und dem sehr eingeschränkten Mehrbesitz immer noch in zunftähnlichen Vertriebsstrukturen.
- Die gemeinsame Selbstverwaltung erzielt zunehmend weniger tragfähige Kompromisse und wälzt die Entscheidungen auf die Schiedsämter bzw. staatliche Ersatzvornahme ab.

- Die medizinisch wie ökonomisch fragmentierten Behandlungsarten setzen immer noch zu geringe Anreize für eine sektorübergreifende Versorgung und einen zielorientierten Wettbewerb an den Schnittstellen.

Um die Inflexibilitäten aufzubrechen, die der korporativen Koordination anhaften, bietet sich eine Integration von dezentralen Wettbewerbsprozessen in Form von selektiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Dabei stellt der Wettbewerb auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument dar, das vornehmlich allokativen und distributiven Zielsetzungen dient. Unter geeigneten Rahmenbedingungen vermag der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte bzw. Patienten bei den Leistungserbringern die Effizienz zu steigern und die Suche nach effektiveren, d. h. auch versicherten- und patientengerechteren, Angeboten anzuregen. Dabei setzt eine funktionsgerechte Intensivierung des Wettbewerbs auf der Ebene der Leistungserbringer ein flexibles Vertragsrecht voraus.“

Konkret schlägt er im Arzneimittelsektor direkte Vertragsverhandlungen zwischen der Industrie und den Krankenkassen, unterstützt durch eine verbesserte Koordination zwischen Ärzten und Apothekern, vor. Im Hilfs- und Heilmittelsektor schlägt er vor, dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Richtlinienkompetenz zur Erstellung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses einzuräumen.

Bezüglich des stationären Sektors richten sich die Erwartungen darauf, dass die Einführung der DRGs dazu führen wird, dass überflüssige Krankenhauskapazitäten aufgegeben werden. Ergänzend wird vorgeschlagen⁹, den Kontrahierungszwang zu lösen. Bisher müssen die gesetzlichen Krankenkassen mit allen Krankenhäusern, die im Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, Verträge abschließen.

Von besonderer Bedeutung erscheint ferner, die bei Vertragslösungen notwendigen Konfliktlösungsmechanismen zu effektivieren:

Die Lösung von Konflikten der gemeinsamen Selbstverwaltung obliegt den Schiedsämtern nach § 89 SGB V (ambulanter Bereich) bzw. den Schiedsstellen nach § 18 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im stationären Sektor. Schiedsämter bzw. Schiedsstellen werden immer dann tätig, wenn Verträge zwischen den Verhandlungspartnern auf Landes- oder regionaler Ebene ganz oder teilweise nicht zustande kommen. Im vertragsärztlichen Bereich muss das Schiedsamt beispielsweise innerhalb von drei Monaten mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt festsetzen (§ 89 Abs, 1 SGB V).

Die Schiedsverfahren sind in der Vergangenheit häufig von verschiedenen Seiten der Verhandlungspartner kritisiert worden. Zum einen wird zu Recht Kritik an der Länge mancher Verfahren geübt (ein sich über 2 Jahre hinziehendes Prozedere ist kein Einzelfall) und zum anderen wird moniert, dass sich die Entscheidungen ausschließlich an einzelwirtschaftlichen Interessen ausrichten, ohne den politischen Vorgaben Rechnung zu tragen.

⁹ So z. B. auch Ebsen, I.; Szecsenyi, J.; Wasem, J. et. al. (2003).

Vor diesem Hintergrund gilt es für den ambulanten Bereich zu überprüfen, ob die gesetzlich geregelten Fristen in § 89 Abs. 1 SGB V nicht verkürzt werden können bzw. inwieweit ein Hinauszögern von Verfahren vermieden werden kann, z. B. durch Abberufung des Schiedsamtsvorsitzenden.

Für die Schiedsstellen im Krankenhausbereich sind wichtige Entscheidungsgrundlagen die Bundespflegesatzverordnung und das Krankenhausfinanzierungsgesetz, welche beide primär auf die wirtschaftliche Sicherung der Einrichtungen abstellen (vgl. § 1 Abs. 1 KHG). Die politischen Forderungen der Gesundheitsreformgesetze wie Beitragssatzstabilität und Budgetvorgaben werden dagegen nicht oder nur unzureichend bei der Urteilsfindung berücksichtigt. Dies erschwert es den Krankenkassen erheblich, ihre Kostensteuerungsfunktion in ausreichendem Maße wahrzunehmen. Eine gesetzlich festgeschriebene Forderung der Orientierung an Budgetvorgaben könnte hier Abhilfe schaffen.

Fazit:

Es gibt gute Chancen, den Vertragswettbewerb noch deutlich zu stärken - man braucht nicht mehr staatliche Steuerung. Der Staat sollte allerdings der Selbstverwaltung mehr bzw. bessere Steuerungsinstrumente geben.

Literaturhinweise

Beske, F., Drabinski, T. und Zöllner, H. (2004): Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich, Schriftenreihe / Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Band 100, April 2004

Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Szecsenyi, J. und Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, März 2003

SVR (2005): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, www.svr-gesundheit.de

Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (1996): Gutachten, BT-Drucksache 13/4945