

***Basis- und Zusatzversorgung in der  
gesetzlichen Krankenversicherung***

Eberhard Wille\*

**Nr. 199 / Dezember 2001**

**Arbeitsbericht**

ISBN 3-934629-53-9  
ISSN 0945-9553

---

\* Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft

***Akademie für Technikfolgenabschätzung  
in Baden-Württemberg***

Industriestr. 5, 70565 Stuttgart  
Tel.: 0711 • 9063-0, Fax: 0711 • 9063-299  
E-Mail: [info@ta-akademie.de](mailto:info@ta-akademie.de)  
Internet: <http://www.ta-akademie.de>

Ansprechpartner: Dr. Lars Thielmann Tel. 0711 • 9063-109  
E-Mail: [lars.thielmann@ta-akademie.de](mailto:lars.thielmann@ta-akademie.de)

Die *Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg* gibt in loser Folge Aufsätze und Vorträge von Mitarbeitern sowie ausgewählte Zwischen- und Abschlussberichte von durchgeführten Forschungsprojekten als *Arbeitsberichte der TA-Akademie* heraus. Diese Reihe hat das Ziel, der jeweils interessierten Fachöffentlichkeit und dem breiten Publikum Gelegenheit zu kritischer Würdigung und Begleitung der Arbeit der TA-Akademie zu geben. Anregungen und Kommentare zu den publizierten Arbeiten sind deshalb jederzeit willkommen.

# Inhaltsverzeichnis

**Verfasser / Ansprechpartner**

**Vorwort**

**Zusammenfassung / Summary**

<b>1</b>	<b>Zur Notwendigkeit von Reformen in der GKV</b> .....	<b>1</b>
1.1	Die Belastung mit Sozialabgaben als Ausgangspunkt von Reformüberlegungen .....	1
1.1.1	Die Beitragssatzstabilität als ambivalentes Postulat .....	1
1.1.2	Die Sozialabgaben im internationalen Vergleich.....	4
1.1.3	Der Leistungskatalog der GKV erneut im Widerstreit der Meinungen...	7
1.1.4	Zwischenfazit: Der Leistungskatalog als ein Element zielorientierter Reformdiskussionen in der GKV .....	11
1.2	Entwicklungstendenzen der Finanzierungsbasis in der GKV .....	12
1.2.1	Wachstum von beitragspflichtigen Einnahmen und Bruttoinlandsprodukt .....	12
1.2.2	Die Lohnquote als Indikator der Finanzierungsbasis in der GKV .....	15
1.2.3	Effekte der Versichertenstruktur auf die beitragspflichtigen Einnahmen .....	20
1.2.4	Zwischenfazit und absehbare zukünftige Entwicklung .....	26
1.3	Trends und Determinanten von Gesundheitsausgaben .....	28
1.3.1	Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich.....	28
1.3.2	Grundlegende Determinanten der Gesundheitsausgaben .....	32
1.3.3	Zwischenfazit: Die GKV zwischen Ausgabendynamik und Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis.....	36

<b>2</b>	<b>Der Leistungskatalog der GKV im System der Reformoptionen.....</b>	<b>39</b>
2.1	Globale Finanzierungsmöglichkeiten bei drohenden Budgetdefiziten .....	39
2.1.1	Das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten.....	39
2.1.2	Interdependenzen zwischen einer Flexibilisierung des Leistungskataloges und anderen Reformoptionen .....	43
2.1.3	Zwischenfazit: Die Flexibilisierung des Leistungskataloges als komplementäre und substitutive Reformoption.....	46
2.2	Ziele und Kriterien einer Abgrenzung des Leistungskataloges der GKV .....	47
2.2.1	Gesetzliche Grundlagen und gesundheitspolitische Priorisierung.....	47
2.2.2	Subjektiver und objektiver Bedarf.....	50
2.2.3	Medizinisch-ethische und distributive Kriterien.....	53
2.2.4	Allokative Aspekte und Wahlfreiheiten der Versicherten .....	58
2.2.5	Zwischenfazit: Zielorientierte Kriterien als qualitative Orientierungsgrößen für eine Reform des Leistungskataloges .....	63
<b>3</b>	<b>Zur konkreten Ausgestaltung des künftigen Leistungskataloges der GKV.....</b>	<b>66</b>
3.1	Ausgewählte Vorschläge zur Abgrenzung von Grund- und Wahlleistungen ..	66
3.1.1	Die Optionsmodelle des Sachverständigenrates .....	66
3.1.1.1	Grundüberlegungen sowie Optionsmodell I .....	66
3.1.1.2	Optionsmodell II: Kern- und Zuwahlleistungen .....	67
3.1.1.3	Optionsmodell III: Freiwillige Abwahl von Leistungen.....	69
3.1.1.4	Optionsmodell IV: Ab- und Zuwahl von Leistungen.....	70
3.1.2	Das Kieler Konzept.....	71
3.1.2.1	Fiskalische Ziele und Prämissen .....	71
3.1.2.2	Die Leistungskategorien.....	73
3.1.2.3	Einschränkungen des Leistungskataloges .....	76
3.1.3	Der Ansatz von Schwartz und Jung.....	82
3.1.4	Reformvorschläge ärztlicher Organisationen.....	85

3.1.4.1	Das Vertrags- und Wahlleistungskonzept der deutschen Zahnärzteschaft .....	85
3.1.4.2	Die Definition von Kernleistungen des NAV-Virchow-Bundes .....	87
3.1.4.3	Die Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen des Hartmannbundes.....	90
3.1.5	Zwischenfazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Reformkonzepte .....	92
3.2	Die GKV vor dem Hintergrund der europäischen Integration .....	95
3.2.1	Divergierende Sozialsysteme und zusammenwachsende Gesundheitsmärkte.....	95
3.2.1.1	Effekte einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte.....	95
3.2.1.2	Konsequenzen für das deutsche Gesundheitswesen.....	99
3.2.2	Die obligatorische Krankenversicherung in Frankreich .....	102
3.2.2.1	Der Leistungsumfang .....	102
3.2.2.2	Zur Diskussion über den Leistungskatalog .....	110
3.2.2.3	Reformvorschläge zum Leistungskatalog .....	115
3.2.3	Zwischenfazit: Die europäische Perspektive am Beispiel des französischen Leistungskataloges .....	119
3.3	Exkurs: Zur Position der künstlichen Befruchtungstechniken im Leistungskatalog der GKV .....	122
3.3.1	Die Nachfrage nach Sterilitätsbehandlung.....	122
3.3.2	Erstattungsfähigkeit in der GKV.....	127
3.3.3	Medizinische Grundlagen .....	129
3.3.3.1	Diagnose und Therapie.....	129
3.3.3.2	Der Ablauf bei der IVF-ET und ICSI.....	135
3.3.3.3	Erfolgsindikatoren und -aussichten.....	137
3.3.4	Zwischenfazit: Ambivalente Entscheidung zwischen Grund- und Wahlleistung .....	140
3.4	Ein wettbewerbsorientierter Vorschlag zur Flexibilisierung des Leistungskataloges .....	142
3.4.1	Zum Aufgabenbereich von Staat, GKV und PKV .....	142

3.4.2 Grund-, Satzungs- und Wahlenleistungen und ihre Finanzierung .....	149
3.5 Zusammenfassung in Thesen: Stabilisierung der GKV durch Flexibilisierung ihrer Struktur .....	158
<b>4 Literatur</b> .....	167

### **Verzeichnis der Abbildungen**

Abbildung 1: Die Entwicklung der Abgabenquoten in Deutschland, der EU und den OECD- Staaten von 1965 bis 1998.....	5
Abbildung 2: Das Wachstum der Abgabenquoten von 1965 bis 1998 im internationalen Vergleich .....	6
Abbildung 3: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1980 im Vergleich (alte Bundesländer).....	14
Abbildung 4: Die Lohnquoten im Zeitablauf von 1970 bis 1999 .....	16
Abbildung 5: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit (alte Bundesländer).....	17
Abbildung 6: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit seit 1991 (gesamtes Bundesgebiet) .....	18
Abbildung 7: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit ab 1994 (gesamtes Bundesgebiet) .....	19
Abbildung 8: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und der Beitragsbemessungsgrenze seit 1980 (alte Bundesländer).....	20
Abbildung 9: Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte .....	22
Abbildung 10: Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV .....	23
Abbildung 11: Die Versichertenstruktur in den alten Bundesländern ab 1970.....	24
Abbildung 12: Die Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991 .....	25
Abbildung 13: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und dem BIP je Erwerbstätigen (alte Bundesländer) .....	26

Abbildung 14: Verhältnis von GKV- Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 1999 (alte Bundesländer) .....	37
Abbildung 15: Jährliche Veränderungsraten der GKV- Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (alte Bundesländer) .....	38
Abbildung 16: Die Ziele des RSA .....	57
Abbildung 17: Entwicklung der häufigsten Techniken der Reproduktionsmedizin ....	126
Abbildung 18: Durchschnittliche Erfolgsraten zu einzelnen IVF-ET-Behandlungszeitpunkten .....	138
Abbildung 19: Durchschnittliche Erfolgsraten zu einzelnen ICSI-Behandlungszeitpunkten .....	138
Abbildung 20: Häufigkeit von Mehrlingsgeburten .....	139
Abbildung 21: Zur Finanzierung von Grund- Satzungs- und Wahlleistungen.....	157

## **Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1: Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich .....	7
Tabelle 2: Die Entwicklung von pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich.....	30
Tabelle 3: Die Entwicklung von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich .....	31
Tabelle 4: Kern- und Zuwahlleistungen nach dem Modell des Sachverständigenrates .	68
Tabelle 5: Zusammenstellung der Kieler Vorschläge .....	81
Tabelle 6: Der Vertragsleistungskatalog im Sinne des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.....	86
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der weiblichen Sterilitätsursachen .....	131
Tabelle 8: Mögliche Ergebnisse von Spermauntersuchungen.....	132
Tabelle 9: Mögliche Therapien bei bestimmten Diagnosen .....	133
Tabelle 10: Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin .....	133
Tabelle 11: Verwendete Stimulationsschemata.....	135

## **Anhang**

Tabelle 1: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1980 im Vergleich (alte Bundesländer) .....	180
--	-----

Tabelle 2: Die Entwicklung der Lohnquoten .....	182
Tabelle 3: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit für die alten Bundesländer.....	183
Tabelle 4: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit für Deutschland zur Basis 1994.....	185
Tabelle 5: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und der Beitragsbemessungsgrenze zur Basis 1980 (alte Bundesländer).....	186
Tabelle 6: Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte.....	187
Tabelle 7: Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV .....	187
Tabelle 8: Die Versichertenstruktur in den alten Bundesländern ab 1970 .....	188
Tabelle 9: Die Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991 .....	189
Tabelle 10: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und dem BIP je Erwerbstätigen (alte Bundesländer).....	191

## **Verfasser / Ansprechpartner**

**Prof. Dr. Eberhard Wille**

Universität Mannheim

Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher  
Wirtschaft

L 7, 3-5

68131 Mannheim

Tel.: 0621/181-1828

E-Mail: [wille@rumms.uni-mannheim.de](mailto:wille@rumms.uni-mannheim.de)

### **Unter Mitarbeit von:**

Dipl.-Volksw. Christiane Knerr

Dipl.-Volksw. Alexander Labeit, Arzt

cand. rer. pol. Christian Igel

# Vorwort

Um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens wird seit geraumer Zeit eine breite und intensive Debatte geführt, die zunehmend von der Sorge um die Bezahlbarkeit des gegenwärtigen Systems geprägt ist. Dabei besteht weitgehende Übereinstimmung darüber, dass die unter dem bisherigen Primat der Beitragssatzstabilität zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um das derzeitige Versorgungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Dauer aufrecht zu erhalten und gleichzeitig den medizinisch-technischen Fortschritt im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Immer nachdrücklicher wird darum von verschiedenen Seiten die Forderung nach stärkerer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten erhoben, die allerdings nicht nur mit höherer finanzieller Selbstbeteiligung gleichgesetzt werden darf. Eine stärkere Patientenorientierung des Gesundheitswesens soll vielmehr durch Verbesserung der Information und der Transparenz, die Stärkung individueller und kollektiver Beteiligungsrechte und entsprechende Wahlmöglichkeiten sowie durch wirksamen Patientenschutz realisiert werden.

Angesichts der ständigen Ausweitung des Leistungskataloges der GKV und der anhaltenden Finanzierungsprobleme ist es dringend erforderlich, den Leistungsumfang der GKV neu zu definieren und den veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende Studie *„Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“* entstanden, die Bestandteil des Pilotprojektes der TA-Akademie zu *„Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen“* ist. Das Gutachten wurde von *Eberhard Wille*, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft erarbeitet.

Ausgehend von einer ausführlichen Betrachtung der medizinisch-ethischen, distributiven und allokativen Aspekte einer Reform des Leistungskataloges der GKV werden in der Studie zunächst die vorliegenden Reformansätze und Modelle zur Abgrenzung von Grund- und Wahlleistungen analysiert, die übereinstimmend für eine Ausgliederung krankenversicherungsfremder Leistungen plädieren. Im Ergebnis wird vom Autor ein wettbewerbsorientierter Vorschlag zur Flexibilisierung des Leistungskataloges unterbreitet, der Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen unterscheidet. Dieses Reformkonzept soll den Versicherten insbesondere durch die Einführung kassenspezifischer Satzungsleistungen mehr Wahlmöglichkeiten bieten und einen funktionsfähigen Wettbewerb innerhalb der GKV fördern, ohne dabei den Geltungsbereich der unterschiedlichen Vergütungssysteme zu verlagern und das Solidarprinzip zu gefährden.

Diethard Schade

## Zusammenfassung

Obgleich lange Zeit tabuisiert, finden derzeit im wissenschaftlichen und politischen Bereich vielfältige Diskussionen um eine Anpassung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen statt. Unbeschadet noch vorhandener beachtlicher Rationalisierungspotenziale dürften infolge der strukturellen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis die Beitragseinnahmen bei Wahrung der Beitragssatzstabilität künftig kaum ausreichen, um die ausgabenseitigen Herausforderungen zu bewältigen. Es kann, um eine Verschärfung der impliziten Rationierung zu vermeiden, nicht um das Ob, sondern nur um das Wie von Reformen der GKV gehen.

Bei sich abzeichnenden Budgetdefiziten stellt die Reform des Leistungskataloges der GKV eine von mehreren Handlungsoptionen dar. Für ein kombiniertes Reformpaket, das neben dem Leistungskatalog z.B. auch die Beitragsgestaltung einschließt, sprechen zum einen die stärkere fiskalische Wirkung und zum anderen eine ausgewogenere Verteilung der bei allen Optionen unumgänglichen Belastungen. Die Studie behandelt ausführlich medizinisch-ethische, distributive und allokativen Aspekte einer Reform des Leistungskataloges der GKV, wobei die entsprechenden Kriterien zwar wertvolle qualitative Hinweise liefern, aber kaum zweifelsfrei konkrete Einstufungen von bestimmten Gesundheitsleistungen erlauben. Die bei Gesundheitsgütern teilweise eingeschränkte Konsumentensouveränität legt es nahe, einen für alle Krankenkassen und Versicherten einheitlichen Kernkatalog von Basisleistungen verbindlich vorzuschreiben. Unabhängig davon bietet das derzeitige Leistungsspektrum der GKV noch hinreichend Raum für präferenz-orientierte Wahlentscheidungen, die über eine Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen noch an Bedeutung gewinnen können.

Den eigenen Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung des Leistungskataloges der GKV geht zunächst eine Diskussion ausgewählter Vorschläge zur Abgrenzung von Grund- und Wahlleistungen voraus. Diese plädieren übereinstimmend für eine Ausgliederung der krankenversicherungsfremden Leistungen aus dem Katalog der GKV, was neben adäquateren Verteilungswirkungen auch die Rechtssicherheit des Risikostrukturausgleichs (RSA) erhöhen und arbeitsmarktpolitische Vorteile bieten würde. Die künstlichen Befruchtungstechniken bilden in dieser Studie ein exemplarisches Beispiel für die umstrittene Frage, ob es sich hier um eine Basis-, eine Zusatz- oder eine krankenversicherungsfremde Leistung handelt.

Die bisher vorliegenden Reformansätze unterscheiden sich vor allem in der Zuordnung von Leistungen, die nicht mehr zum Kernkatalog gehören, in der Ausgestaltung des

Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und in der Berücksichtigung des RSA. Als internationale Benchmark verdient der Leistungskatalog der französischen gesetzlichen Krankenversicherung insofern Interesse, als er sich ebenfalls überwiegend auf eine Beitragsfinanzierung stützt und das französische Gesundheitswesen bei internationalen Vergleichen hervorragend abschneidet.

Der in dieser Studie konzipierte wettbewerbsorientierte Vorschlag zur Flexibilisierung des Leistungskataloges unterscheidet Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen, wobei die Grenze zwischen dem Leistungskatalog der GKV und den prämienfinanzierten Wahlleistungen wie im bisherigen System verläuft. Der Leistungskatalog der GKV spaltet sich aber nun auf in Grundleistungen, die alle Krankenkassen anbieten, und kassenspezifische Satzungsleistungen, die ebenfalls der solidarischen Finanzierung unterliegen, aber nicht in den RSA eingehen. Der Vorschlag beinhaltet innerhalb einer Krankenkasse einheitliche, aber zwischen den Krankenkassen flexible Satzungsleistungen, die als dritte Kategorie des Leistungskataloges an Bedeutung gewinnen. Dieses Reformkonzept gewährt den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten und fördert einen funktionsfähigen Wettbewerb innerhalb der GKV, ohne dabei den Geltungsbereich der unterschiedlichen Vergütungssysteme zu verlagern und das Solidarprinzip zu gefährden.

## Summary

Even though it has been a taboo for a long time, at the moment manifold discussions in the social and political arena address the issue of adapting the benefits catalogue of Social Health Insurance (SHI) to social and economic changes. Irrespective of the still existing considerable rationalization potential the receipts from contributions – if the contribution rate is to remain constant – will hardly be sufficient to master the challenges caused by the expenditure side due to the structurally weak growth of the financing basis. In order to prevent an aggravation of the implicit rationing the crucial point to consider is the “how” – and not the “if” – of SHI reforms.

In the case of impending budget deficits the reform of the SHI benefits catalogue constitutes but one of several courses of action. A stronger fiscal effect and, on the other hand, a more equitable distribution of the inevitable burden that will occur with any reform, are arguments for a combined reform package that includes not only the benefits catalogue but also, e.g., the design of the contribution side. The study looks closely at the medical-ethical, the distributive and the allocative aspects of a reform of the SHI's

benefits catalogue. Whereas these criteria provide valuable qualitative information, they rarely yield an explicit ranking of particular health care services. Consumer sovereignty, which is partly restricted in the case of health care, suggests the mandatory stipulation of a uniform catalogue of basic benefits for all SHI funds and all insured persons. Irrespective of this fact, the range of benefits currently provided by SHI still leaves enough scope for preferential choice which could even gain in importance if a higher transparency in the health care sector was achieved.

Before turning to recommendations for a specific definition of the SHI's benefits catalogue, this study includes a discussion of selected proposals for a separation of basic and optional benefits. These proposals unanimously plead for an abolition of all benefits that do not fall in the area of health insurance from the SHI catalogue. This would not only ensure a more equitable distributive effect but also enhance the legal certainty of the current risk adjustment procedure (RSA) and include a positive impact upon labour markets. In this study in vitro fertilization (IVF) techniques are demonstrated to provide an example for the controversy surrounding the question: does a specific health care service constitute a basic or an optional benefit or should it be taken off entirely from the catalogue of benefits an insurer has to offer? Up to now, current proposals for reform mainly differ from each other in their classification of those benefits that do not belong to the basic package as well as with respect to the role of competition among insurers and the risk adjustment mechanism. As an international benchmark, the benefits catalogue provided by the French SHI is of special interest because it is also financed primarily by contributions and the French health care sector comes off very well in international comparisons.

The competition oriented proposal of this study for a more flexible benefits catalogue distinguishes between basic benefits, statutory benefits and optional benefits. More specifically, the current line between the benefits provided by SHI and the optional benefits which are financed by premia is to remain in place. However, now the SHI benefits catalogue is divided into basic benefits which all funds have to offer and specific statutory benefits which are to be financed by contributions as well but will not be covered by the risk adjustment procedure. The proposal includes statutory benefits which are uniform for a given insurer but may vary between insurers. This constitutes a third category of the benefits catalogue that is becoming more and more important. Our proposal for reform gives the insured person more freedom of choice and stimulates a working competition among SHI funds without affecting the scope of the different financing systems or endangering the solidarity principle.

# **1 Zur Notwendigkeit von Reformen in der GKV**

## **1.1 Die Belastung mit Sozialabgaben als Ausgangspunkt von Reformüberlegungen**

### **1.1.1 Die Beitragssatzstabilität als ambivalentes Postulat**

Die Beiträge zur Sozialversicherung haben in der Bundesrepublik Deutschland mit über 40 % ein Niveau erreicht, das sowohl in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) als auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Reformbestrebungen und -diskussionen auslöste. Die Sozialbeiträge, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Wesentlichen je zur Hälfte entrichten, belasten über die Lohnnebenkosten die Investitionen der Unternehmen und verringern ähnlich wie die Einkommensteuer das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte und damit die Nachfrage nach Konsumgütern. Von einer hohen und steigenden öffentlichen Abgabenbelastung können daher für Beschäftigung und Wachstum einer Volkswirtschaft vor allem folgende Gefahren ausgehen (vgl. Wille, E. 1999a, S. 9):

- Abwanderung von Produktionsfaktoren in die Schattenwirtschaft mit entsprechenden Beitragsverlusten für die Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Haushalte,
- Minderung individueller Leistungsanreize infolge relativ geringer Zuwächse des Nettoeinkommens,
- Behinderung des Strukturwandels in Richtung des beschäftigungsintensiven Dienstleistungssektors durch die starke Belastung personalintensiver Unternehmen,
- Abnahme der Einstellungsbereitschaft von Unternehmen wegen hoher Belastung des Faktors Arbeit,
- Verstärkung der Anreize zu einer exzessiven Nutzung der Leistungen sowohl bei den Versicherten als auch bei den Unternehmen, bei letzteren u.a. durch die Abwälzung von Lohnleistungen auf die Sozialversicherung und

- Beeinträchtigung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

Vor diesem Hintergrund gewinnen das Postulat der Beitragssatzstabilität, das nach § 71 SGB V Krankenkassen und Leistungserbringer bei ihren Vereinbarungen beachten sollen, und die zu seiner Sicherung in den vergangenen 25 Jahren unternommenen sog. Kostendämpfungsmaßnahmen – zumindest von ihrer Intention her – eine gewisse Berechtigung. Die Beitragssätze in der GKV bleiben stabil, wenn die Ausgaben nicht stärker ansteigen als die beitragspflichtigen Einnahmen bzw. die Finanzierungsgrundlage der Beiträge. Da der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 8,2 % im Jahre 1970 trotz vielfältiger sogenannter Kostendämpfungsmaßnahmen zwischenzeitlich auf ca. 13,6 % anstieg, erscheint schon prima vista höchst unwahrscheinlich, dass die Beitragssatzstabilität ohne weitere Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Reformen gewahrt bleibt. Obgleich die politischen Entscheidungsträger in der jüngsten Vergangenheit einer Reform der GRV ihr Hauptaugenmerk schenken, drängt sich auch in der GKV Handlungsbedarf auf. Angesichts der grundlegenden Determinanten, die derzeit auf die Einnahmen- und Ausgabenseite der GKV einwirken, kann es letztlich nicht um das „Ob“, sondern nur um das „Wie“ einer Reform der GKV gehen. Um zu vermeiden, dass sich diese Reformmaßnahmen – wie in den vergangenen zwei Jahrzehnten häufig der Fall – in einer primär fiskalisch orientierten Ausgabendämpfung erschöpfen, sollten sie auf der Grundlage gesamtwirtschaftlicher Ziele erfolgen, d.h. u.a. allokativen und distributiven Kriterien genügen (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001, S. 27 ff.).

Obgleich die fiskalische Ausgabenbetrachtung schon wegen der Sozialabgabenbelastung ihre Berechtigung besitzt, erlaubt sie für sich betrachtet noch keine Aussagen über die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV. Effizienz- und Effektivitätskonzepte zielen nicht auf eine isolierte Kostenminimierung ab, sondern beinhalten immer, wenn auch häufig unterschiedlich definiert, eine Output- bzw. Outcome/Input-Relation (vgl. Wille, E. 1986). Dabei stehen im Rahmen des Zielspektrums die gesundheitlichen Outcomes, d.h. die Lebenserwartung und die Lebensqualität, im Mittelpunkt des Interesses. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht dienen Gesundheitsleistungen zwar in erster Linie, aber nicht nur, der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit sowie der Linderung von Schmerzen. Das Zielspektrum von Gesundheitsleistungen umfasst u.a. (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997/98, S. 27 ff.):

- die Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes und damit die Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität,

- die Schaffung von Arbeitsplätzen,
- die Steigerung des Wachstums des realen Sozialproduktes und
- die Erzeugung von längerwirkenden Produktivitäts- und Kapazitätseffekten durch Erweiterung des Produktionspotenzials bzw. des Humankapitals.

Im Zusammenhang mit einer Reform der GKV bzw. des deutschen Gesundheitswesens gilt es insofern neben dem fiskalischem Postulat der Beitragssatzstabilität auch zu berücksichtigen, dass Gesundheits- und Pflegeleistungen unmittelbare Nachfrage am Markt schaffen. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten entrichten ebenfalls Steuern und Sozialabgaben. Nach einer Untersuchung der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS; siehe Hoffmann, U., Mill, D. u. Schneider, M. 1998, S. 39) belief sich die Kopfzahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten in Deutschland im Jahre 1996 auf 4,05 Mio. Davon arbeiteten ca. 3,77 Mio. Personen in Einrichtungen, die in einem direkten Kontakt mit dem Endverbraucher standen, und 0,27 Mio. Personen in Vorleistungsindustrien, wie z.B. der pharmazeutischen oder der medizintechnischen Industrie. Bezieht man die Kopfzahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten auf die Erwerbstätigen insgesamt, so betrug der Anteil der im Gesundheitswesen Tätigen 11,2 %. Eine spezielle Untersuchung desselben Instituts für das Bundesland Rheinland-Pfalz zeigt ebenfalls die hohe arbeitsmarktpolitische Bedeutung des Gesundheitswesens (vgl. Schneider, M. et al. 1998a). Unter Einbezug der Vorleistungsindustrien liegt der Anteil der im Gesundheitswesen Tätigen mit 12,5 % sogar noch über dem Bundesdurchschnitt, d.h. in Rheinland-Pfalz verdankt jeder 8. Erwerbstätige dem Gesundheitswesen seinen Arbeitsplatz (siehe ebd., S. 105).

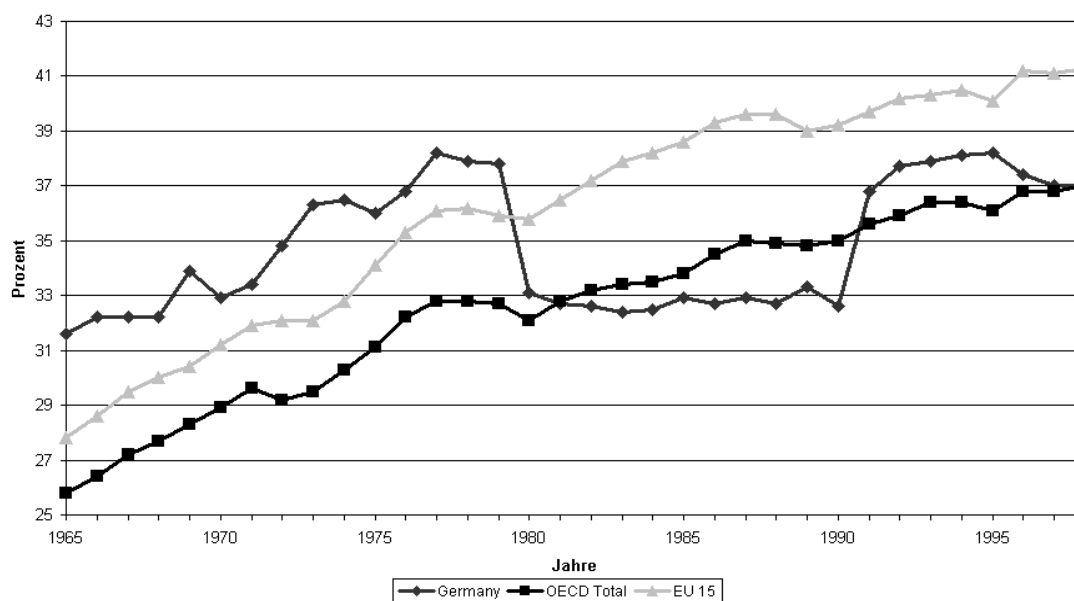
Der Gesundheitssektor stellt insofern einen relevanten Wirtschafts- und Wachstumsfaktor dar, der angesichts seiner überdurchschnittlichen Dienstleistungs- bzw. Arbeitsintensität erhebliche Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt entfalten kann. Dabei eröffnet vor allem die begrenzte Möglichkeit, im Rahmen der Gesundheitsversorgung Arbeit durch Kapital zu substituieren, in einem wachsenden Gesundheitsmarkt Beschäftigungschancen. Daneben dienen die Gesundheitsaufwendungen dazu, einen hochwertigen Humankapitalstock aufzubauen bzw. zu erhalten und, wie andere Sozialabgaben auch, den sozialen Frieden zu sichern. Das Bemühen der Gesundheitspolitik um stabile Beitragssätze und in diesem Kontext um Ausgabenbegrenzung bildet insofern unter Zielaspekten immer eine Gratwanderung zwischen den Entzugseffekten, die steigende Beitragssätze vornehmlich außerhalb des Gesundheitssektors bei Konsumenten und Investoren verursachen, und den positiven Wirkungen, die Gesundheitsausgaben und die mit ihnen finanzierten Leistungen erzeugen.

### 1.1.2 Die Sozialabgaben im internationalen Vergleich

Hohe und steigende Sozialabgaben verschlechtern unbeschadet ihrer sonstigen oben aufgelisteten Nachteile nur dann die internationale Wettbewerbsfähigkeit eines Landes, wenn die entsprechende Entwicklung in anderen, d.h. ökonomisch konkurrierenden, Ländern günstiger verläuft. Ein solcher Vergleich sollte aus folgenden Gründen zunächst an den gesamten öffentlichen Abgaben, die neben den Sozialabgaben auch die Steuern einschließen, ansetzen (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, S. 30):

- Für die Reaktionen von Unternehmen und Haushalten auf öffentliche Abgaben spielt die jeweilige Grenzbelastung, die sich aus dem Zusammenwirken aus Sozialabgaben und Steuern ergibt, eine entscheidende Rolle.
- Viele Länder, in der Europäischen Union sogar die Mehrzahl, finanzieren den sozialen Teil ihrer Gesundheitsausgaben im Unterschied zu Deutschland weniger durch Sozialabgaben als durch allgemeine oder spezifische Steuern. Ein isoliertes Benchmarking jener Sozialabgaben, die auf das Gesundheitswesen entfallen, würde insofern zu Fehlschlüssen über die jeweilige Belastung von Unternehmen und Haushalten sowie über die internationale Wettbewerbsfähigkeit führen.
- Zwischen den Teilsystemen der Sozialversicherung fanden in der Vergangenheit zahlreiche vom Gesetzgeber diskretionär vorgenommene Belastungsverschiebungen statt, die in Deutschland fast immer zuungunsten der GKV erfolgten, d.h. ceteris paribus deren Beitragssatz erhöhten. Diese aus der Sicht der GKV oft beklagten „Verschiebebahnhöfe“ innerhalb der Sozialversicherung veränderten jedoch nicht die Gesamtbelastung von Unternehmen und Haushalten.

Abbildung 1 veranschaulicht die Entwicklung der Abgabenquote, d.h. der Summe aus Steuern und Sozialabgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP), in Deutschland sowie im Durchschnitt der EU und der OECD-Staaten. Danach stieg die deutsche Abgabenquote ähnlich wie der OECD- und der EU-Durchschnitt von 1965 bis Mitte der 70er Jahre an, fiel um 1979/80 deutlich ab und stagnierte dann mit geringen Schwankungen bis zur deutschen Vereinigung im Jahre 1990.



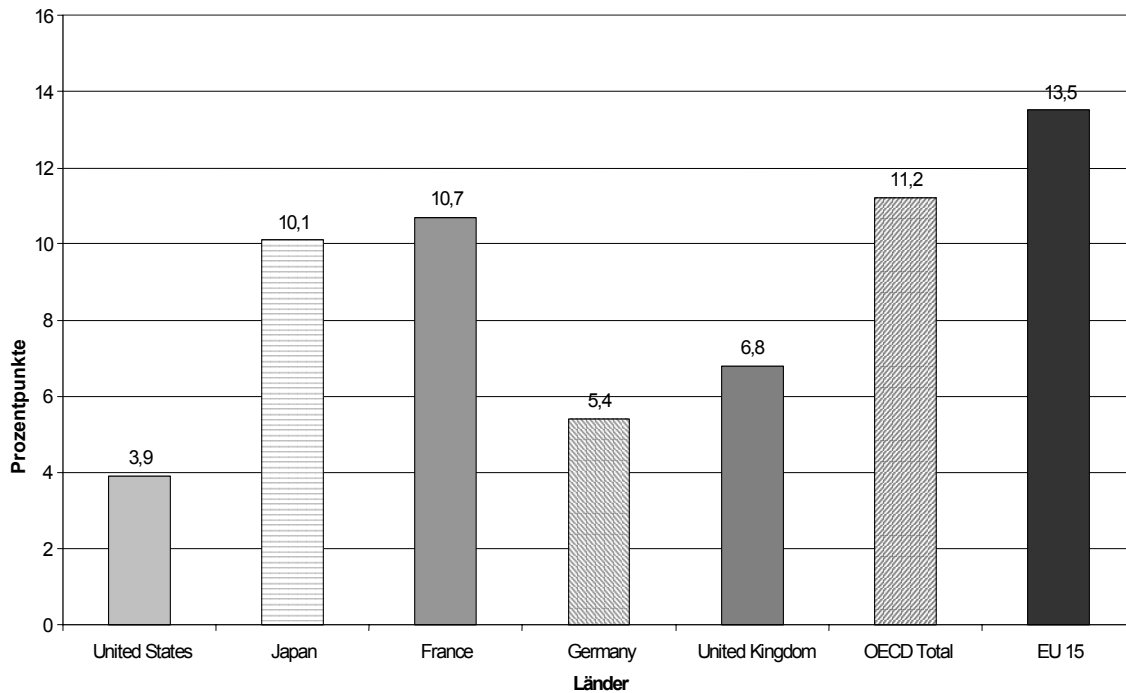
**Abbildung 1: Die Entwicklung der Abgabenquoten in Deutschland, der EU und den OECD- Staaten von 1965 bis 1998**

Erstellt nach OECD, Revenue Statistics 1965-1999, Paris 2000, S. 67-68.

Da der OECD- und der EU-Durchschnitt auch von 1975 bis 1990 zunahmen, vollzog sich in dieser Zeitspanne eine Annäherung bzw. Unterschreitung der deutschen Abgabenquote hinsichtlich dieser internationalen Durchschnittswerte. So unterschritt die deutsche Abgabenquote das EU-Niveau bereits 1979/80 und liegt nach einer überwiegend vereinigungsbedingten Zunahme inzwischen wieder beim OECD-Mittelwert.

Die höchsten Abgabenquoten im gesamten OECD-Bereich verzeichnen die skandinavischen Staaten Dänemark und Schweden und weit über dem EU-Durchschnitt befinden sich auch Finnland, die Niederlande, Norwegen und Belgien. Ebenso wie in Österreich übertraf die Abgabenquote in Frankreich im gesamten Beobachtungszeitraum immer den EU-Durchschnitt (vgl. OECD 2000a, S. 67 f.). Infolge ihrer temporären Absenkung und Stabilisierung weist die deutsche Abgabenquote inzwischen nicht nur ein im europäischen Vergleich unterproportionales Niveau, sondern – wie Abbildung 2 illustriert – auch einen moderaten Anstieg auf.

Innerhalb der EU deuten Entwicklung und Niveau der deutschen Abgabenquote somit nicht auf internationale Standort- oder Wettbewerbsnachteile hin.



**Abbildung 2: Das Wachstum der Abgabenquoten von 1965 bis 1998 im internationalen Vergleich**

Erstellt nach OECD, Revenue Statistics 1965 – 1999, Paris 2000, S. 67 – 68.

Anlass zu entsprechenden Bedenken könnte jedoch die Tatsache bilden, dass Japan und die USA, deren Unternehmen für die deutsche Industrie vielfach die Konkurrenten auf den Weltmärkten darstellen, eine um etwa 8 bis 10 Prozentpunkte niedrigere Abgabenquote aufweisen. Dabei scheint sich die japanische Abgabenquote, die von einem extrem niedrigen Ausgangsniveau erheblich anstieg, seit 1990 zu stabilisieren.

Wie Tabelle 1 belegt, stellt die im Vergleich mit den Steuern deutlich stärkere Zunahme der Sozialabgaben keine deutsche Besonderheit dar. Diese Entwicklung fand vielmehr im gesamten OECD- und EU-Bereich statt. Folgende Gründe lassen sich hierfür anführen:

- eine stärkere Finanzierung der sozialen Sicherung über Sozialabgaben und weniger über Steuern,
- die Gewährung zusätzlicher sozialer Leistungen und/oder die Einführung neuer Zweige in die Sozialversicherung,
- die Erweiterung des Versichertenkreises um fiskalisch schlechte Risiken,

- die zunehmende Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen über Sozialabgaben statt über Steuern sowie
- die Ausweitung der Kreditfinanzierung zur Deckung der Staatsausgaben.

Jahr	Land												EU <sup>2)</sup>		OECD <sup>2)</sup>	
	FRA		GER		JAP		NET		UK		USA		ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>
	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>	ST <sup>3)</sup>	SO <sup>4)</sup>				
1965	22,7	11,8	23,1	8,5	14,3	4,0	22,7	10,1	25,7	4,7	21,4	3,3	21,5	6,3	21,0	4,7
1970	22,3	12,7	22,9	10,0	15,3	4,4	24,0	13,0	31,8	5,1	23,2	4,5	23,9	7,3	23,3	5,6
1975	21,9	15,0	23,8	12,2	14,9	6,1	26,5	16,5	29,2	6,2	21,4	5,5	24,8	9,3	24,2	7,0
1980	23,3	17,4	21,7	11,4	18,0	7,4	26,9	16,5	29,5	5,9	21,1	5,9	25,6	10,1	24,7	7,4
1985	24,8	19,0	20,9	12,0	19,3	8,4	23,6	18,8	31,0	6,7	19,5	6,6	27,7	10,8	25,9	7,9
1990	24,0	18,9	20,4	12,2	21,9	9,0	26,8	16,0	29,8	6,2	19,8	6,9	28,3	10,9	26,8	8,2
1995	25,2	18,7	23,3	14,9	18,1	10,3	24,4	17,6	29,0	6,2	20,7	6,9	28,4	11,6	26,8	9,4
1997	26,8	18,4	21,8	15,2	18,1	10,6	24,8	17,2	29,2	6,1	21,5	6,8	29,4	11,7	27,3	9,5
1998	28,8	16,4	22,0	14,9	17,5	10,9	24,7	16,4	30,7	6,5	22,1	6,9	29,9	11,4	27,6	9,4
1999 <sup>1)</sup>	29,4	16,6	22,9	14,8	16,7	11,0	24,3	16,0	30,3	6,3	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Tabelle 1: Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich**

- 1) Schätzungen.
- 2) Ungewichtetes Mittel.
- 3) Steuereinnahmen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).
- 4) Sozialabgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus OECD, Revenue Statistics 1965/1999, Paris 2000, S. 69, 74 u. 104.

### 1.1.3 Der Leistungskatalog der GKV erneut im Widerstreit der Meinungen

Die bisherigen kursorischen Überlegungen legen bereits die Vermutung nahe, dass sich die Beitragssatzstabilität im Bereich der GKV nicht ohne weitere Reformen sichern lässt. Gleichwohl besteht vor allem hinsichtlich der deutschen Abgabenbelastung im internationalen Vergleich kein Anlass, für einen radikalen ordnungspolitischen Strukturbruch zu plädieren, d.h. z.B. ein primär steuerfinanziertes Gesundheitswesen oder ein System mit risikoäquivalenten Prämien ernsthaft in Erwägung zu ziehen. Notwendigkeit

und Ausmaß von Reformmaßnahmen hängen in fiskalischer Hinsicht von der im geltenden System, d.h. unter Status-quo-Bedingungen, zu erwartenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV ab. Insofern gilt es in diesem ersten Kapitel, d.h. unter Punkt 1, zu prüfen, ob und inwieweit bei gegebenen Systemstrukturen, d.h. beim jetzigen Leistungskatalog und bei der geltenden Beitragsgestaltung, die zu erwartende Einnahmeentwicklung mit dem sich abzeichnenden Ausgabentrend Schritt zu halten vermag. Dabei kann eine Abschätzung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung an den jeweiligen Komponenten und ihren Determinanten ansetzen. Während sich die Einnahmeentwicklung im Wesentlichen auf das Wachstum von Arbeitsentgelten und Rentenzahlungen stützt und somit von deren Einflussgrößen abhängt (siehe 1.2), erwachsen die zentralen Ausgabeneffekte künftig vor allem aus dem medizinisch-technischen Fortschritt und der Veränderung der demographischen Struktur (siehe 1.3). Die Notwendigkeit von Reformen nimmt deutlich zu, wenn die politischen Entscheidungsträger über die Beitragssatzstabilität hinaus eine Senkung der Beitragssätze in der GKV anstreben, um z.B. auf diese Weise steigende Beitragssätze in der GRV und in der gesetzlichen Pflegeversicherung zu kompensieren.

Sofern zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV künftig eine zunehmende Finanzierungslücke droht, gibt es mehrere globale Finanzierungsmöglichkeiten, um allfälligen Budgetdefiziten zu begegnen. Zu diesem Spektrum an globalen Reformoptionen, deren Überblick am Beginn des zweiten Kapitel steht (2.1), gehört auch eine Variation des Leistungskatalogs der GKV. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Sachstandsbericht 1994 (S. 171 ff.) grundlegende Überlegungen „zur Bestimmung des Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung“ angestellt und in diesem Kontext vier Optionsmodelle diskutiert. Diese Überlegungen stießen damals sowohl im politischen Bereich als auch bei den Gremien der Selbstverwaltung, insbesondere bei den Krankenkassen überwiegend auf Ablehnung. Man befürchtete bei der Flexibilisierung des Leistungskatalogs der GKV zum einen eine Entsolidarisierung und zum anderen eine Ablenkung von der zentralen Aufgabe, die noch vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Die Devise „Rationalisierung vor Rationierung“ brachte auch die Überzeugung zum Ausdruck, den bestehenden umfangreichen Leistungskatalog der GKV bei stabilen Beitragssätzen zunächst ohne weitgehende strukturelle Reformen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite aufrechterhalten zu können.

Nachdem sich unbeschadet noch vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen Gesundheitswesen die Notwendigkeit von Reformen vor allem wegen der relativen Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis in der GKV immer mehr abzeichnet, gewinnen auch Diskussionen um eine (Neu-)Bestimmung des Leistungskatalogs wieder an Aufmerksamkeit. Obwohl Kritiker solcher Vorschläge „ein System von Wahl- und Re-

gelleistungen ... (für) unvereinbar mit dem Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung“ halten (Union der leitenden Angestellten 2000, S. 17) oder pragmatischer betrachtet „wenig Raum für Leistungskürzungen“ sehen (Jacobs, K. 2000, S. 13), nahmen entsprechende Vorschläge in jüngster Zeit stark zu. Solche Überlegungen bzw. Reformmodelle präsentieren inzwischen nicht nur

- ärztliche Organisationen, wie z.B. der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (2000), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2001), der NAV-Virchow-Bund (2000a, S. 7f. u. 2000b), der Hartmannbund (2001) und die Bundesärztekammer (2001, S. 3) oder
- unabhängige Institutionen und Wissenschaftler, wie z.B. neben dem bereits erwähnten Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994, S. 171 ff. ) Beske, F. (2000), Schwartz, F.W. u. Jung, K. (2000) und die Ludwig-Erhard-Stiftung e.V. (2001, S. 18), sondern auch
- politische Gremien, wie das Bundeskanzleramt (2001) oder Parteien (Wulff C. 2001, S. 4).

Ähnliche Überlegungen gibt es auch in anderen Ländern, wie z.B. in Österreich (s. FAZ vom 12.02.2001, S. 19) und Schweden (vgl. Bundesarbeitsblatt 2/2001, S. 23), denn die meisten Staaten der europäischen Union sehen sich im Rahmen der gesetzlichen bzw. sozialen Krankenversicherung bei der Finanzierung ihrer bestehenden Leistungskataloge mit fiskalischen Problemen konfrontiert. Der Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten des Europäischen Parlaments unterbreitete auch aus diesem Grunde den „Entwurf eines Berichts über die Zusatzkrankenversicherung“ (2000). Der Wirtschafts- und Sozialausschuss des Europäischen Parlaments begrüßte in seiner Stellungnahme diese Initiative, da „die auf Solidarität gestützten Pflichtversicherungssysteme im Bereich der Gesundheit an ihre Grenzen gestoßen sind“ (2000, S.3). Der Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten strebt in diesem Kontext unabhängig von der Gültigkeit des Subsidiaritätsprinzips „auf einer letzten Stufe der Annäherungsstrategie ... eine auf europäischer Ebene harmonisierte Palette der Leistungen der medizinischen Grundversorgung“ an (ebd., S. 13/18).

Um bei der Abgrenzung des Leistungskatalogs der GKV eine eklektische Auswahl und damit eine willkürliche Selektion möglichst zu vermeiden, sollte sich die jeweilige Zuordnung an übergeordneten Zielen und daraus abgeleiteten Kriterien orientieren (2.2). Obgleich die derzeitigen Diskussionen um Reformansätze in der GKV infolge der sich abzeichnenden Finanzierungsengpässe vorwiegend fiskalische Kriterien betonen und

damit die Betragssatzrelevanz in den Mittelpunkt der Überlegungen rücken, bilden aus normativer Sicht allokativer und distributiver sowie nicht zuletzt auch ethischer Aspekte (siehe hierzu u.a. Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 1995 sowie Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD 2000) die zentralen Kriterien. Dabei geht es in allokativer Hinsicht primär um die Präferenzen der Versicherten, die Wünsche der Patienten, den Zielerreichungsgrad der gesundheitlichen Outcomes und die Effizienz der Leistungserstellung. Die Expertise ordnet sich vor allem unter diesen Aspekten in das übergeordnete Projekt „Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen“ ein. Zur konkreten Beurteilung einer Abgrenzung bzw. Einteilung des Leistungskatalogs bieten sich zunächst medizinische, ökonomische und ethische Kriterien an.

Wie bereits angedeutet kann sich die vorliegende Studie zu Beginn des dritten Kapitels auf bereits existierende Untersuchungen und Reformvorschläge zum GKV-Leistungskatalog stützen (3.1). Dabei geht es auch darum, neben dem methodischen Vorgehen die jeweiligen expliziten und impliziten Kriterien herauszuarbeiten und im Hinblick auf konkrete Reformvorschläge die Übereinstimmungen und Divergenzen zusammenzustellen. Sodann besitzt diese Thematik auch eine europäische Dimension, denn viele Länder stehen, wie die Initiative des europäischen Parlaments zur Zusatzkrankenversicherung belegt, bei der Finanzierung ihrer sozialen bzw. gesetzlichen Krankenversicherung vor ähnlichen Problemen (3.2). Vor dem Hintergrund der europäischen Integration bietet sich vor allem ein Blick auf den Leistungskatalog wirtschaftlich vergleichbarer, benachbarter Staaten an. Nach Artikel 152 Abs. 5 des EG-Vertrags bleibt zwar „die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt“, was aber weder faktische Konvergenzprozesse noch im Prinzip den europaweiten Wettbewerb auf den Gesundheitsmärkten ausschließt<sup>1</sup>. Für einen entsprechenden Vergleich eignet sich vor allem das französische Gesundheitswesen, denn es weist wie das deutsche System eine Abgabenfinanzierung sowie per Saldo bisher eher eine Über- als eine Unterversorgung auf und schnitt – im Unterschied zum deutschen System – bei einem Benchmarking des gegenwärtigen Leistungsstandes der Gesundheitssysteme der Weltgesundheitsorganisation hervorragend ab (vgl. WHO 2000).

Der eigene Vorschlag zu Abgrenzung des Leistungskatalogs, der am Ende des dritten Kapitels zur Diskussion steht (3.3), kann vor allem im Hinblick auf die sog. (kranken-)versicherungsfremden Leistungen auf den bisher schon existierenden Modellen aufbauen. Er enthält neben der üblichen Unterscheidung in solidarisch finanzierte Kern-

---

<sup>1</sup> In diesem Kontext möchte z. B. P. Zweifel (2001, S. 86) im Rahmen seiner Reformvorschläge für die künftige Gesundheitspolitik auch die Wahl des Versicherungsvertrages nicht auf inländische Anbieter beschränkt wissen.

bzw. Grundleistungen einerseits und risikoäquivalent tarifierte Wahlleistungen andererseits mit den kassenspezifischen Satzungsleistungen, die quasi kollektive Wahlleistungen darstellen, noch eine dritte eigenständige Kategorie. Als solidarisch finanzierte Leistungsart, die eine Beteiligung des Arbeitgebers vorsehen kann, aber nicht zwangsläufig muss, zielt sie in erster Linie darauf ab, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Sinne der Subsidiarität zu stärken, ohne die Solidarität des geltenden Systems zu gefährden. Wesentliche Aspekte bilden in diesem Zusammenhang auch die Vergütungssysteme, die für die jeweilige Leistungskategorie gelten, und die Einbeziehung der Leistungskategorien in den Risikostrukturausgleich.

#### **1.1.4 Zwischenfazit: Der Leistungskatalog als ein Element zielorientierter Reformdiskussionen in der GKV**

Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV kann schon auf absehbare Zeit ohne Reformmaßnahmen nicht konstant bleiben. Bei Wahrung des Postulates der Beitragssatzstabilität kann es insofern nicht um das „Ob“, sondern nur um ein möglichst zielorientiertes „Wie“ von Reformen gehen. Bei den entsprechenden Überlegungen gilt es allerdings im Unterschied zu den bisherigen sog. Kostendämpfungsmaßnahmen, nicht nur fiskalische Belange zu berücksichtigen, sondern dem breiten Zielspektrum von Gesundheitsleistungen Rechnung zu tragen. Zu diesem Zielspektrum gehören vornehmlich die gesundheitlichen Outcomes im Sinne einer Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität, aber auch Beschäftigungs- und Wachstumsaspekte. Der Gesundheitssektor stellt einen dynamischen Wirtschaftsbereich dar, der aufgrund seiner überdurchschnittlichen Dienstleistungs- bzw. Arbeitsintensität auch künftig relevante Beschäftigungseffekte verspricht. Ausgabenbegrenzungen mit dem Ziel, die Beitragssätze in der GKV stabil zu halten, bilden unter Wachstums- und Beschäftigungsaspekten immer eine Gratwanderung zwischen den positiven Wirkungen, die dadurch außerhalb des Gesundheitswesens anfallen, und den Entzugseffekten, die finanzielle Einschränkungen im Gesundheitssektor verursachen.

Ein kursorischer Überblick über die Entwicklung und das Niveau der öffentlichen und der Sozialabgaben im internationalen Vergleich legt unbeschadet der grundsätzlichen Notwendigkeit von Reformmaßnahmen für das deutsche Gesundheitswesen keinen radikalen ordnungspolitischen Strukturbruch nahe. Unter dem Aspekt der deutschen Abgabenbelastung im internationalen Vergleich bietet sich weder ein primär steuerfinanziertes Gesundheitswesen noch ein System mit vorwiegend risikoäquivalenten Prämien

als zwingende Alternative an. Allfällige Variationen des Leistungskataloges der GKV stellen im Sinne unserer Überlegungen eine unter mehreren Handlungsoptionen dar, um im Rahmen eines evolutorischen Reformkonzeptes künftigen Budgetdefiziten zu begegnen. Obgleich lange tabuisiert, finden derzeit auf fast allen Ebenen Diskussionen um eine Anpassung des Leistungskatalogs der GKV an sich abzeichnende gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen statt. Ob und inwieweit beim Leistungskatalog der GKV ein Handlungsbedarf besteht, hängt neben den fiskalischen Vorgaben bzw. finanziellen Zwängen von den übrigen Handlungsoptionen in Verbindung mit deren komparativen Vor- und Nachteilen ab.

## **1.2 Entwicklungstendenzen der Finanzierungsbasis in der GKV**

### **1.2.1 Wachstum von beitragspflichtigen Einnahmen und Bruttoinlandsprodukt**

Zur Finanzierung der GKV dienen nach § 220 Abs. 1 SGB V Beiträge und sonstige Einnahmen. Die Beiträge entrichten Pflicht- und freiwillige Mitglieder. Zu den Pflichtmitgliedern zählen die in § 5 SGB V aufgelisteten Personengruppen, unter denen sich u.a. Arbeiter, Angestellte, Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe<sup>2</sup> sowie Rentner<sup>3</sup> befinden. Die freiwillig Versicherten setzen sich hauptsächlich aus Selbständigen sowie Arbeiter und Angestellten zusammen, deren Arbeitsentgelt die Pflichtversicherungsgrenze, d.h. 75 % der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung, übersteigt. Entsprechend dem Solidargedanken bleiben mitversicherte Familienangehörige unter bestimmten Bedingungen, die § 10 SGB V präzisiert, beitragsfrei.

Die Bemessung der Beiträge erfolgt auf der Basis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die im Wesentlichen aus Arbeitseinkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und dem Zahlbetrag der Rente bestehen. Die Multiplikation aus beitragspflichtigen Einnahmen mit dem Beitragssatz ergibt dann unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze – die in der GKV der Pflichtversicherungsgrenze ent-

---

<sup>2</sup> Gemäß § 251 Abs. 4 SGB V übernehmen die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld und der Bund die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosenhilfe.

<sup>3</sup> Die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner bestimmen sich insbesondere nach den §§ 226 und 228 SGB V.

spricht – den zu entrichtenden Beitrag. Diesen Beitrag tragen der versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer und sein Arbeitgeber im Allgemeinen zur Hälfte<sup>4</sup>.

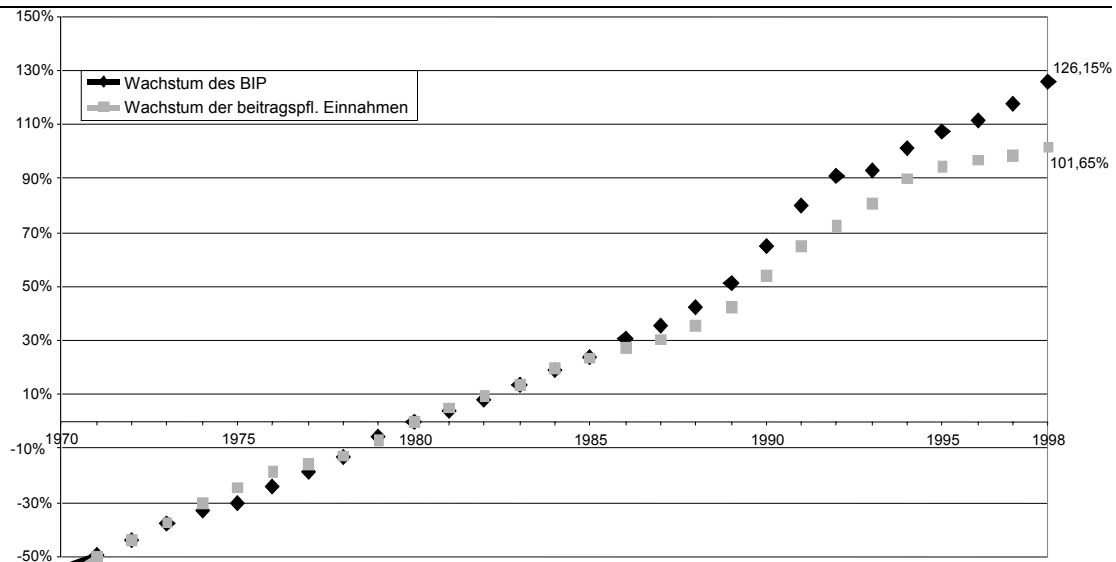
Die beitragspflichtigen Einnahmen lassen sich somit errechnen als:

$$\text{Beitragspflichtige Einnahmen} = \frac{\text{Summe der Einnahmen der GKV}}{\text{Durchschnittlicher allg. Beitragssatz}} \times 100.$$

Die folgende empirische Untersuchung der beitragspflichtigen Einnahmen stützt sich für die Jahre vor 1996 nicht auf die Daten der amtlichen Statistik, sondern auf selbst ermittelte Werte. Die Einbeziehung der Einnahmen von Rentnern in die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1996 bedeutet einen Strukturbruch und macht eine Bereinigung bzw. Ergänzung der entsprechenden Zeitreihe erforderlich. Die Bereinigung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1970 erfolgte nach der obigen Formel durch Addition der Einnahmen der GKV von Pflichtmitgliedern, freiwilligen Mitgliedern und Rentnern sowie unter Berücksichtigung des jeweils geltenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes. Auf diese Weise beinhalten die beitragspflichtigen Einnahmen nun vom Ausgangsjahr 1970 an auch die Einnahmen von Rentnern.

Abbildung 3 zeigt für die alten Bundesländer die Entwicklung der auf diese Weise ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 1998 zur Basis 1980 im Vergleich mit dem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Wie aus der Graphik hervorgeht, nehmen die beitragspflichtigen Einnahmen seit 1985 deutlich schwächer zu als das BIP. Die Wachstumsdifferenz zuungunsten der beitragspflichtigen Einnahmen beträgt zur Basis 1980 24,5 Prozentpunkte. Schon dieser Vergleich deutet auf die relative Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV hin. Die entsprechende Größenordnung verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen im Beobachtungszeitraum mit der Wachstumsrate des BIP zugenommen hätten. Diese fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen liegen bezogen auf die alten Bundesländer im Jahre 1998 um 179,9 Mrd. DM über den tatsächlichen und korrespondieren mit einem (fiktiven) Beitragssatz von 12,2 %, der den tatsächlichen Beitragssatz von 13,54 % um 1,34 Prozentpunkte unterschreitet (siehe auch Tabelle 1 im Anhang).

<sup>4</sup> Dabei bleibt offen, wer die ökonomische Last im Sinne der Inzidenz letztlich trägt, d.h. ob und inwieweit es dem Arbeitgeber gelingt, seinen Beitragsanteil über den Marktpreis auf die Konsumenten zu überwälzen.



**Abbildung 3: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1980 im Vergleich (alte Bundesländer)**

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 2000a, eigene Berechnungen.

Der Einnahmen- bzw. Beitragsausfall, der aus dieser relativen Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen resultiert, betrug somit im Jahre 1998 in den alten Bundesländern gut 22 Mrd. DM, hochgerechnet auf das gesamte Bundesgebiet ca. 26,5 Mrd. DM.

Das BIP bildet den Geldwert aller Waren und Dienstleistungen, die nach Abzug der Vorleistungen innerhalb der Volkswirtschaft in der Berichtsperiode produziert werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2001c, S. 1). Sofern die Entwicklung der im Gesundheitswesen produzierten Güter und Dienstleistungen und auch die Leistungen der GKV mit dem Wachstum der Güterproduktion in der gesamten Volkswirtschaft Schritt halten sollen, erscheint diese Wachstumsdifferenz zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV bedenklich, denn bei gleichem Wertewachstum bleibt die Finanzierungsbasis der GKV hinter der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung zurück. Dieser empirische Befund gewinnt im Zusammenhang mit dem Postulat der Beitragssatzstabilität noch insofern an Bedeutung, als die Leistungsausgaben der GKV im alten Bundesgebiet von 1980 bis 1998 einen Zuwachs von ca. 128 % verzeichneten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2000) und damit um knapp 2 Prozentpunkte über dem Wachstum des BIP lagen.

## 1.2.2 Die Lohnquote als Indikator der Finanzierungsbasis in der GKV

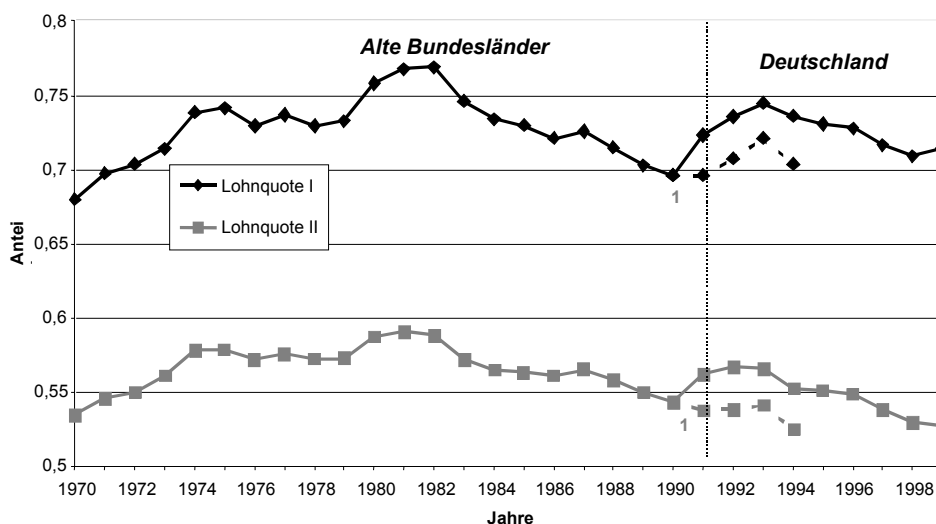
Wie bereits erwähnt, setzen sich die beitragspflichtigen Einnahmen im Wesentlichen aus den Arbeitseinkommen von versicherungspflichtig Beschäftigten und den Renten zusammen. Die Lohnquote gilt in diesem Kontext häufig als Indikator für den Anteil, den die Arbeitnehmer am wirtschaftlichen Erfolg einer Volkswirtschaft für sich verbuchen können. Die Lohnquote bezieht die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit entweder auf das Volkseinkommen bzw. Netto-Sozialprodukt zu Faktorkosten (sog. Lohnquote I) oder auf das Bruttoinlandsprodukt (sog. Lohnquote II). Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit umfassen die Bruttolohn- und -gehaltssumme, die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialkosten und die sonstigen Sozialkosten der Arbeitgeber (vgl. Statistisches Bundesamt 2001a, S. 1). Die Bruttolohn- und -gehaltssumme bildet die Summe der Löhne und Gehälter, die den Arbeitern, Angestellten, Beamten, Soldaten einschließlich der Wehrpflichtigen, Volontären und ähnlichen Arbeitnehmergruppen vor Abzug von Sozialbeiträgen der Arbeitnehmer und der Lohnsteuer zufließen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001b, S. 1). Die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialkosten beinhalten im Wesentlichen Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen und Beiträge zu Berufsgenossenschaften. Bei den sonstigen Sozialkosten handelt es sich um freiwillige Zuwendungen an die Arbeitnehmer oder deren Familienangehörige, die u.a. einer zusätzlichen Altersversorgung, einem verbesserten Krankenschutz sowie der Aus- und Fortbildung dienen.

Eine steigende (sinkende) Lohnquote zeigt im Sinne der funktionalen Verteilung<sup>5</sup> eine relative Zunahme (Abnahme) der Arbeitseinkommen gegenüber den Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen an (ähnlich Institut der Deutschen Wirtschaft 1998a, S. 1). Die Lohnquote I sank in den alten Bundesländern von ca. 77 % im Jahre 1982 auf knapp 70 % im Jahre 1991 ab und fiel nach einem Zwischenhoch in den Jahren 1992 und 1993 bis 1994 wieder auf die 70 %-Marke (siehe Abbildung 4). Für das gesamte Bundesgebiet bewegt sich die Lohnquote I, wie auch die Lohnquote II, durchgängig auf einem höheren Niveau, was zum größten Teil auf die besondere wirtschaftliche Situation in den neuen Bundesländern und den dort relativ geringen Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen zurückgeht. Gleichwohl verzeichnen beide Lohnquoten ab 1993 auch für das gesamte Bundesgebiet einen fallenden Verlauf. Die Lohnquote II unterschreitet für die alten Bundesländer im Jahre 1994 sogar das Niveau des Jahre 1970 (siehe auch Tabelle 2 im Anhang).

---

<sup>5</sup> Da die Arbeitnehmer über Dividenden und Zinsen auch Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen erwerben können, besitzt die Lohnquote im Hinblick auf die personelle Verteilung nur eine beschränkte Aussagefähigkeit. Vgl. auch Spree, H.U. 2000, S. 57.

Bei einem Vergleich der Wachstumsdifferenzen zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und dem BIP in Abbildung 3 und dem Verlauf der Lohnquoten in Abbildung 4 fällt auf, dass sich die Schere zwischen dem Wachstum des BIP und dem der beitragspflichtigen Einnahmen mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. 3 Jahren zum Absinken der Lohnquoten öffnete.



**Abbildung 4: Die Lohnquoten im Zeitablauf von 1970 bis 1999**

1) Die gestrichelten Linien skizzieren die Fortsetzung der Reihe für die alten Bundesländer, soweit die erforderlichen Daten vom Statistischen Bundesamt publiziert wurden.

Lohnquote I: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit / Volkseinkommen

Lohnquote II: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit / Bruttoinlandsprodukt.

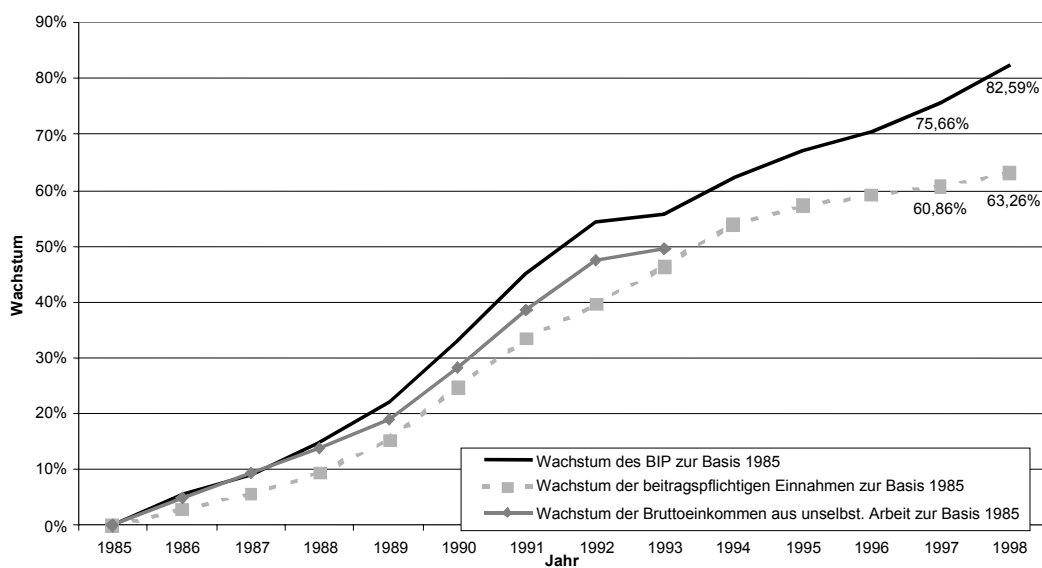
Quelle: Statistisches Bundesamt 1994, 1995, 2000a, eigene Berechnungen.

Eine weitere Parallelität zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und den Lohnquoten besteht darin, dass das Ansteigen der Lohnquoten in den Jahren 1992 und 1993 auch zu einer Verringerung der Wachstumsdifferenzen zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen führte. Mit dem Rückgang der Lohnquoten ab 1993 nehmen auch die Wachstumsdifferenzen zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen wieder zu.

Unabhängig davon, dass das Absinken der Lohnquoten einen Teil der relativen Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen erklärt, existieren zwischen dem Zähler der Lohnquote, d.h. dem Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, und den beitragspflichtigen Einnahmen als Finanzierungsbasis der GKV mehrere relevante Unterschiede:

1. Die beitragspflichtigen Einnahmen enthalten die Renten und hängen damit auch von deren Anteil und Entwicklung ab.

2. Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit schließen dagegen auch die Arbeitsentgelte von Beamten und Soldaten ein.
3. Die beitragspflichtigen Einnahmen weisen eine Beitragsbemessungsgrenze auf, so dass im Rahmen der Beitragserhebung nicht nur die absolute Höhe und das Wachstum der Arbeitsentgelte, sondern auch die Lohnstruktur eine Rolle spielt.
4. Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit schließen auch die gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Sozialkosten der Arbeitgeber ein. Steigende Beitragssätze im Bereich der Sozialversicherung gehen damit in vollem Umfange in die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit ein. Verschiebepunkte innerhalb von Teilsystemen der Sozialversicherung, die in der Vergangenheit zumeist fiskalisch zu Lasten der GKV gingen, besitzen infolge ihrer Kompensation keinen Einfluss auf diese Größe<sup>6</sup>. Dagegen mindern diese Umschichtungen die beitragspflichtigen Einnahmen und schwächen damit die Finanzierungsbasis der GKV.



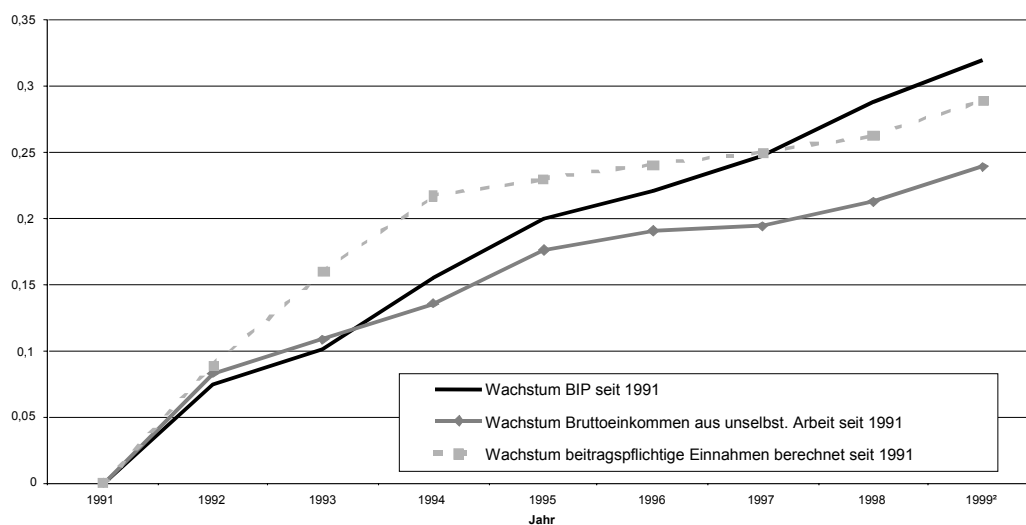
**Abbildung 5: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit (alte Bundesländer)**

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Statistisches Bundesamt 1994, 1995, 2000a, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

<sup>6</sup> Dies gilt allerdings nicht gleichermaßen für entsprechende Umschichtungen zwischen Teilsystemen der Sozialversicherung und den Haushalten der Gebietskörperschaften.

Vor dem Hintergrund dieser Unterschiede, die zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit bestehen, überrascht es nicht, dass letztere in den alten Bundesländern von 1985 bis 1993 zwar etwas stärker anstiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen, aber immer noch deutlich hinter dem Wachstum des BIP zurückblieben (siehe Abbildung 5 und Tabelle 4 im Anhang).

Die Betrachtung der Entwicklung dieser drei Größen für das gesamte Bundesgebiet ab 1991 liefert zunächst ein anderes Bild. Wie Abbildung 6 zeigt, liegt das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen bis 1997 über der Steigerung der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit und sogar über der Zunahme des BIP. Dieser von der vorangegangenen Entwicklung in den alten Bundesländern abweichende Verlauf geht offensichtlich auf die erheblichen Lohnsteigerungen und Reformen in den neuen Bundesländern zurück. In den Jahren von 1991 bis 1994 übertrafen die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit im Wachstum auch das BIP. Bei einer Normierung dieser Größen auf das Jahr 1994 stellen sich dagegen, wie Abbildung 7 illustriert, wieder die alten Relationen ein, d. h. von 1994 bis 1999 wächst das BIP stärker als die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit und am schwächsten nehmen wiederum die beitragspflichtigen Einnahmen zu (siehe auch Tabelle 4 im Anhang).

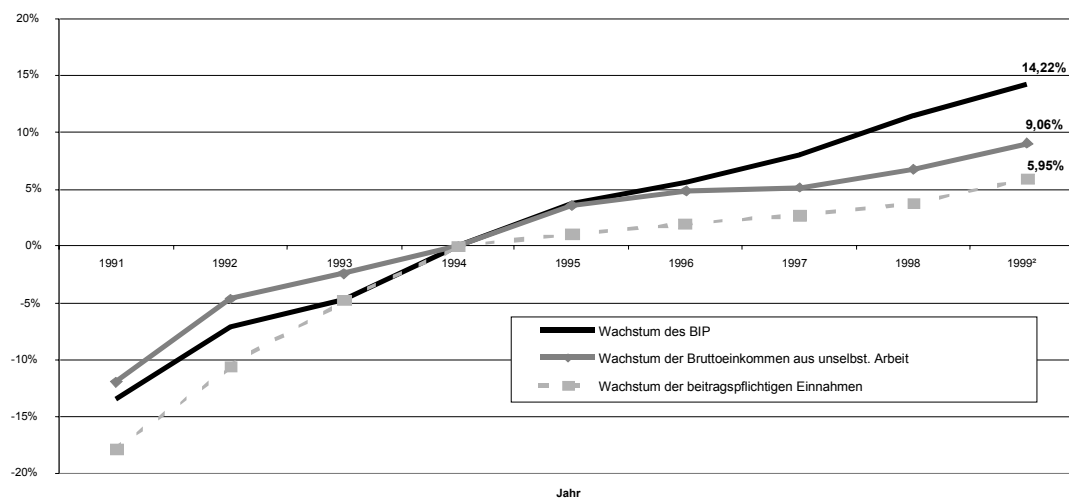


**Abbildung 6: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen<sup>1)</sup> mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit seit 1991 (gesamtes Bundesgebiet)**

(1) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

(2) Einnahmen der GKV 1999 vorläufiger Wert aus KV45.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000a, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, eigene Berechnungen.



**Abbildung 7: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen<sup>1)</sup> mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit ab 1994 (gesamtes Bundesgebiet)**

(1) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

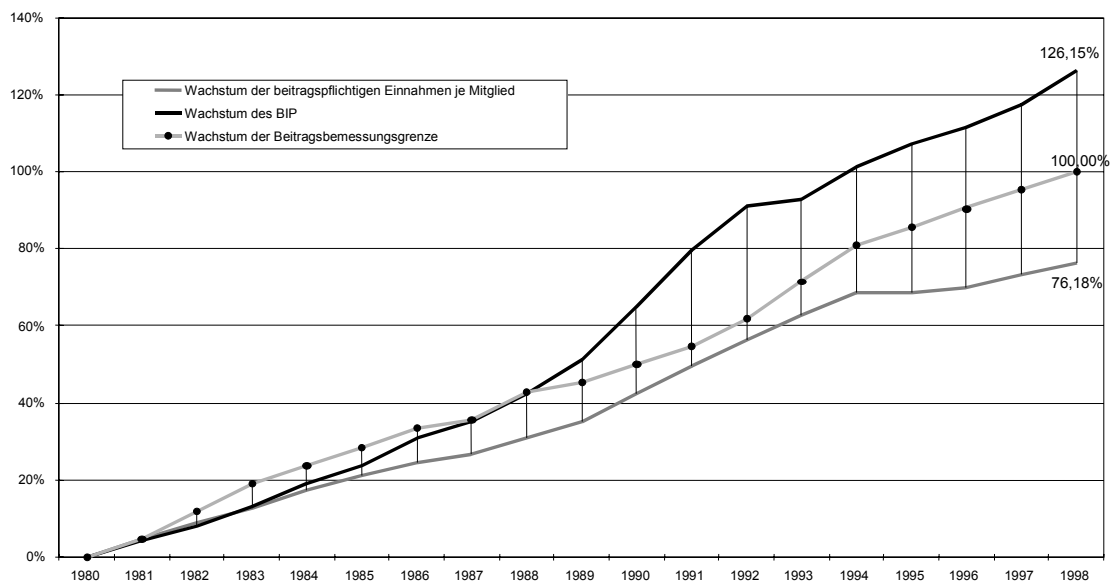
(2) Einnahmen der GKV 1999 vorläufige Werte aus KV45.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 2000a, eigene Berechnungen.

Die bisherigen empirischen Befunde erlauben bereits zwei Feststellungen: Ein Ersatz der geltenden beitragspflichtigen Einnahmen nach § 226 SGB V durch die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, z.B. durch Einbeziehung der Beamten und Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze, könnte die relative Wachstumsschwäche der GKV Finanzierungsbasis zwar abmildern, den Abstand zur Steigerung des BIP aber nicht beseitigen. In diesem Kontext schlägt das deutlich kräftigere Wachstum der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen offensichtlich zu stark zu Buche. Da die Verschiebepathologien zwischen den Teilsystemen der Sozialversicherung, die in der Vergangenheit die beitragspflichtigen Einnahmen schmälerten und so eine Anhebung der Beitragssätze induzierten, die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit per saldo nicht beeinflussen, können sie für die Wachstumsdifferenzen zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen nur zu einem Teil, d.h. nicht in einem entscheidenden Umfange, verantwortlich zeichnen.

### 1.2.3 Effekte der Versichertenstruktur auf die beitragspflichtigen Einnahmen

Um auch die Effekte von Veränderungen in der Mitgliederzahl der GKV zu berücksichtigen, geht die folgende Betrachtung von den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aus. Die Analyse bezieht sich zunächst nur auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne Rentner und versucht später, den Einfluss eines variierenden Rentneranteils separat zu erfassen. Abbildung 8 zeigt einen Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP sowie der Beitragsbemessungsgrenze und bestätigt tendenziell die bisherigen Ergebnisse<sup>7</sup>.



Quelle: Statistisches Bundesamt 1994, 1995, 2000a, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

**Abbildung 8:** Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und der Beitragsbemessungsgrenze seit 1980 (alte Bundesländer)

<sup>7</sup> Da die GKV ca. 90 % der Bevölkerung umfasst, erscheint ein Vergleich der aggregierten Größe BIP mit den Pro-Kopf-Werten der beitragspflichtigen Einnahmen und der Beitragsbemessungsgrenze im Hinblick auf die Betrachtung von Wachstumsraten relativ unproblematisch. So liegt z.B. das Wachstum des BIP je Erwerbstätigen für den gleichen Zeitraum mit 118,6 % auf einem ähnlich hohen Niveau; siehe auch Tabelle 10 im Anhang.

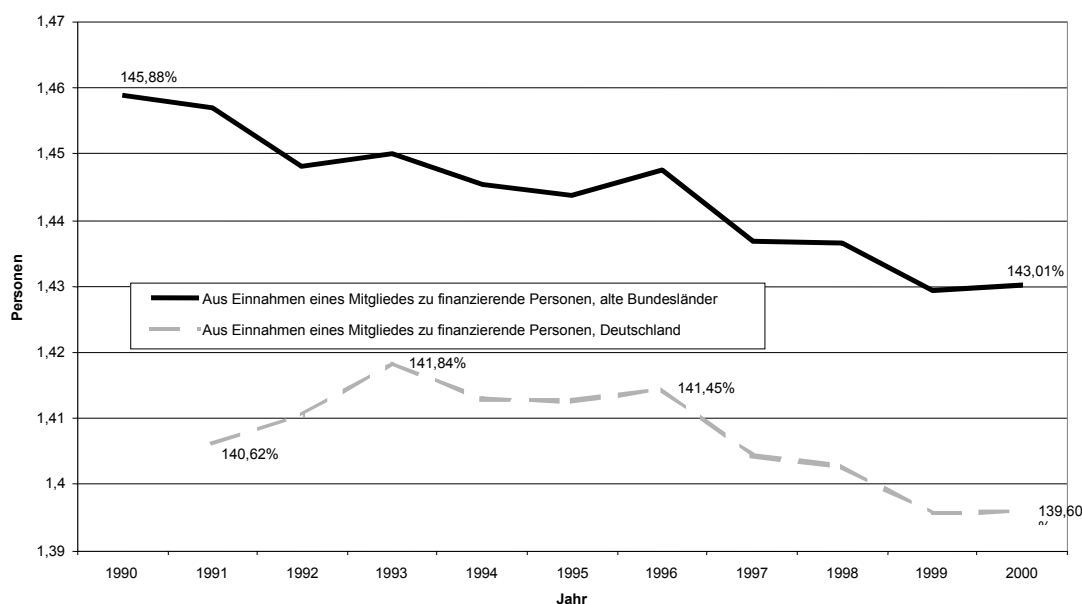
Die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied blieben im Zeitraum von 1980 bis 1998 im Wachstum um knapp 24 Prozentpunkte hinter der Beitragsbemessungsgrenze und um fasst 50 Prozentpunkte hinter dem BIP zurück (siehe auch Tabelle 5 im Anhang).

Wie bereits erwähnt, unterliegen die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV einer Beitragsbemessungsgrenze, die in ihrer Höhe auch der Versicherungspflichtgrenze entspricht. Für Personen mit einem Bruttoeinkommen oberhalb dieser Grenze besteht keine Versicherungspflicht und für freiwillige Mitglieder entfällt oberhalb dieser Grenze die Beitragszahlung, d.h. der Grenzbeitragsatz nimmt dann den Wert Null an. Die jährliche Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze folgt gemäß § 159 SGB VI mit einer zeitlichen Verzögerung von einer Periode der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer. Da sich die Bruttolohn- und -gehaltssumme nur durch die Sozialkosten der Arbeitgeber von den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit unterscheidet, überrascht es nach unseren bisherigen Ergebnissen (vgl. Abbildung 5) nicht, dass die Beitragsbemessungsgrenze stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, aber schwächer als das BIP ansteigt. Gleichwohl fällt auf, dass das Wachstum des BIP jenes der Beitragsbemessungsgrenze erst ab 1988 übersteigt, aber in 1998 schon um über 26 Prozentpunkte höher liegt.

Neben einem unterdurchschnittlichen Anstieg der Arbeitsentgelte der Mitglieder kann die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis der GKV auch in einer Veränderung der Versichertenstruktur wurzeln. Dies trifft dann zu, wenn innerhalb des Versichertenkreises der Anteil von Personengruppen zunimmt, die über keine oder vergleichsweise geringe beitragspflichtige Einnahmen verfügen. Hier kommen in erster Linie in Frage

- beitragsfrei Mitversicherte,
- Rentner,
- Arbeitslose und
- freiwillig versicherte Mitglieder.

Um die Anzahl der Personen darzustellen, die ein Beitragszahler (mit-)finanziert, dient in Abbildung 9 der Quotient aus der Zahl aller Versicherten der GKV, d.h. einschließlich der beitragsfrei mitversicherten Personen, und der Zahl der GKV-Mitglieder inklusive der Rentner. Dabei zeigt sich, dass zwischen 1990 bzw. 1991 und 2000 sowohl in den alten Bundesländern als auch im gesamten Bundesgebiet der Anteil an Personen, die ein Beitragszahler mitfinanziert, zurückgeht.

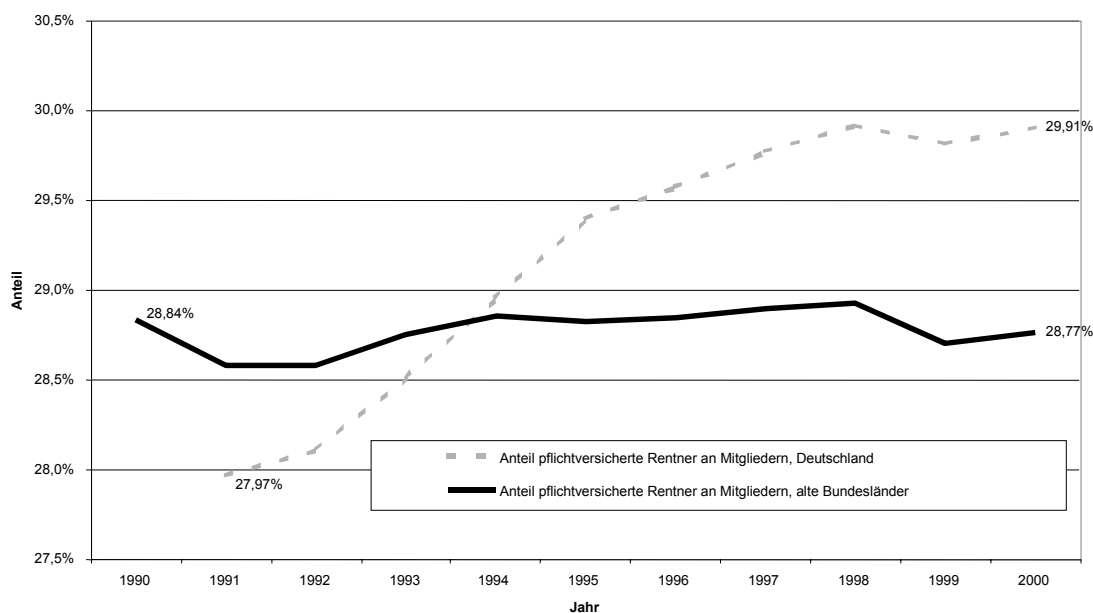


**Abbildung 9: Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Dabei verzeichnen die alten Bundesländer mit 0,3 Prozentpunkten einen leicht stärkeren Rückgang als das gesamte Bundesgebiet mit 0,1 Prozentpunkten. Der absolute Anteil liegt jedoch im gesamten Bundesgebiet mit 1,40 zu 1,43 etwas niedriger als in den alten Bundesländern, woraus folgt, dass die neuen Bundesländer einen unterdurchschnittlichen Anteil an beitragsfrei Mitversicherten aufweisen. Insgesamt gesehen scheidet die Veränderung des Anteils der beitragsfrei Mitversicherten als Einflussgröße bzw. Erklärungsfaktor für die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV aus (siehe auch Tabelle 6 im Anhang).

Da Rentner in der Regel über ein geringeres beitragspflichtiges Durchschnittseinkommen verfügen als der erwerbstätige Teil der Mitglieder, schwächt ein steigender Anteil dieser Bevölkerungsgruppe unter den Beitragszahlern die Finanzierungsbasis der GKV. Abbildung 10 zeigt, dass in den alten Bundesländern seit 1990 zwar ein nahezu konstanter Anteil der Mitglieder aus Rentnern bestand, diese Quote jedoch im gesamten Bundesgebiet zwischen 1991 und 2000 um 2 Prozentpunkte zunahm (siehe auch Tabelle 7 im Anhang). Dieser gestiegene Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV geht offensichtlich auf das deutlich überproportionale Wachstum des entsprechenden Anteils in den neuen Bundesländern zurück. Die Entwicklung des Rentneranteils in den neuen Bundesländern spiegelt u.a. die dortige Situation auf dem Arbeitsmarkt mit ihren Tendenzen zu Frühverrentung wider.



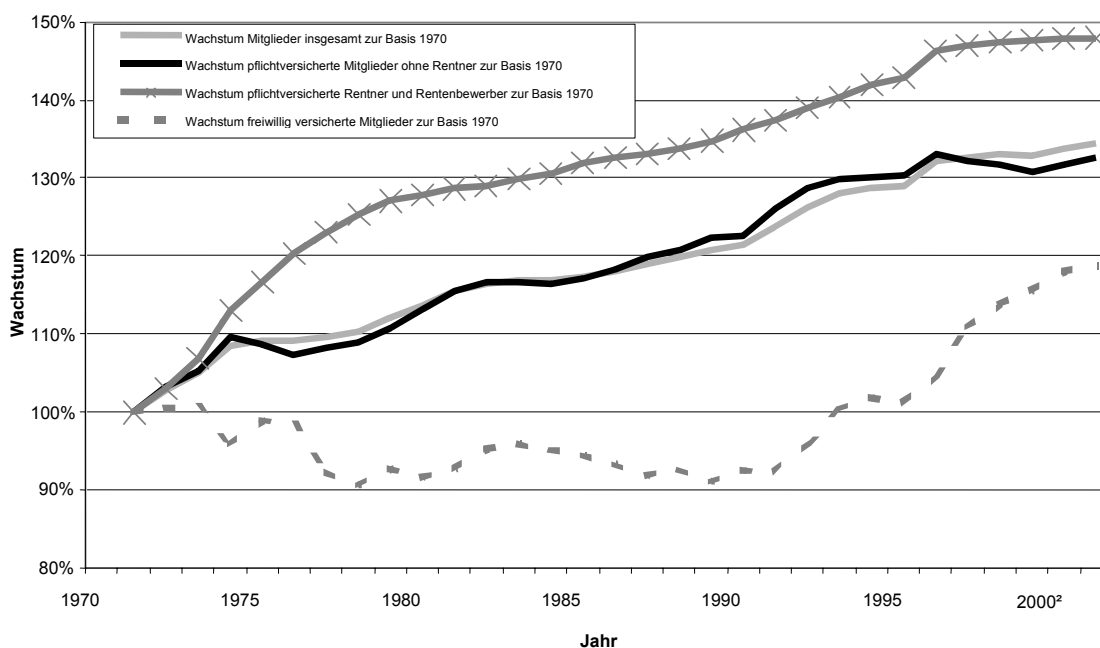
**Abbildung 10: Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen dürfte die Entwicklung der demographischen Struktur, wenn auch zunächst noch moderat, künftig auf einen weiteren Anstieg des Rentneranteils hinwirken. Gegenläufige Effekte könnten neben einer Prolongation des Rentnereintrittsalters von einer nachhaltigen Entspannung am Arbeitsmarkt ausgehen.

Bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen, gelten nach § 232a SGB V als beitragspflichtige Einnahmen 80 % des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder der Arbeitslosenhilfe zugrunde liegt. Infolge dieser verminderten Beitragsbemessungsgrundlage führt ein steigender Anteil von Arbeitslosen zur einer sinkenden Einnahmef Basis und damit geringeren Einnahmen der GKV bei ceteris paribus unverändertem Behandlungs- bzw. Ausgabenbedarf. Dieser Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen setzt allerdings voraus, dass es sich bei den Arbeitslosen um zuvor erwerbstätige Personen handelt. Treten dagegen beitragsfrei mitversicherte Personen in die Gruppe der Erwerbspersonen ein und bewerben sich als Arbeitssuchende, so erweitern sie als neue Beitragszahler die Finanzierungsbasis der GKV (vgl. Boetius, J. u. Wiesemann, H.-O. 1998, S. 26 f.). Es kommt somit im Hinblick auf die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen darauf an, ob sich ein Arbeitsloser aus der Gruppe der Beschäftigten oder aus dem Kreis der beitragsfrei mitversicherten Personen rekrutiert.

Im Gegensatz zu den beitragsfrei mitversicherten Personen zählen Arbeitslose zum Kreis der Pflichtversicherten. Sofern eine wachsende Zahl von Arbeitslosen, die aus dem Kreis der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen stammen, die Gruppe der Beitragszahler erhöht, müsste mit einer steigenden Arbeitslosenquote bzw. -zahl auch der Anteil der Pflichtversicherten zunehmen. Abbildung 11 zeigt jedoch, dass die pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner in den alten Bundesländern von 1970 bis 2000 nicht stärker zunahm als die Mitglieder insgesamt (siehe auch Tabelle 8 im Anhang).



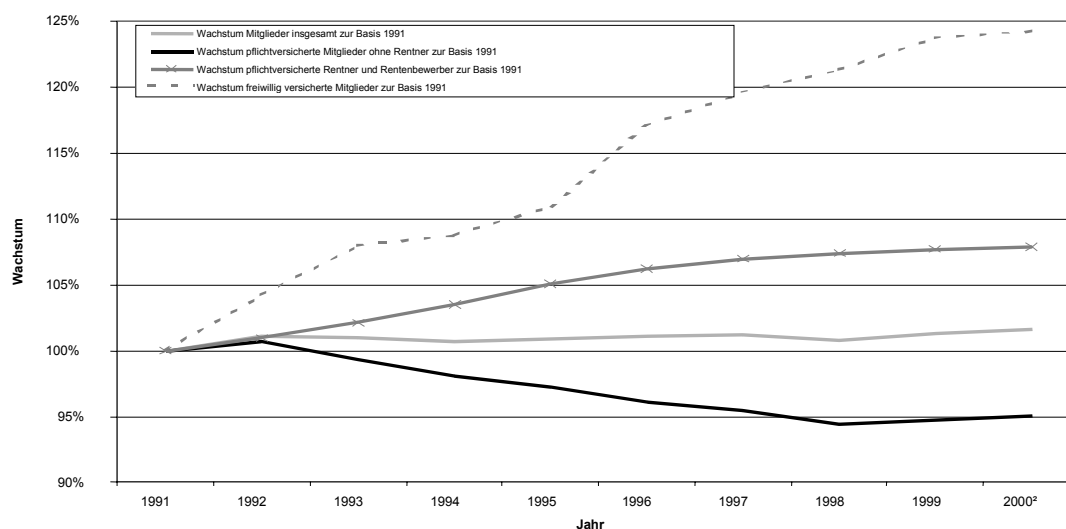
**Abbildung 11: Die Versichertenstruktur in den alten Bundesländern ab 1970<sup>1</sup>**

(1) Ab 1995 alte Länder einschließlich Berlin-Ost.

(2) Die Werte für das Jahr 2000 sind Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Im gesamten Bundesgebiet ging die Zahl der pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner, wie Abbildung 12 veranschaulicht (siehe Tabelle 9 im Anhang), ab 1991 sogar deutlich zurück, während alle anderen Versichertensegmente einen Zuwachs verzeichneten. Diese Entwicklung widerspricht zumindest für die neunziger Jahre der These, die steigende Arbeitslosigkeit habe zu einer Zunahme an Beitragszahlern und damit per saldo zu einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen geführt, indem sie vorher beitragsfrei mitversicherte Personen in Pflichtversicherte umwandelte.



**Abbildung 12: Die Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991<sup>1</sup>**

(1) Ab 1995 alte Länder einschließlich Berlin-Ost.

(2) Die Werte für das Jahr 2000 sind Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

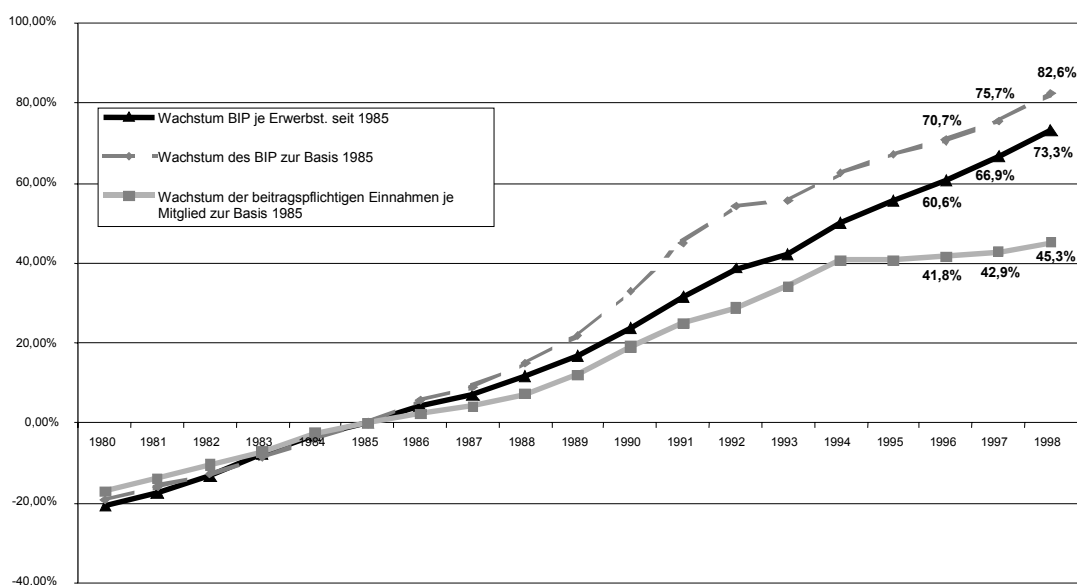
Bei einem Blick auf die Entwicklung der Versichertenstruktur im gesamten Bundesgebiet ab 1991 fällt das starke Wachstum der freiwillig versicherten Mitglieder auf, das auch im alten Bundesgebiet Anfang der neunziger Jahre einsetzte (siehe Abbildungen 12 und 11). Freiwillig versicherte Mitglieder beziehen beitragspflichtige bzw. beitragsrelevante Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze und gehören zumindest von der Finanzierungsseite her zu den besseren Versicherungsrisiken, die per Saldo einen positiven Solidarbeitrag versprechen<sup>8</sup>. Da ihr Anteil an den GKV-Mitgliedern insgesamt zwischen 1991 und 2000 im gesamten Bundesgebiet von 10,2 % auf 12,4 % anstieg, dürften von dieser Verschiebung der Versichertenstruktur *ceteris paribus* eher entlastende fiskalische Effekte ausgegangen sein. Angesichts des aber immer noch relativ geringen Anteils der freiwillig versicherten Mitglieder dürften diese Effekte jedoch nicht ausreichen, um gegenläufige Tendenzen in relevantem Umfang zu kompensieren.

<sup>8</sup> Zu freiwillig versicherten Mitgliedern gehören allerdings im Durchschnitt überproportional viele beitragsfrei Mitversicherte.

### 1.2.4 Zwischenfazit und absehbare zukünftige Entwicklung

Aus der empirischen Analyse der Einnahmenentwicklung in der GKV folgt, dass die einsetzende Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in erster Linie auf die mäßige Steigerung der Arbeitsentgelte zurückgeht. Die entsprechenden Wachstumsdifferenzen zum BIP zeigten sich in der Gruppe der GKV-Versicherten sogar noch in besonders ausgeprägter Form. Daneben trugen ein zunehmender Anteil von Rentnern, eine steigende Arbeitslosenzahl und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der sozialen Sicherung, die fiskalisch fast immer zu Lasten der GKV gingen, dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen im Wachstum deutlich hinter dem BIP zurückblieben. Die Entwicklung der beitragsfrei Mitversicherten, d.h. die je Beitragszahler zu finanzierenden Versicherten, zeichnete dagegen für die relative Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV nicht verantwortlich und vom zunehmenden Anteil der freiwillig versicherten Mitglieder gingen eher leicht gegenläufige Effekte aus.

Diese Perspektive stützt noch einmal Abbildung 13, die das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zur Basis 1985 mit der entsprechenden Zunahme sowohl des BIP als auch des BIP je Erwerbstätigen vergleicht.



**Abbildung 13: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und dem BIP je Erwerbstätigen (alte Bundesländer)**

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 2000a, eigene Berechnungen.

Danach steigen die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied von 1985 bis 1998 nur um 45,3 %, während das BIP um 82,6 % und das BIP je Erwerbstätigen um 73,3 % wuchs. Die im Vergleich zum Wachstum des BIP niedrigere Zunahme des BIP je Erwerbstätigen geht vornehmlich auf die Erhöhung der Zahl der Erwerbstätigen in den Jahren von 1983 bis 1992 zurück. Mit der Abnahme der Erwerbstätigenzahl, d.h. im Zeitraum von 1993 bis 1997 (siehe auch Tabelle 10 im Anhang), übersteigt die jährliche Steigerungsrate des BIP je Erwerbstätigen die entsprechende Wachstumsrate des Aggregates BIP. Verglichen mit der Steigerung des BIP lag das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Zeitraum von 1985 bis 1998 nur bei 54,8 %. Dabei deuten auch die in Abbildung 13 dargestellten Wachstumspfade nicht auf einen baldigen Abbruch oder gar eine Umkehr dieser Entwicklung hin.

Auch unabhängig von einer Extrapolation des aus Abbildung 13 ersichtlichen Entwicklungstrends führt ein Blick auf die zentralen Determinanten, die auf die Einnahmenbasis der GKV einwirken, zu dem Ergebnis, dass das relativ bescheidene, d.h. zur Steigerung des BIP unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Zunächst tragen die politischen Entscheidungsträger weiterhin durch diskretionäre Eingriffe im Bereich der sozialen Sicherung zur relativen Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis in der GKV bei<sup>9</sup>. Ferner übt die Globalisierung einen Druck auf die Arbeitsentgelte aus, der sich bei den mittleren und unteren Lohngruppen und damit wegen ihrer Beitragsbemessungsgrenze in der GKV fiskalisch in besonders starkem Maße auswirkt. Insbesondere die Öffnung der osteuropäischen Staaten, die über relativ wenig Kapital aber reichlich Arbeitskräfte verfügen, und die Erweiterung der Europäischen Gemeinschaft verschieben die Knappheitsverhältnisse zwischen den Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital spürbar zuungunsten der Arbeitskraft. Dieser Trend lässt sich durch eine kurzfristige Behinderung der Mobilität von Arbeitskräften lediglich abbremsen, aber keineswegs aufhalten, denn die inländischen Löhne geraten auch durch den internationalen Handel mit arbeitsintensiv produzierten Gütern unter Druck. Die daraus resultierenden Preis-, Lohn- und Mengeneffekte tangieren umlagefinanzierte Versicherungssysteme, deren Beiträge sich primär auf Arbeitsentgelte stützen, weitaus stärker als kapitalgedeckte Versicherungen.

Die Verschiebung der demographischen Struktur dürfte in den nächsten Jahren zwar einerseits den Arbeitsmarkt entlasten und damit zu einem Rückgang der Arbeitslosenzahl führen, aber andererseits den Anteil der Rentner an der Versichertenzahl – wenn auch zunächst noch moderat – ansteigen lassen. Schließlich zeichnen für das schwache

---

<sup>9</sup> Eine Ausnahme bilden hier die Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung, die aber zur Kompensation der Effekte aus gegenläufigen diskretionären Eingriffen nicht annähernd ausreichen.

Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der Beitragseinnahmen in der GKV noch folgende Einflussfaktoren verantwortlich, die auch künftig restriktiv auf die Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. Beiträge je Mitglied einwirken:

- eine schwache Zunahme der Arbeitsentgelte durch veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren,
- vorgezogene Verrentungen<sup>10</sup> und längere Lebens- und Verrentungszeit sowie
- Wechsel von Versicherten in Krankenkassen mit hohen Beitragssätzen zu solchen mit niedrigen Beitragssätzen bei gleichbleibendem Behandlungsbedarf.

Unbeschadet noch vorhandener Rationalisierungspotenziale dürften vor dem Hintergrund des obigen Entwicklungsszenarios die Beitragseinnahmen der GKV bei Wahrung der Beitragssatzstabilität ohne Reformmaßnahmen kaum ausreichen, um künftig auch nur bescheidene ausgabenseitige Herausforderungen zu bewältigen.

## **1.3 Trends und Determinanten von Gesundheitsausgaben**

### **1.3.1 Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich**

Für internationale Vergleiche von Gesundheitsausgaben bieten sich zum einen die pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und zum anderen sog. Gesundheitsquoten an; letztere geben die jeweilige Relation zwischen den gesamten nationalen Gesundheitsausgaben und dem entsprechenden Bruttoinlandsprodukt wider. Während die pro Kopf-Gesundheitsausgaben die absoluten finanziellen Mittel anzeigen, die pro Bürger in die Gesundheitsversorgung fließen, beschreiben die Gesundheitsquoten unter Ausgabenaspekten die relative Position des Gesundheitssektors im Verhältnis zu anderen wohlfahrtsrelevanten Lebensbereichen. Dabei besitzt ein internationaler Vergleich der pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Dollar-Kaufkraftparitäten eine vergleichsweise höhere Aussagefähigkeit im Hinblick auf die damit einhergehenden Beschäftigungsef-

---

<sup>10</sup> Eine starke Entlastung des Arbeitsmarktes könnte die Anreize zur vorgezogenen Verrentung abschwächen.

fekte und die gesundheitlichen Outcomes. Die Beziehungen zwischen den pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und den entsprechenden gesundheitlichen Outcomes unterliegen allerdings gerade im internationalen Vergleich erheblichen Einschränkungen, die vornehmlich aus Unterschieden in der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung sowie aus divergierenden Effekten exogener bzw. intersektoraler Einflussfaktoren (wie z.B. der Umwelt- und Arbeitsbedingungen, der Verkehrs- und Wohnverhältnisse sowie der Lebensstilvariablen der Bevölkerung) erwachsen. Ein internationales Benchmarking der Ausgabenentwicklung vermag jedoch Hinweise darüber zu liefern, ob und inwieweit es sich bei bestimmten Niveaus und/oder Steigerungsraten um nationale Besonderheiten oder um international übliche Größenordnungen und Trends handelt.

Wie Tabelle 2 ausweist, rangiert Deutschland bei den pro Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Dollar-Kaufkraftparitäten innerhalb wirtschaftlich in etwa vergleichbarer OECD-Länder hinter den USA und der Schweiz zusammen mit Norwegen auf dem 3. Platz. Die OECD-Gesundheitsdaten berücksichtigen aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit keine Transferzahlungen bzw. Krankheitsfolgeleistungen. Sie beschränken sich damit auf jene Ausgaben, die unmittelbar in die Gesundheitsversorgung fließen, was ihre Aussagefähigkeit unter dem Aspekt der gesundheitlichen Leistungserstellung tendenziell erhöht. Die gesamte Ausgabenbetrachtung gestattet jedoch per se, d.h. ohne Bezug zu operationalen Gesundheitszielen, keine Aussagen über die Effizienz und Effektivität der jeweiligen Gesundheitsversorgung. Gleichwohl fällt unter dem Aspekt der europäischen Integration auf, dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Griechenland, Spanien und Portugal im Jahre 1998 höchstens 51 % des deutschen Niveaus erreichten.

Im Vergleich mit den pro-Kopf-Gesundheitsausgaben spiegeln die Gesundheitsquoten in gewissem Umfang eine Schwerpunktbildung auf der Ausgabenebene wider, denn sie informieren besser als pro-Kopf-Ausgaben über die Opportunitätskosten der Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsquote zeigt die relative Position der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Aufwendungen für andere Güter und Dienste an und drückt insofern zumindest unter diesem Aspekt die relativen Präferenzen für das Gesundheitswesen aus.

<b>Jahr / Land</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Australien	96	212	657	1318	1397	1792	1923	2043
Belgien	53	130	578	1246	1367	1793	1973	2081
Dänemark			819	1442	1509	1887	2032	2133
Deutschland		224	824	1602	1600	2178	2325	2424
Finnland	54	163	510	1292	1412	1421	1491	1502
Frankreich	72	206	701	1545	1666	2014	2003	2077
Griechenland	21	100	344	706	777	1059	1157	1167
Großbritannien	74	144	444	964	1013	1301	1406	1461
Irland	35	98	455	796	897	1314	1432	1436
Island	50	137	576	1377	1455	1829	1919	2103
Italien	50	157	587	1321	1449	1608	1754	1783
Japan	26	130	522	1083	1165	1631	1809	1822
Kanada	109	262	719	1702	1840	2154	2185	2312
Luxemburg		147	602	1485	1563	2113	2147	2215
Neuseeland	90	174	458	937	994	1244	1347	1424
Niederlande			714	1403	1490	1889	2004	2070
Norwegen	46	131	632	1365	1513	1864	2154	2425
Österreich	64	159	661	1209	1267	1875	1886	1968
Portugal		43	256	614	731	1051	1151	1237
Schweden	89	270	850	1548	1460	1622	1712	1746
Schweiz	86	252	801	1782	1958	2477	2697	2794
Spanien	14	82	325	811	903	1068	1154	1218
Türkei		23	75	171	185	189	255	
USA	145	348	1062	2755	2990	3716	3998	4178
Durchschnitt	65,2	163,3	590,5	1269,8	1358,4	1712,1	1829,8	1983,4

**Tabelle 2: Die Entwicklung von pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Angegeben in Dollar Kaufkraftparitäten.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD, Health-Data 2000, Paris 2000.

Wie Tabelle 3 zeigt, stieg die Gesundheitsquote von 1960 bis 1998 in jedem OECD-Land deutlich an.

<b>Jahr / Land</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Australien	4,7	5,4	7,0	7,9	8,1	8,2	8,3	8,5
Belgien	3,4	4,1	6,4	7,4	7,8	8,2	8,6	8,8
Dänemark	3,6	5,9	9,2	8,4	8,3	8,2	8,2	8,3
Deutschland	4,8	6,3	8,8	8,7	9,1	10,2	10,5	10,6
Finnland	3,9	5,7	6,4	7,9	9,0	7,5	7,3	6,9
Frankreich	4,2	5,8	7,4	8,8	9,0	9,8	9,6	9,6
Griechenland	3,1	5,7	6,6	7,6	7,9	8,3	8,5	8,3
Großbritannien	3,9	4,5	5,7	6,0	6,4	7,0	6,7	6,7
Irland	3,8	5,3	8,7	7,0	7,4	7,4	7,0	6,4
Island	3,3	5,0	6,2	8,0	8,1	8,2	7,9	8,3
Italien	3,6	5,2	7,0	8,1	8,4	8,0	8,4	8,4
Japan	3,0	4,6	6,5	6,1	6,1	7,2	7,4	7,6
Kanada	5,4	7,0	7,2	9,2	9,9	9,5	9,3	9,5
Luxemburg		3,7	6,2	6,6	6,5	6,3	6,0	5,9
Neuseeland	4,3	5,2	6,0	7,0	7,5	7,3	7,6	8,1
Niederlande	3,8	5,9	8,3	8,8	9,0	8,9	8,6	8,6
Norwegen	2,9	4,5	7,0	7,8	8,1	8,0	8,1	8,9
Österreich	4,3	5,3	7,7	7,2	7,2	8,9	8,2	8,2
Portugal		2,8	5,8	6,4	7,0	7,7	7,6	7,8
Schweden	4,7	7,1	9,4	8,8	8,7	8,4	8,5	8,4
Schweiz	3,1	4,9	6,9	8,3	8,9	9,6	10,3	10,4
Spanien	1,5	3,7	5,6	6,9	7,0	7,0	7,0	7,1
Türkei		2,4	3,3	3,6	3,8	3,3	4,0	
USA	5,1	7,1	8,9	12,4	13,2	13,9	13,6	13,6
<b>Durchschnitt 24</b>	<b>3,8</b>	<b>5,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>8,2</b>	<b>8,2</b>	<b>8,5</b>

Mexiko				3,6	4,2	4,9	4,7	
Korea		1,9	3,4	4,8	4,5	4,6	5,0	5,0
Polen				5,3	6,6	6,0	6,2	6,4
Tschechische Rep.			3,8	5,0	5,2	7,3	7,1	7,2
Ungarn				6,1	7,3	7,6	6,9	6,8

**Tabelle 3: Die Entwicklung von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich<sup>1</sup>**

1) Die gesamten Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in v.H. des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD, Health-Data 2000, Paris 2000.

Ab Ende der siebziger Jahre schwächte sich dieser Anstieg allerdings infolge von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen in mehreren Ländern ab; in einigen Ländern, wie z.B. in Dänemark, Irland, Japan, Österreich und Schweden, ging die Gesundheitsquote danach sogar zurück. Mit einer Quote von 10,6 % nimmt Deutschland inzwischen hinter den USA den zweiten Platz im OECD-Bereich ein, wobei vor allem die starke Zunahme nach 1990 auffällt. Während Deutschland im Jahre 1990 nur um 1,0 Prozentpunkte über dem Durchschnitt ausgewählter bzw. der früheren OECD-Länder lag, übertritt es diese Marke im Jahr 1998 um über 2 Prozentpunkte. Die deutsche Wiedervereinigung trug zu diesem Anstieg der Gesundheitsquote unmittelbar um ca. 0,3 Prozentpunkte bei (vgl. Statistisches Bundesamt 2001d, S. 129f.). Bei allen Vorbehalten, die bei solchen internationalen Vergleichen von hochaggregierten Daten gelten, deutet die hohe deutsche Gesundheitsquote auf eine auch im internationalen Maßstab überdurchschnittliche Wertschätzung der Gesundheitsversorgung hin.

### **1.3.2 Grundlegende Determinanten der Gesundheitsausgaben**

Der empirische Befund mittel- und langfristig weltweit steigender Gesundheitsquoten, die auch partiell und temporär nicht endogen, sondern nur infolge von Kostendämpfungsmaßnahmen vereinzelt einmal absinken, deutet auf grundlegende Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung hin. Diese Determinanten, die auch ziemlich unabhängig von der Finanzierungsstruktur und den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitsausgaben einwirken, lassen sich unbeschadet aller Wechselwirkungen in angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen einteilen (s. ausführlicher Wille, E. u. Ulrich, V. 1991, S. 24 ff. sowie Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 39 ff.):

a) angebotsseitige Determinanten:

- die angebotsinduzierte Nachfrage aufgrund asymmetrischer Information,
- der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich nur selten kostensenkend, sondern zumeist ausgabenerhöhend wirkt,
- die Preissteigerungen, die im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen durchschnittlich die allgemeine Inflationsrate übertreffen (sog. negativer Preisstruktureffekt zuungunsten des Gesundheitswesens) und

- der zunehmende Hang zu einer sog. Defensivmedizin, um potenziellen Regressen vorzubeugen.

#### b) nachfrageseitige Determinanten

- die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten,
- die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit einer externen Hilfe bedürfen,
- die Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände,
- die gestiegene Anspruchshaltung gegenüber medizinischer Versorgung sowie
- der Anreiz bzw. die moralische Versuchung (moral hazard), wegen des nahezu umfassenden Versicherungsschutzes die persönliche Gesundheitsvorsorge zu vernachlässigen und im Schadensfall die öffentlichen Gesundheitsgüter übermäßig in Anspruch zu nehmen.

Diese Determinanten der Gesundheitsausgaben besitzen für sich betrachtet ein unterschiedliches Gewicht, welches, wie z.B. beim medizinisch-technischen Fortschritt oder der demographischen Komponente, auch im Zeitablauf erheblich variieren kann. Unsere Ausführungen konzentrieren sich im folgenden auf einige ausgewählte, u.E. relevante Einflußgrößen. Die demographische Ausgabenkomponente und der medizinisch-technische Fortschritt finden derzeit im wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Bereich wohl die größte Beachtung.

Die These von der angebotsinduzierten Nachfrage wurzelt zunächst in asymmetrischen Informationsbeziehungen zwischen dem behandelnden Arzt auf der einen und dem Patienten bzw. der Versichertengemeinschaft auf der anderen Seite. Im Hinblick auf die angemessene medizinische Behandlung verfügt der Arzt gegenüber dem Patienten in der Regel über einen beträchtlichen Informationsvorsprung, der es ihm erlaubt, Umfang und Struktur seines Leistungsangebotes innerhalb eines diskretionären Handlungsspielraums autonom zu bestimmen (s. ausführlich Breyer, F. u. Zweifel, P. 1997, S. 242 ff.). Diesen ärztlichen Handlungsspielraum stützt in ökonomischer Hinsicht eine „Funktionsspaltung“, die bei der Abgabe von Gesundheitsleistungen an vollversicherte Patienten grundsätzlich auftritt. Während bei den meisten am Markt erworbenen Gütern eine

Person als Nachfrager, Ausgabenträger und Konsument fungiert, konsumiert im Gesundheitswesen der Patient – der häufig nur über den Erstkontakt mit dem Arzt selbst entscheidet – eine Leistung, die maßgeblich der Arzt bestimmt und letztlich die Krankenkasse bzw. die Versichertengemeinschaft finanziert. Da der Arzt theoretisch betrachtet sein eigenes Angebot nachfragt, vermag er sein Leistungsangebot innerhalb der jeweils gegebenen rechtlich-ökonomischen Rahmenordnung bis an die Grenze des medizinisch Vertretbaren auszuweiten.

Der medizinisch-technische Fortschritt erhöht insofern die Effizienz und die Effektivität im Gesundheitswesen, als er dazu beiträgt, ein bestimmtes Behandlungsergebnis mit geringerem Aufwand zu erzielen oder mit gegebenen Ressourcen den gesundheitlichen Zielerreichungsgrad zu verbessern. Daneben kann der medizinische Fortschritt vor allem über „Add-on“-Technologien, die nicht substitutiv, sondern zusätzlich zum Einsatz kommen, neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eröffnen, die aber einen höheren Ressourcenaufwand erfordern. In diesem Falle geht die Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einem Ausgabenanstieg einher. Obgleich im Gesundheitswesen in der Vergangenheit alle Varianten des medizinisch-technischen Fortschritts auftraten, dominieren in den letzten Jahrzehnten per saldo nicht die substitutiven Prozess-, sondern die ausgabensteigernden Produktinnovationen. Medizinisches Denken konzentriert sich – aus durchaus verständlichen Gründen – weitaus stärker auf die Zielrealisierung als auf die Ressourcenminimierung.

Der negative Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen bzw. der Preisstruktureffekt zuungunsten von Gesundheitsleistungen äußert sich darin, dass der Preisindex für Behandlungsleistungen der GKV und für Gesundheitsgüter tendenziell schneller wächst als das allgemeine Preisniveau. Der negative Preisstruktureffekt eines Sektors bzw. Güterbündels errechnet sich aus der Differenz zwischen der Wachstumsrate des Preisindex dieses Sektors und der Steigerungsrate des allgemeinen Preisniveaus bzw. der Inflationsrate, die üblicherweise am Preisindex des Bruttosozialproduktes oder am Lebenshaltungskostenindex gemessen wird. Der negative Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen resultiert im Wesentlichen daraus, dass in diesem Bereich bei in etwa gleicher Lohnentwicklung die Arbeitsproduktivität schwächer zunimmt als in Wirtschaftssektoren, in denen eine stärkere Substitution von Arbeit und Kapital stattfindet. Er bildet kein Spezifikum des Gesundheitswesens, sondern tritt üblicherweise in dienstleistungsintensiven Wirtschaftssektoren auf. Spezifische Ineffizienzen können den negativen Preisstruktureffekt eines Wirtschaftssektors noch verstärken, bilden aber nicht seine zentrale Ursache. Die in den USA schon heute weit verbreitete Praxis, bei ärztlichen „Kunstfehlern“ spezialisierte Rechtsanwälte aufzusuchen, die dann für die betroffenen Patienten weitreichende Schadenersatzforderungen einklagen, führt auch in der Bundesrepublik zu einer leistungs- bzw. ausgabenintensiven Defensivmedizin. Insbesondere

Ärzte, die bereits mit einem entsprechenden Rechtsverfahren konfrontiert wurden, neigen danach zu einer detaillierten Aufklärung des Patienten, zu einer fast lückenlosen Diagnostik mit dem Einsatz breiter Screeningmethoden und zu einer aufwändigen Dokumentation. In diesem Kontext mögen alle Beteiligten, d.h. subjektiv geschädigte Patienten und risikoscheue Ärzte, aus verständlichen individuellen Motiven handeln, die dadurch ausgelösten Maßnahmen besitzen jedoch bei globaler Betrachtung häufig ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Im Rahmen des demographischen Wandels interessiert unter ökonomischen Aspekten vor allem die Veränderung von Bevölkerungsanteilen innerhalb bestimmter Altersgruppen, d. h. als zentrale demographische Indikatoren dienen das Kohortenalter und die Kohortengröße. Wie bereits oben unter 1.2.3 erwähnt, führt die relative Zunahme von Rentnern und die Schrumpfung des Anteils der erwerbstätigen Bevölkerung zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen der GKV. Der in den nächsten drei Jahrzehnten anstehende Ageing-Prozess, der bisher noch sehr moderat verlief, verursacht für die GKV nicht nur Mindereinnahmen, sondern insofern auch Mehrausgaben, als ältere Menschen häufiger als jüngere an einer oder mehreren Krankheit(en) leiden. Schätzungen jener Beitragssatzeffekte, die für die GKV aus der künftigen Veränderung der demographischen Struktur erwachsen, schwanken im Ergebnis zwischen 2-3 und gut 16 Prozentpunkten (siehe den Überblick bei Ulrich, V. 2000, S. 164). Diese erhebliche Diskrepanz erklärt sich überwiegend dadurch, dass ein Teil dieser Schätzungen den rein demographischen Effekt veranschlagt und im Sinne einer Status-quo-Prognose eine Konstanz aller anderen Einflussgrößen der GKV-Ausgaben unterstellt. Jene Schätzungen, die erheblich höhere Beitragssatzsteigerungen ausweisen, beziehen dagegen die zu erwartenden Wechselwirkungen mit anderen Determinanten, insbesondere mit dem technischen Fortschritt, in die Beitragssatzprognose ein (vgl. z. B. Knappe, E. 2000).

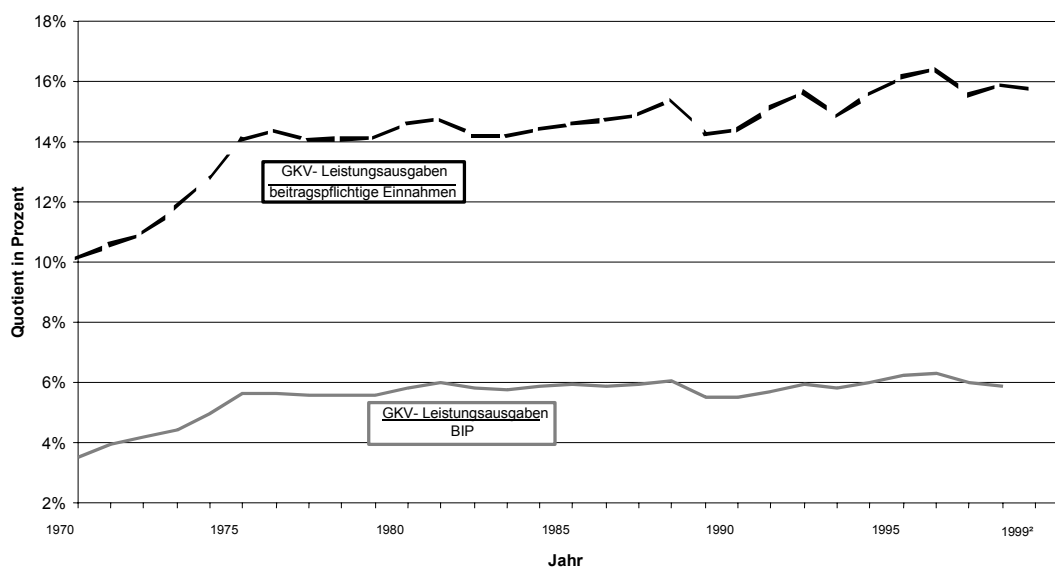
Die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen ließe sich bei weiter Interpretation unter die demographische Ausgabenkomponente subsumieren, aber auch als eigenständiger Einflussfaktor interpretieren. Während sich Ehepartner bzw. zusammenlebende Menschen bei relativ geringfügiger Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit eines Partners gegenseitig Hilfe gewähren können, bedürfen alleinstehende Personen in solchen Fällen bereits einer externen Hilfe. Letztere müssen Menschen, die zusammenleben, bei gleichem Gesundheitszustand erst in Anspruch nehmen, wenn beide Partner gleichzeitig erkranken. Insofern verursachen zwei alleinstehende Personen *ceteris paribus* mehr Gesundheitsausgaben als ein Ehepaar.

### 1.3.3 Zwischenfazit: Die GKV zwischen Ausgabendynamik und Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis

Bemühungen um eine finanzielle Stabilisierung der GKV mit dem Ziele einer dauerhaften Beitragssatzstabilität sehen sich derzeit nicht nur mit einer Ausgabendynamik, sondern, wie oben unter 1.2 dargelegt, auch mit einer relativen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis konfrontiert. Wie Abbildung 14 veranschaulicht, vermag der nur mäßige Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen nicht einmal mit einer moderaten Ausgabenentwicklung Schritt zu halten. Danach blieb das Verhältnis zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1975 bis 1998 nahezu konstant, während die GKV-Leistungsausgaben bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Zeitraum um 2 Prozentpunkte, d.h. um ca. 14 %, zunahmen. Das Wachstum der Einnahmenbasis fiel zwischen 1975 und 1998 offensichtlich deutlich schwächer aus als die Steigerung des BIP.

Setzt sich dieser Trend künftig fort, steht die GKV vor folgendem Dilemma: Entweder orientieren sich ihre Ausgaben am Wachstum des BIP, dann steigen zwangsläufig die Beitragssätze. Stabile Beitragssätze setzen andererseits voraus, dass die GKV-Ausgaben schwächer zunehmen als das BIP. Die erste Alternative führt offensichtlich bei den Arbeitgebern zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten und bei den Arbeitnehmern zu einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens. Die zweite Alternative engt, vor allem bei einer wenig prosperierenden Wirtschaftsentwicklung, die schon mit einem bescheidenen Wachstum des realen BIP einhergeht, den Finanzierungsspielraum der GKV stark ein.

Die aus Abbildung 14 ersichtliche Konstanz des Verhältnisses zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem BIP zwischen 1975 und 1998 stellte sich nicht automatisch im Zuge einer endogenen Entwicklung ein, sondern bildet das Resultat zahlreicher diskretionärer staatlicher Eingriffe. Mit Hilfe von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen gelang es – wenn auch jeweils nur für eine kurze Frist – die Wachstumsrate der GKV-Ausgaben unter die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu drücken und so die Beitragssätze zeitweilig zu stabilisieren.



**Abbildung 14: Verhältnis von GKV- Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 1999 (alte Bundesländer<sup>1)</sup>)**

(1) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein; ab 1995 wird Berlin- Ost den alten Bundesländern zugeordnet.

(2) Vorläufige Werte aus KV 45.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 1999.

Abbildung 15 veranschaulicht diesen Sachverhalt und deutet zugleich auf die zentralen diskretionären staatlichen Eingriffe hin:

- das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.06.1977,
- das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.1981,
- das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 und
- das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992.

Diese und weitere sog. Kostendämpfungsmaßnahmen trugen wesentlich dazu bei, für einen Zeitraum von über 20 Jahren die Wachstumsrate der GKV-Leistungsausgaben auf dem Niveau der Steigerungsrate des BIP zu halten bzw. zu stabilisieren. Infolge der relativen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis reichte dieses vergleichsweise mo-

derate Ausgabenwachstum aber nicht aus, um in diesem Zeitraum auch stabile Beitragsätze zu verwirklichen.



**Abbildung 15: Jährliche Veränderungsrate der GKV- Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (alte Bundesländer<sup>1)</sup>)**

(1) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein; ab 1995 wird Berlin- Ost den alten Bundesländern zugeordnet.

(2) Vorläufiger Werte aus KV 45.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Gesundheit 2000.

## **2 Der Leistungskatalog der GKV im System der Reformoptionen**

### **2.1 Globale Finanzierungsmöglichkeiten bei drohenden Budgetdefiziten**

#### **2.1.1 Das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten**

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Dynamik der Gesundheitsausgaben und der aufgezeigten, inzwischen wohl schon strukturellen Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis, droht in der GKV bei gegebenen Systemstrukturen schon bald, zumindest aber mittelfristig eine Finanzierungslücke. Da der GKV das Finanzierungsinstrument der Kreditaufnahme grundsätzlich nicht zu Verfügung steht, existieren bei Budgetdefiziten, die sich unter Status-quo-Bedingungen abzeichnen, im Prinzip die folgenden globalen Handlungsmöglichkeiten:

- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenvorsorge entweder im Rahmen der GKV oder als private Absicherung,
- Beitragssatzerhöhungen,
- Ausweitung der Selbstbeteiligung der Patienten,
- Eingrenzung des Leistungskataloges,
- Implizite Verschärfung von Rationierungen,
- Zusätzliche Mittelaufwendung durch Änderung der Beitragsgestaltung sowie
- Verlagerung der Finanzierung auf andere Ausgabenträger, z.B. auf Gebietskörperschaften, andere Teilsysteme der sozialen Sicherung oder private Haushalte.

Die folgende kursorische Diskussion dieser globalen Handlungsmöglichkeiten geht in ordnungspolitischer Hinsicht von der Prämisse aus, dass das Solidarprinzip ebenso wie

die Beitragsfinanzierung als grundlegende Elemente der GKV gewahrt bleiben. Unbeschadet der jeweiligen Reformoption findet insofern weiterhin eine ex-ante-Umverteilung von gesunden zu kranken, von reichen zu armen, von ledigen zu kinderreichen und von jungen zu alten Versicherten statt. Es geht somit, wie bereits unter 1.1.3 bzw. 1.1.4 betont, um Reformschritte im gegebenen System und nicht um dessen Ablösung durch eine risikoäquivalente prämiendifinanzierte Krankenversicherung oder einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst.

Von diesen globalen Reformoptionen kommt der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in normativer Hinsicht allererste Priorität zu. Unter diesem Aspekt lässt sich die Forderung „Rationalisierung statt Rationierung“ um den Grundsatz „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven vor Inanspruchnahme neuer Finanzierungsquellen“ ergänzen. Dabei deuten auch internationale Vergleiche, wie z.B. ein Benchmarking der gesundheitlichen Outcomes, die jüngste Studie der Weltgesundheitsorganisation zur Leistungsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme (WHO 2000) und indikations-spezifische Studien trotz aller methodischen Unvollkommenheiten darauf hin, dass im deutschen Gesundheitswesen noch ein beachtliches Rationalisierungspotenzial existiert. Der Appell, zunächst einmal das vorhandene Rationalisierungspotenzial auszuschöpfen, hilft aber bei der kurzfristigen Finanzierung von Defiziten in der Realität kaum weiter. Dieses Rationalisierungspotenzial fällt nicht bei Bedarf wie Manna vom Himmel, seine Realisierung setzt in vielen Fällen strukturelle Reformen voraus, die zumeist erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu Ressourceneinsparungen und/oder Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes führen.

Die Effekte von Reformansätzen können auch deshalb hinter den Erwartungen zurückbleiben, weil die Beteiligten Einkommenseinbußen befürchten und zu Ausweich- bzw. Gegenreaktionen greifen. In diesem Kontext setzen auch die methodischen Probleme, bei dienstleistungsintensiven Tätigkeiten die Outputs bzw. die gesundheitlichen Outcomes zu messen und verursachungsgerecht zuzurechnen, Planungsverfahren und kontrollorientierten Methoden gewisse Grenzen. Trotz aller Bemühungen um eine Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven verbleibt daher im Dienstleistungsbereich beinahe zwangsläufig ein Bodensatz an Ineffizienzen und Ineffektivitäten.

Ferner bewirken erfolgreiche Maßnahmen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, die z.B. auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie z.B. Leitlinien bzw. Guidelines zurückgehen, nicht nur Ausgabensenkungen, sondern auch Outcomeerhöhungen. Letztere besitzen unter normativen Aspekten keineswegs einen geringeren Wert als Kosteneinsparungen, können aber in Form von Minderausgaben keinen Beitrag zur Finanzierung von Budgetdefiziten leisten. Schließlich existieren im deutschen Gesundheitswesen unter Qualitätsaspekten nicht nur Ineffizienzen und In-

effektivitäten, die auf unwirksame Maßnahmen bzw. eine Überversorgung zurückgehen, sondern auch Versorgungslücken. Insgesamt gesehen bildet die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zweifellos eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik, sie vermag aber schon mittelfristig andere globale Handlungsmöglichkeiten nicht zu ersetzen.

Der in jüngster Zeit unterbreitete Vorschlag, Elemente der Kapitaldeckung in Form von Altersrückstellungen als zusätzliche Vorsorge in die GKV einzubauen, zielt vornehmlich darauf ab, die als Folge der demographischen Entwicklung zu erwartenden Ausgabesteigerungen zumindest teilweise aufzufangen (vgl. Ludwig-Erhard-Stiftung e.V. 2001, S. 15). Dabei geht es vor allem darum, allzu starke Beitragssatzsteigerungen in der demographisch kritischen Zeitspanne zwischen 2020 und 2030 zu vermeiden. Das zentrale Problem dieser verbindlichen Altersrückstellungen<sup>11</sup> besteht darin, dass ältere Menschen und hier insbesondere die Rentner keine bzw. keine hinreichenden Altersrückstellungen mehr bilden können. Da die heutigen Rentner, die in ihrer Jugend die damals alten Versicherten alimentierten<sup>12</sup>, einen Anspruch auf umlagefinanzierte Leistungen besitzen, tritt während einer relativ langen Übergangsphase ein Finanzierungsproblem auf. Diese Mittel müssen für die Dauer einer Generation entweder aus Steuern oder über zusätzliche Beiträge der heutigen Mitglieder finanziert werden, was das Bundeskanzleramt (2001, S.10) wohl nicht ganz zu Unrecht für „unrealistisch“ hält.

Anstelle einer verpflichtenden Altersrückstellung als Finanzierungselement im Rahmen der GKV spricht sich das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2001, S. 38) für eine zusätzliche kapitalgedeckte, private Krankenvorsorge aus. Finanzielle Mittel, die aus einer Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages stammen, sollen in den Aufbau dieser privaten Vorsorge fließen. Dieser Finanzierungsvorschlag übersieht, dass die notwendige Aufrechterhaltung des Umlageverfahrens *ceteris paribus* den vollen Arbeitgeberbeitrag völlig unabhängig von seiner Auszahlung – über die sich trefflich streiten lässt – bindet. Der Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenvorsorge benötigt, gleichgültig ob im Rahmen der GKV verpflichtend eingeführt oder als private Versicherung konzipiert, zusätzliche Ressourcen, die über die heutigen Beiträge hinausgehen. Völlig unabhängig von der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages steht es künftig jedem Versicherten der GKV frei, zusätzliche Leistungen im Rahmen einer kapitalgedeckten privaten Vorsorge abzusichern.

---

<sup>11</sup> Im Unterschied zur GRV machen freiwillige Altersrückstellungen im Rahmen der GKV keinen Sinn, da der Versicherte wegen des einheitlichen Leistungskatalogs keine entsprechenden Anreize besitzt.

<sup>12</sup> Die GKV besitzt insofern gegenüber den heutigen Rentnern als Körperschaft eine implizite „öffentliche Schuld“.

Die implizite Rationierung stellt unter normativen Aspekten die schlechteste Alternative der oben aufgelisteten globalen Handlungsmöglichkeiten dar. Den Patienten bleiben in diesem Falle Leistungen vorenthalten, die ihnen bei geltendem Leistungskatalog eigentlich zustehen und deren adäquater indikationsspezifischer Einsatz ihre gesundheitlichen Outcomes erhöhen würde. Den Zugang zu diesen Leistungen, die der geltende Leistungskatalog nicht ausschließt bzw. grundsätzlich enthält, können Budgets oder bürokratische Hürden verhindern (ähnlich Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD 2000, S. 3). Die Gefahr einer impliziten Rationierung besteht vor allem dann, wenn die politischen Entscheidungsträger nicht anderweitig auf sich abzeichnende Budgetdefizite reagieren und die Leistungseinschränkungen auf die behandelnden Ärzte abwälzen. Die implizite Rationierung verstößt insofern gegen ethische Kriterien, als sie sich nicht auf eine „klare Entscheidung auf der Grundlage ethischer Kriterien“ (ebd.) stützt, sondern mehr oder weniger zufällig bzw. willkürlich erfolgt. Leistungsausschlüsse sollten auf Makroebene der Gesetzgeber oder auf Mesoebene die gemeinsame Selbstverwaltung bzw. die Bundesausschüsse, aber nicht der behandelnde Arzt mit negativen Auswirkungen auf die Compliance verantworten. Die implizite Rationierung zeugt häufig von einer fehlenden Schwerpunkt- und Prioritätenbildung, die als Grundlage für zielorientierte, explizite Rationierungsentscheidungen dienen kann. Die Schwerpunkt- und Prioritätenbildung steht somit in einem engen Zusammenhang mit der Rationierung, der sie aber nicht inhaltlich entspricht, sondern im Rahmen eines rationalen Planungs- und Entscheidungsprozesses vorausgeht. In diesem Sinne zielt die Schwerpunkt- und Prioritätenbildung darauf ab, eine implizite Rationierung zu vermeiden, da diese „verborgenen oder unklaren Prioritäten“ folgt (Zentrale Ethikkommission 2000, S. 786).

Bei der impliziten Rationierung handelt es sich sowohl um eine Unter- als auch um eine Fehlversorgung, wenn Gesundheitsleistungen unterbleiben, die für die Patienten einen positiven gesundheitlichen (Netto-) Nutzen stiften und eine akzeptable Nutzen-Kosten-Relation aufweisen (vgl. Wille, E. 2000, S. 362 f.). Die Vorenthaltung dieser Leistungen vermeidet zwar im Moment einen Ressourceneinsatz, kann aber neben den Wohlfahrtsverlusten der Patienten künftig erhebliche Folgekosten verursachen. Obgleich in der GKV auch noch zahlreiche Fälle von Überversorgung und damit Einsparungsmöglichkeiten existieren, lassen sich zunehmende implizite Rationierungen kaum mehr ernsthaft bestreiten (siehe u. a. Braun, B. 2000, S. 6 ff. sowie Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD 2000, Anlagen). Dabei kann hier offen bleiben, ob und inwieweit diese Rationierungen auf Befürchtungen der Ärzte zurückgehen, ihre Budgets zu überschreiten. Allein die Existenz und Relevanz impliziter, d.h. weitgehend willkürlicher, Rationierungen legt bereits die Beschäftigung mit normativ überlegenen Alternativen nahe.

### **2.1.2 Interdependenzen zwischen einer Flexibilisierung des Leistungskataloges und anderen Reformoptionen**

Die globalen Finanzierungsmöglichkeiten, die bei sich abzeichnenden Budgetdefiziten zur Diskussion stehen, können je nach fiskalischer oder erweiterter Zielsetzung (s. hierzu 2.2) sowohl konkurrierende Alternativen als auch komplementäre Reformoptionen darstellen. Die Finanzierung erheblicher Budgetdefizite dürfte bei Wahrung der Beitragssatzstabilität eine einzelne Reformoption, wie z.B. die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Flexibilisierung des Leistungskataloges, überfordern, da sie dort drastische Einschnitte voraussetzt und deshalb auch kaum politische Akzeptanz findet. Eine fiskalisch ähnliche Situation, in der sich ebenfalls ein kombinierter Einsatz von Elementen mehrerer Reformoptionen anbietet, entsteht, wenn die politischen Entscheidungsträger bei der derzeitigen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV eine deutliche Senkung der Beitragssätze anstreben. Eine deutliche Senkung der Beitragssätze, die auf den Einsatz von Elementen mehrerer Reformoptionen zurückgeht, besitzt zudem den Vorzug, dass den Mehreinnahmen und/oder Minderausgaben, die für die Versicherten bzw. Patienten mit Belastungen einhergehen, auch Entlastungen bei der Beitragszahlung entgegenstehen. Die dabei frei werdenden Mittel, d.h. das höhere verfügbare Einkommen, können die Versicherten z.B. dazu nutzen, bestimmte Leistungen über eine private Krankenvorsorge abzusichern. Schließlich spricht für einen kombinierten Einsatz von Elementen mehrerer Reformoptionen neben dem stärkeren Beitragseffekt die größere Chance, die damit verbundenen Belastungen gleichmäßiger zu verteilen.

Stehen in fiskalischer Hinsicht kleinere oder mittlere Reformschritte an, so bilden die globalen Finanzierungsmöglichkeiten eher substitutive Alternativen, die zumindest zu einem bestimmten Zeitpunkt miteinander konkurrieren. Sofern die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger dem Postulat der Beitragssatzstabilität entsprechen möchten, eine implizite Rationierung schon prima vista unter normativen Aspekten ausscheidet und eine verpflichtende kapitalgedeckte Krankenvorsorge als zusätzliches Element in der GKV unrealistisch erscheint, verbleiben neben der Daueraufgabe einer Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven als globale Finanzierungsmöglichkeiten nur noch

- eine Erhöhung der Selbstbeteiligung,
- eine Änderung der Beitragsgestaltung,
- eine explizite Einengung bzw. Flexibilisierung des Leistungskataloges und

- eine Verlagerung der Finanzierung gewisser, insbesondere krankenversicherungs-fremder Leistungen auf andere Ausgabenträger.

Dabei lassen sich für die GKV unter fiskalischen Aspekten die beiden letzten Reformkonzepte zusammenfassen, denn es macht für ihre finanzielle Situation keinen Unterschied, ob eine bestimmte Leistung gänzlich entfällt oder ihre Finanzierung auf einen anderen Ausgabenträger übergeht. Anders verhält es sich aus der Sicht bzw. Interessenlage der Versicherten bzw. Patienten, die eine Verlagerung der Finanzierung bestimmter Leistungen auf andere öffentliche Ausgabenträger Leistungskürzungen offensichtlich vorziehen.

Zwischen den Reformkonzepten Selbstbeteiligung und Einengung des Leistungskataloges existieren besonders enge Beziehungen. Im Extremfall einer 100 %igen Selbstbeteiligung entspricht diese materiell einem völligen Ausschluss aus dem Leistungskatalog. Diese Konstellation tritt auch im Bereich der GKV ein, wenn z.B. der Preis eines Arzneimittels die packungsgrößenabhängige Zuzahlung von 8,-, 9,- und 10,- DM nach § 31 Abs. 3 SGB V nicht überschreitet. Die entsprechenden Arzneimittel gehören zwar formal zum Leistungskatalog der GKV, die Versicherten müssen aber, sofern keine Befreiung von der Zuzahlung nach den §§ 61 und 62 SGB V vorliegt, wie bei ausgeschlossenen Leistungen die vollen Kosten tragen. Für den Versicherten kann auch bei einer hohen Selbstbeteiligungsrate – so erstattet z.B. die französische gesetzliche Krankenversicherung bei bestimmten Arzneimitteln nur 35 % (siehe 3.2.2.1) – eine ähnliche Situation entstehen. Verzichtet der Versicherte wegen der für ihn prohibitiven Selbstbeteiligung auf die Leistung, bewirkt die Selbstbeteiligung einen faktischen Leistungsausschluss. Nimmt er sie bei Selbstbeteiligungs-raten von über 50 % gleichwohl in Anspruch, handelt es sich materiell mehr um einen „öffentlichen Zuschuss“ zu einer bestimmten Gesundheitsleistung als um eine „Leistungsübernahme“.

Die Selbstbeteiligung beeinflusst nicht nur einseitig Existenz und Ausmaß der Leistungsgewährung, entsprechende Beziehungen bzw. Abhängigkeiten existieren auch in umgekehrter Richtung. Jeder Leistungsausschluss bedeutet nämlich für alle Versicherten, die auf diese Leistung nicht verzichten möchten, eine 100 %ige Selbstbeteiligung. Positivlisten, die aus welchen Gründen auch immer das Leistungsspektrum einengen, bewirken in dem Umfang, in dem sie die Selbstmedikation erhöhen, einen Anstieg der Selbstbeteiligung. Aus dieser Perspektive erscheint es nicht ganz konsistent, zumindest aber problematisch, Selbstbeteiligungen aus sozialpolitischen Gründen grundsätzlich abzulehnen, Positivlisten aber zu befürworten. Dieser Widerspruch und die damit einhergehende Problematik lösen sich nur dann auf, wenn sich der jeweilige Leistungsausschluss auf nachweislich therapeutisch unwirksame Leistungen beschränkt. In allen an-

deren Fällen beruht die grundsätzliche Ablehnung von Selbstbeteiligungen bei gleichzeitiger Befürwortung von Leistungseinschränkungen in Form von Positivlisten auf semantischen Phobien.

Gegenüber einer Einengung des Leistungskataloges und einer Erhöhung der Selbstbeteiligung besitzt eine Änderung der Beitragsgestaltung den Vorzug, nicht primär die Patienten, sondern die Versicherten stärker zu belasten. Vor dem Hintergrund der geltenden Beitragsgestaltung können konkrete Reformoptionen grundsätzlich an

- der GKV-Versicherungspflicht bzw. dem Pflichtversichertenkreis,
- der Beitragsbemessungsgrenze,
- der Beitragsbemessungsgrundlage,
- der beitragsfreien Mitversicherung und/oder
- der Änderung der Beitragssatzanteile

ansetzen (vgl. hierzu Busch, S., Pfaff, A. B. u. Rindsfüßer C. 1996, sowie Wille, E. 1998a). Diese Feststellung könnte nahe legen, zunächst mit der Reformoption Beitragsgestaltung zu beginnen und eine Flexibilisierung des Leistungskataloges erst dann zu erwägen, wenn sich umfangreichere Budgetdefizite in der GKV abzeichnen. Abgesehen davon, dass jedes Reformelement bei isolierter Betrachtung auch Nachteile aufweist, und der Leistungskatalog der GKV nicht nur aus fiskalischen, sondern auch aus allokativen und distributiven Gründen (siehe 2.2) einer Überprüfung bedarf, erlaubt die Kombination von Elementen mehrerer Reformoptionen eine spürbare Beitragssatzentlastung in Verbindung mit ausgewogeneren Belastungswirkungen. So schwächt sich z.B. die Belastung durch eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten, wie z.B. Zinsen, ab, wenn der Beitragssatz im Zuge dieser Reform spürbar sinkt.

Die Diskussionen um strukturelle Reformen in der GKV krankten vielfach an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Reformoptionen ohne Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt. Eine isolierte Betrachtung von Pro und Contra einer Alternative führt fast zwangsläufig zu einer Verwerfung nahezu jeder Reformoption, denn per se bilden z.B. weder die Einengung des Leistungskataloges, noch die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage attraktive gesellschaftspolitische Maßnahmen. Da aber ein drohendes Budgetdefizit zwangsläufig eine (zusätzliche) Finanzierung erfordert, erscheint nur eine vergleichende Bewertung

dieser Optionen im Sinne einer Differentialanalyse problemadäquat. Es geht vor dem Hintergrund von drohenden Budgetdefiziten nicht nur um das isolierte Pro und Contra einer Flexibilisierung des Leistungskataloges oder um eine einseitige Auflistung von Vor- und Nachteilen einer Erhöhung der Selbstbeteiligung, sondern um einen differentiellen Vergleich dieser Optionen mit den Alternativen steigender Beitragssätze oder Verschärfung der impliziten Rationierung. Das stark korporatistisch geprägte deutsche Gesundheitswesen tut sich offensichtlich schwer mit strukturellen Reformen, die zwangsläufig mit bestimmten Beschränkungen und/oder Belastungen einhergehen.

### **2.1.3 Zwischenfazit: Die Flexibilisierung des Leistungskataloges als komplementäre und substitutive Reformoption**

Bei sich abzeichnenden Budgetdefiziten stellt die Flexibilisierung des Leistungskataloges eine von mehreren globalen Handlungsmöglichkeiten dar. Mit diesen alternativen Reformoptionen kann die Flexibilisierung des Leistungskataloges je nach fiskalischer oder erweiterter Zielsetzung sowohl in komplementären als auch in substitutiven Beziehungen stehen. Von diesen Reformoptionen vermag die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in normativer Hinsicht die höchste Priorität zu beanspruchen. Sie bildet im Hinblick auf die Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens eine bedeutsame Daueraufgabe, kann aber andere Reformoptionen weder unter fiskalischen, noch unter allokativen und distributiven Aspekten ersetzen. Der in jüngster Zeit in Analogie zur GRV unterbreitete Reformvorschlag, das Umlageverfahren in der GKV um Elemente der Kapitaldeckung als verpflichtende zusätzliche Vorsorge zu ergänzen, wirft für eine lange Übergangszeit kaum lösbare Finanzierungsprobleme bzw. zumutbare Belastungen auf. Den Versicherten steht es zwar grundsätzlich frei, zusätzlich eine private kapitalgedeckte Vorsorge aufzubauen, die sich aber nicht aus einem eventuell ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag finanzieren lässt, sondern zusätzlich privat verfügbares Einkommen bindet. Die implizite Rationierung schneidet von allen globalen Handlungsmöglichkeiten unter normativen Aspekten mit Abstand am schlechtesten ab, da sie den Versicherten in willkürlicher Weise Leistungen vorenthält. Die heute schon unstrittige Existenz impliziter Rationierung macht schon per se die Auseinandersetzung mit zielorientierten Alternativen notwendig.

Um erhebliche Budgetdefizite zu finanzieren und/oder deutliche Absenkungen der Beitragssätze zu realisieren, bedarf es einer Kombination von Elementen mehrerer Reformoptionen. Für einen komplementären Einsatz verschiedener Reformoptionen spricht zu-

dem, dass er eine ausgewogenere Verteilung der Belastungen ermöglicht und im Falle von spürbaren Beitragssatzsenkungen diesen zusätzlichen Belastungen auch partielle Entlastungen entgegenstehen. Hinsichtlich der Interdependenzen mit anderen Reformoptionen weist die Flexibilisierung des Leistungskataloges vor allem enge Wechselwirkungen mit der Selbstbeteiligung auf. So entspricht eine 100 %ige Selbstbeteiligung materiell einem völligen Ausschluss aus dem Leistungskatalog und umgekehrt führt dieser, wenn die Versicherten auf die ausgeschlossene Leistung nicht verzichten möchten, zu einer 100 %igen Selbstbeteiligung. Im Vergleich mit einer Einengung des Leistungskataloges und einer Erhöhung der Selbstbeteiligung besitzt eine Änderung der Beitragsgestaltung den Vorzug, nicht primär die Patienten, sondern die Versicherten stärker zu belasten. Letztlich geht jedoch jede Reformoption auch mit partiellen Nachteilen einher, was ebenfalls einen kombinierten Ansatz nahe legt. Die aktuelle Reformdiskussion in Deutschland krankt vor allem an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Reformoptionen ohne den notwendigen Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt. In diesem Sinne geht es nicht nur um das isolierte Pro und Contra einer Flexibilisierung des Leistungskataloges der GKV sondern um einen differentiellen Vergleich mit allfälligen alternativen Entwicklungen und Reformkonzepten.

## **2.2 Ziele und Kriterien einer Abgrenzung des Leistungskataloges der GKV**

### **2.2.1 Gesetzliche Grundlagen und gesundheitspolitische Priorisierung**

Der GKV fällt nach § 1 SGB V als Solidargemeinschaft die Aufgabe zu, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“. Der Versicherte besitzt allerdings, wie die §§ 2, 11 und 12 SGB V postulieren, nur einen Anspruch auf wirksame, wirtschaftliche, notwendige, ausreichende und zweckmäßige Leistungen. Ferner müssen diese Leistungen gemäß § 2 Abs. 1 SGB V in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. § 70 SGB V fasst diese Kriterien unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ noch einmal zusammen und ergänzt sie noch um die Maxime „bedarfsgerecht und gleichmäßig“ sowie „humane Krankenbehandlung durch geeignete Maßnahmen“. Einige dieser Kriterien orientieren sich, wie die humane und dem allgemeinen Stand der

medizinischen Erkenntnisse entsprechende medizinische Behandlung stärker an medizinisch-ethischen Normen, andere dagegen, wie die wirtschaftliche oder das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Gesundheitsversorgung mehr an ökonomischen Prinzipien (Wille, E. 1997, S. 208). Die übrigen Kriterien, wie die bedarfsgerechte, gleichmäßige, ausreichende und zweckmäßige Behandlung, weisen Beziehungen zu medizinisch-ethischen und ökonomischen Postulaten auf.

Die stärker medizinisch-ethisch ausgerichteten Kriterien dienen zunächst zur Umschreibung und sodann zur Realisierung von Qualität und Humanität der Behandlung bzw. Versorgung und die ökonomischen Kriterien zu einer Verwirklichung des Wirtschaftlichkeitsprinzips. Obgleich letzteres innerhalb der ökonomischen Kriterien dominiert, beinhaltet § 70 SGB V mit seiner Forderung nach einer gleichmäßigen Versorgung auch das Verteilungspostulat.

Das Gesetz gewährt den Versicherten somit grundsätzlich einen sehr weitgehenden Leistungsanspruch, den es nur mit Hilfe sehr allgemeiner Kriterien in abstrakter Form einschränkt. Es gibt in der GKV keinen eindeutig definierten Leistungskatalog mit abgegrenzten Leistungszusagen im Sinne einer Positivliste (ähnlich Schwartz, F.W. u. Jung, K. 2000, S. 72). Der Gesetzgeber hat nur in wenigen Fällen bestimmte Leistungen explizit ausgeschlossen, wie z.B. bestimmte Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nach § 34 Abs. 1 SGB V, oder mit Selbstbehalten belegt, die zu einem Leistungsverzicht der Versicherten führen könnten. Sofern die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 SGB V oder der Ausschuss Krankenhaus nach § 137c SGB V keine Feststellungen über leistungsrechtliche Einschränkungen treffen, entscheidet im Rahmen von Richtlinien der Bundesausschüsse der behandelnde Arzt, ob eine bestimmte Behandlung bzw. Versorgung den obigen Kriterien entspricht. In diesem Kontext existiert keine auf Makro- oder Mesoebene erstellte gesundheitspolitische Schwerpunkt- und Prioritätenbildung, die sich auf nationale Gesundheitsziele stützt. Eine gewisse Priorisierung deutet lediglich das Aufgabenfeld des Koordinierungsausschusses an, der nach § 137e Abs. 3 SGB V „auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr beschließen (soll), bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann“.

Da auch im Gesundheitswesen wie in anderen Lebensbereichen immer eine Lücke zwischen dem potenziell Wünschbaren und dem faktisch Finanzierbaren existiert (vgl. u.a. Aaron, H.J. u. Schultze, C.L. 1992), muss es in ökonomischer Hinsicht eigentlich überraschen, dass in Deutschland eine Diskussion über gesundheitspolitische Schwerpunkte

und Prioritäten bis in die jüngste Zeit kaum stattfand. Die Notwendigkeit, Schwerpunkte und Prioritäten zu setzen, wurzelt letztlich in der Knappheit der Ressourcen, die nie ausreichen, um alle Wünsche zu befriedigen. Eine Schwerpunkt- und Prioritätenbildung erübrigt sich lediglich im Paradies, in dem es keine Ressourcenknappheit und damit keine Allokationsprobleme gibt. Paradiesische Zustände machen auch ökonomisches (Effizienz-) Denken überflüssig, denn dieses gewinnt erst durch die Ressourcenknappheit seine normative Berechtigung (vgl. Wille, E. 1986, S. 95f.).

Ein Grund dafür, dass die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland die Thematik Priorisierung im Vergleich zu anderen europäischen Staaten, wie z.B. England und Schweden, aber auch den Niederlanden (siehe Government Committee on Choices in Health Care 1992) lange Zeit aussparte, dürfte auch darin liegen, dass hierzulande bisher ein vergleichsweise hoher Anteil des Sozialproduktes in die Gesundheitsversorgung floss. Auf diese Weise ließ sich die politisch unangenehme Aufgabe einer expliziten Schwerpunkt- und Prioritätenbildung lange Zeit umgehen. Ein Land, das wie z.B. England nur 6,7 % des Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung ausgibt und nicht 10,6 % wie Deutschland (siehe oben 1.3.1 Tabelle 3), stößt viel eher an die Grenzen spürbarer Rationierung und sieht sich insofern schon aus Gründen der politischen und ethischen Legitimation mit der Notwendigkeit einer nachvollziehbaren Schwerpunkt- und Prioritätenbildung konfrontiert. In ähnlicher Weise verschärfen abnehmende Wachstumsraten des realen Bruttoinlandsproduktes tendenziell die Kluft zwischen Wünschbarem und Finanzierbarem und damit das Rationierungsproblem (siehe u.a. Cahill, K. M. 1991).

Priorisierung und Schwerpunktbildung im Gesundheitswesen bedeuten ganz allgemein „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ (Zentrale Ethikkommission 2000, S. 786). Dieser Vorgang impliziert allerdings auch das erkennbare Setzen von Posterioritäten und negativen Schwerpunkten. Im Rahmen der Priorisierung kann die Reihung kardinal, d.h. durchgehend abgestuft nach der Dringlichkeit jeder einzelnen abgrenzbaren Einheit, oder ordinal nach einigen Prioritätsklassen, die gleichwertige Einheiten umfassen, erfolgen. Dabei können die Begriffe „Priorisierung“ und „Schwerpunktbildung“ sowohl synonym als auch mit unterschiedlichen Inhalten Anwendung finden. Die begriffliche Trennung unterscheidet eine sachliche Schwerpunkt- und eine zeitliche Prioritätenbildung, was unter Allokationsaspekten vor allem bei mittelfristiger Betrachtung zweckmäßig erscheint (vgl. Wille, E. 1970, S. 101 f.) Während sich nach dieser Terminologie die Prioritätensetzung auf die temporäre Vorrangigkeit bezieht, stellt die Schwerpunktbildung auf die (relative) Gewichtung im jeweiligen budgetären Rahmen ab. So können z.B. bei einem mittelfristigen Forschungsprogramm die meisten Ausgaben sowohl absolut als auch hinsichtlich ihres Wachstums in einen bestimmten Indikationsbereich

fließen, die zeitlichen Prioritäten aber bei Vorhaben eines anderen Indikationsbereiches liegen.

Wie bereits unter 1.1.3 angedeutet, dient das Setzen von Schwerpunkten und Prioritäten letztlich dazu, zielorientierte Rationierungsentscheidungen zu treffen. In einer Welt knapper Ressourcen bilden das Setzen von Schwerpunkten und Prioritäten sowie das Treffen von Rationierungsentscheidungen alltägliche Vorgänge. Selbst ein finanziell kaum limitierter Millionär kann an einem Abend nicht einen Kinofilm, eine Theaterveranstaltung oder eine Opernaufführung gleichzeitig besuchen, sondern sieht sich gezwungen, entsprechend seinen Präferenzen auszuwählen und damit auch auszuschließen, d.h. zu rationieren. Die generelle Mittelbegrenzung, die auch zeitliche Ressourcen einschließt, erzwingt von allen Entscheidungsträgern permanente Rationierungsentscheidungen und zwar unabhängig davon, ob diese nun implizit oder auf der Grundlage einer nachvollziehbaren Schwerpunkt- und Prioritätenbildung erfolgen.

### **2.2.2 Subjektiver und objektiver Bedarf**

Die privaten Wirtschaftssubjekte treffen ihre allfälligen Rationierungsentscheidungen im Rahmen ihrer Budgets bzw. ihrer Zahlungsfähigkeit entsprechend ihren individuellen Präferenzen, d.h. ihrem subjektiven Bedarf. Im Sinne eines methodischen Individualismus, der sich am Primat der individuellen Präferenzordnungen orientiert, spielt es dabei normativ betrachtet keine Rolle, ob diese Rationierungsentscheidungen auf einer für einen äußeren Beobachter nachvollziehbaren Schwerpunkt- und Prioritätenbildung aufbauen oder mehr implizit ablaufen. Diese Feststellung gilt auch für Kaufentscheidungen im Gesundheitswesen, wenn ein Patient die Kosten für die nachgefragten Gesundheitsgüter in vollem Umfange selbst trägt. Er entscheidet dann selbst darüber, inwieweit er hier seinen (Gesundheits-)Konsum ausdehnt oder zugunsten anderer Güter einschränkt.

Diese enge Beziehung zwischen dem subjektiven Bedürfnis eines Patienten und der entsprechenden Rationierungsentscheidung löst sich aber unter normativen Aspekten teilweise auf, wenn nicht der Konsument des Gutes, sondern ein anderer Träger, wie z.B. die GKV, diese Leistung finanziert (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000 a, S. 7 f.; Wille, E. 2000, S. 359 f.). Das Auseinander-

klaffen zwischen dem Nutzen einer Leistung und ihren Opportunitätskosten<sup>13</sup> rechtfertigt das Konzept eines nach bestimmten Kriterien normierten bzw. objektivierten Bedarfs, der als allgemeine Richtschnur für Rationierungsentscheidungen dient. Diese Rationierungsentscheidungen können Gesundheitsleistungen auf Kosten der Versicherten-gemeinschaft ausschließen, die bestimmte Patienten zwar subjektiv sehr schätzen, Fachgremien aber für medizinisch kaum indiziert bzw. weniger dringlich halten. Der objektive Bedarf ergibt sich insofern aus einer objektivierenden Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung oder ihrem drohenden Eintritt. Seine Feststellung beruht auf professionellen und wissenschaftlichen Urteilen über einen behandlungsbedürftigen Zustand und über den möglichen gesundheitlichen Nutzen von verfügbaren Leistungen bzw. Behandlungsverfahren (siehe auch Schwartz, F. W. 2001, S. 2 f.).

Das potenzielle Auseinanderfallen zwischen subjektivem und objektivem Bedarf begründet unter normativen Aspekten die Notwendigkeit, Rationierungsentscheidungen mit Hilfe einer nachvollziehbaren Schwerpunkt- und Prioritätenbildung zu fundieren. Da die Finanzierung der Leistungen der GKV aus solidarisch aufgebracht Mitteln erfolgt, bildet der objektive und nicht der subjektive Bedarf die normative Bezugsgröße für eine Abgrenzung des Leistungskataloges und die damit einhergehende Rationierung. Um eine unnötige Rationierung und/oder einen übermäßigen Ressourceneinsatz zu vermeiden, sollte die Schwerpunkt- und Prioritätenbildung immer mit der Frage nach einer Reallokation der Mittel einhergehen (so auch Stepan, A. u. Sommersguter-Reichmann, M. 1999, S. 103). Wie bereits unter 2.1.1 betont, besitzen ohne die Bemühungen um eine Ausschöpfung des Rationalisierungspotenzials alle Formen von Rationierungen, selbst wenn sie auf einer an sich vertretbaren Schwerpunkt- und Prioritätenbildung aufbauen, eine normativ zweifelhafte Berechtigung.

Der im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 neu gefasste § 142 Abs. 2 SGB V beauftragt den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen u.a., „im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten“. Nach dieser Formulierung scheint der Gesetzgeber die Begriffe bedarfsgerecht und zweckmäßig einerseits und wirtschaftlich andererseits voneinander zu trennen. Wenn wir in diesem Sinne von zwei verschiedenen Kriterien ausgehen, dann handelt es sich um eine bedarfsgerechte Versorgung, d.h. wenn weder Über-, noch Unter- oder Fehlversorgungen vorliegen. Diese engere Version der „Be-

---

<sup>13</sup> Die Opportunitätskosten entstehen dadurch, dass in einer Welt knapper Ressourcen jede Mittelverwendung zwangsläufig den Verzicht auf die Inangriffnahme eines anderen Projektes und damit den Entgang des entsprechenden alternativen Nutzens erfordert.

darfsgerechtigkeit“ schließt noch keine Aussagen über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung ein.

Eine bedarfsgerechte Versorgung im obigen Sinn kann durchaus mit einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung einhergehen. Der Patient erhält in diesem Falle die für ihn zweckmäßige und optimale Versorgung, die dazu notwendige Behandlung erfordert jedoch mehr Ressourcen als nötig, was gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip in seiner Version als Minimal- bzw. Sparsamkeitsprinzip verstößt. Bei einer bedarfsgerechten, aber unwirtschaftlichen Behandlung erleidet der Patient keinen gesundheitlichen Schaden, es entsteht ihm aber, insoweit er die Behandlungskosten selbst trägt, ein ökonomischer Verlust. Dieser entfällt bei einer Vollversicherung, denn dann gehen diese vermeidbaren Opportunitätskosten auf die Versichertengemeinschaft über.

Bei einer Trennung dieser beiden Kriterien kann eine wirtschaftliche Leistungserstellung auch mit einer nicht bedarfsgerechten Versorgung einhergehen. Eine wirtschaftlich, d.h. mit geringstmöglichem Ressourcenaufwand produzierte, Gesundheitsleistung stiftet dann keinen oder einen zu geringen Nutzen, d.h. sie bleibt im Hinblick auf die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität hinter den möglichen Outcomeeffekten zurück. Ob eine Analyse die Bedarfsgerechtigkeit und die Wirtschaftlichkeit als zwei getrennte Kriterien behandelt oder die Wirtschaftlichkeit unter die Bedarfsgerechtigkeit subsumiert, hängt letztlich vom speziellen Erkenntnisinteresse einer Studie und von Zweckmäßigkeitserwägungen im Hinblick auf das methodische Procedere ab. Die Trennung der beiden Kriterien besitzt den Vorzug, die komplexe Problematik in leichter handhabbare Teilaufgaben aufzuspalten. Dabei bietet es sich an, mit der Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit zu beginnen. Sofern die betreffende Gesundheitsleistung keinerlei Outcomeeffekte erzeugt, erübrigt sich jede Überprüfung dieser Gesundheitsleistung auf ihre effiziente Erstellung. Insofern kann die getrennte Überprüfung der Gesundheitsversorgung auf Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne eines sukzessiven Verfahrens in manchen Fällen weitergehende ökonomische Analysen überflüssig machen.

Sofern eine staatliche Institution oder eine Versichertengemeinschaft die Gesundheitsleistungen finanziert, sieht sich der Konsument bzw. Patient dieser Leistungen nicht mehr gezwungen, seine Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Ferner fallen die Opportunitätskosten, die mit dem Kauf des Gutes einhergehen, nicht mehr beim Konsumenten, sondern bei unbeteiligten Dritten an. Sofern der Konsument für die von ihm in Anspruch genommenen Güter kein spezielles Entgelt entrichtet, handelt er individuell rational, wenn er alle Leistungen nachfragt, von denen er sich einen positiven Nutzen verspricht. Bei einem solchen Konsumverhalten übersteigen die gesellschaftlichen Grenzkosten die individuellen, was aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu Fehlallokationen

führt. Diese Gefahr besteht nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in den meisten Versicherungssparten und auch unabhängig davon, ob sich die jeweiligen (Voll-) Versicherungssysteme in staatlicher, parafiskalischer oder privater Trägerschaft befinden.

Die Festlegung eines objektiven Bedarfs beugt dann auch dem ex-post-Moral-Hazard bzw. der „moralischen Versuchung“ vor, im Schadensfall die Gesundheitsleistungen in Quantität und Qualität übermäßig in Anspruch zu nehmen<sup>14</sup>. Dieser Anreiz besteht für die Versicherten in der GKV – wie auch in der privaten Krankenversicherung – insofern, als sie die meisten Gesundheitsleistungen, von Weg- und Zeitkosten abgesehen, praktisch zum Nulltarif erhalten. Eine spezielle bzw. weitere Begründung für eine Objektivierung des Bedarfs in der GKV folgt aus ihren Finanzierungsmodalitäten. Die Beiträge in der GKV stellen keine individuell äquivalenten Risikoprämien, sondern nach dem Solidaritätsprinzip erhobene Einnahmen dar. Auf der Grundlage dieser Beitragsgestaltung kann das Postulat der Beitragssatzstabilität der Ausgabegebarung und damit auch der Leistungsgewährung gewisse Grenzen setzen. Insofern hängt der „objektive“ Bedarf zumindest innerhalb gewisser Grenzen auch von den verfügbaren Mitteln ab, die innerhalb dieser Versichertengemeinschaft die Opportunitätskosten einer Gesundheitsleistung bestimmen. Diese Opportunitätskosten einer Gesundheitsleistung nehmen mit der Verschärfung von Finanzierungsengpässen zu. Das Solidarprinzip und die Fairness gebieten jedoch im Falle von Leistungseinschränkungen nachvollziehbare Kriterien und eine transparente Objektivierung des Bedarfs.

### 2.2.3 Medizinisch-ethische und distributive Kriterien

Unbeschadet der grundsätzlichen Berechtigung fiskalischer Erwägungen und der Bedeutung der Beitragssatzstabilität bilden in normativer Hinsicht medizinisch-ethische, distributive und allokativen Aspekte bzw. Ziele die entscheidenden Beurteilungskriterien für die Analyse von Pro und Contra der einzelnen Finanzierungsoptionen. Da die Patienten die Gesundheitsleistungen weitgehend unabhängig vom Konjunkturverlauf benötigen, spielt die Stabilisierungsaufgabe bei der Einnahmen- und Ausgabengestaltung gegenüber allokativen und distributiven Aspekten als Zieldimension eher eine untergeordnete Rolle. Allerdings wurzeln die Finanzierungsprobleme der GKV derzeit primär in der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung, so dass Maßnahmen, die z.B. zu einem Ab-

---

<sup>14</sup> Ex-ante-Moral-Hazard liegt vor, wenn die Versicherten die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens durch ihr Verhalten unzureichend reduzieren. Vergleichsmaßstab bildet jeweils die Verhaltensweise bei fehlendem Versicherungsschutz.

bau der Arbeitslosigkeit beitragen, ihrerseits das Wachstum der Grundlohnsumme stärken und damit die Finanzierungsprobleme der GKV mildern.

Da die Gesundheitsleistungen der GKV (mit Ausnahme des Krankengeldes) allen Versicherten unabhängig von ihrem Status oder Einkommen grundsätzlich in gleichem Maße zur Verfügung stehen, wirft die Flexibilisierung und/oder die Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV zunächst medizinisch-ethische und distributive Probleme auf. Eine Eingrenzung des Leistungskataloges verletzt offensichtlich medizinisch-ethische Normen, wenn sie den Gesundheitszustand, d.h. die Lebenserwartung und -qualität, der Versicherten in spürbarem Umfang gefährdet. Wie unter 2.2.2 ausgeführt, gilt hier als Richtschnur allerdings auch ein fachlich normierter objektiver Bedarf und nicht das subjektive Empfinden des Versicherten. Es liegt in diesem Kontext in distributiver Hinsicht nahe, dass ein Versicherter mit höherem Einkommen ausgeschlossene Leistungen, auf die er nicht verzichten möchte, leichter im Rahmen der Selbstmedikation oder mit Hilfe einer privaten prämienfinanzierten Zusatzversicherung erwerben kann als ein Sozialhilfeempfänger. Die moralischen Wertebegriffe, wie Gerechtigkeit, Solidarität, Fairness, Eigenverantwortung und Mündigkeit, an die hier medizinisch-ethische Kriterien anknüpfen könnten, erliegen jedoch „gemeinhin einem Leerformelverdacht“ (Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 1994, S. 9).

Die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1994, S. 10 ff.) führt als ethische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems folgende fünf zentrale Ziele an:

- gute Krankenversorgung und Gesundheitsfürsorge,
- Versorgungssicherheit,
- gleicher Zugang,
- Ausgleich der sich aus der „natürlichen“ und „sozialen Lotterie“ ergebenden Ungleichheiten sowie
- Sicherung von Freiheitsspielräumen.

Dabei zielt der Ausgleich der Ungleichheiten im Wesentlichen auf eine solidarische Finanzierung ab. Hindernisse bei der Sicherung von Freiheitsspielräumen sieht die Akademie zum einen im „Fehlen von Wahlmöglichkeiten“ und zum anderen in der „Unfähigkeit, wählen zu können“ (ebd., S. 23). Die Ziele Wahlfreiheit und Solidarität können, müssen aber nicht zwangsläufig in einem Wertkonflikt stehen. „Wahlfreiheit des Versi-

cherungsnehmers kann man sich auch durch Wahlmöglichkeiten in der Solidarversicherung realisiert denken“ (ebd., S. 31).

Die Forderung nach gesundheitlicher Eigenverantwortung lässt sich auch unter dem Aspekt der Solidarität begründen. Diese stellt keine Einbahnstraße dar, die nur die Gemeinschaft gegenüber dem einzelnen Individuum zu solidarischen Leistungen verpflichtet, sie verlangt vielmehr auch vom Einzelnen ein solidarisches Verhalten gegenüber der Versichertengemeinschaft. Eine eigenverantwortliche Lebensweise liegt insofern nicht nur im Interesse des Einzelnen, sie stellt darüber hinaus auch eine Verpflichtung dar, denn die Solidargemeinschaft trägt den überwiegenden Teil der Kosten im Falle von Krankheit bzw. bei Gesundheitsleistungen (so auch Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der EKD 2000, S. 6). Der Gesetzgeber betont diesen Aspekt ebenfalls, denn nach § 2 Abs. 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes Leistungen zur Verfügung, soweit diese „nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.“

Im Unterschied zum Leistungsfähigkeitsprinzip, das z.B. der Einkommensbesteuerung als Orientierung dient, kann sich das Solidarprinzip, auf dem die GKV aufbaut, nicht auf eine konsistente ökonomische Theorie stützen (s. hierzu Wille, E. 1998a, S. 22 f.). Es lässt sich vielmehr durch seine verschiedenen Ausprägungen charakterisieren, die vor allem aus folgenden Merkmalen bestehen:

- 1) Es gilt für alle Krankenkassen unabhängig vom jeweiligen Krankheitsrisiko des Nachfragers bzw. potenziellen Versicherten grundsätzlich Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot.
- 2) Im Rahmen einer solidarischen Finanzierung erfolgt eine Umverteilung von
  - gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich),
  - von Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
  - von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
  - von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).
- 3) Alle Gesundheitsleistungen stehen allen Versicherten in gleichem Maße zur Verfügung.

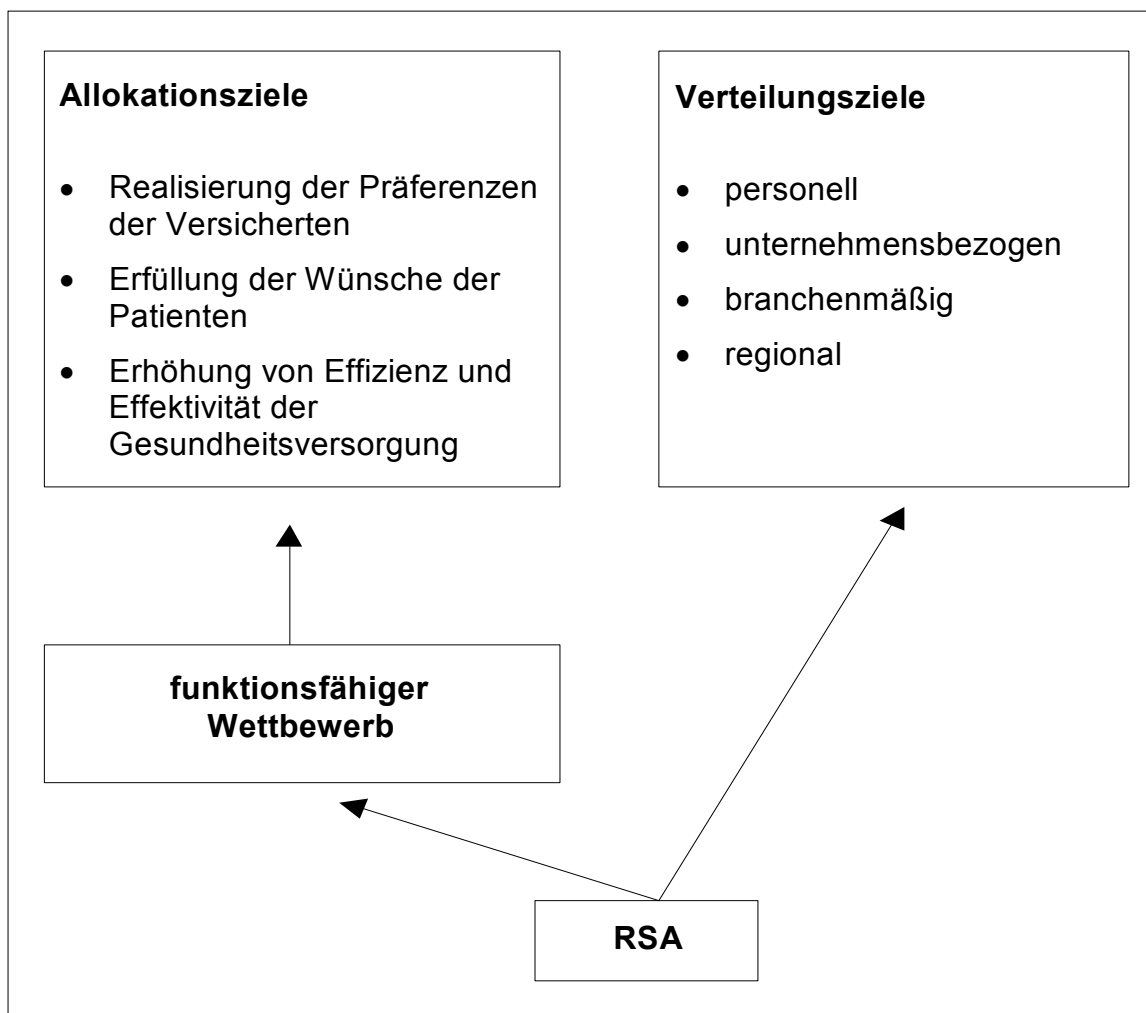
- 4) Das System darf für die Krankenkassen keine Anreize schaffen, durch Risikoselektion relevante Wettbewerbsvorteile zu erlangen.

Während in jedem Versicherungssystem ex-post-Umverteilungen von schadensfreien zu geschädigten Versicherten stattfinden, handelt es sich bei der solidarischen Finanzierung um darüber hinausgehende ex-ante-Umverteilungsprozesse. Ohne Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot könnte z.B. ein Einwanderer, der an Aids oder Krebs leidet, keinen für ihn finanzierbaren Versicherungsvertrag finden. Der Kontrahierungszwang garantiert dem Versicherten auch dann noch die volle Übernahme des finanziellen Krankheitsrisikos, wenn seine Krankenkasse infolge des intensiven Wettbewerbs aus dem Markt ausscheidet. Ein solches Ereignis könnte allerdings zu einer u.U. erheblichen temporären Verunsicherung von vor allem älteren Versicherten bzw. Patienten führen.

Die Flexibilisierung und/oder Eingrenzung des Leistungskataloges besitzt auch Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich (RSA) und geht über diesen auch mit distributiven Effekten einher. Der RSA erstreckt sich nach § 266 SGB V derzeit auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, die Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten, die Verteilung der Versicherten nach Alter und Geschlecht sowie die Erwerbs- und Berufsunfähigkeits-Rentner. Vereinfacht formuliert versucht der RSA, jede Krankenkasse finanziell so zu stellen, als würde sie eine Versicherten- bzw. Risikostruktur aufweisen, die im Hinblick auf diese Ausgleichsfaktoren dem Durchschnitt aller konkurrierenden Kassen entspricht. Jede Krankenkasse erhält daher einen standardisierten Beitragsbedarf, der von der jeweiligen Versicherten- bzw. Risikostruktur abhängt. Der RSA passt über Ausgleichzahlungen die finanzielle Ausstattung einer Krankenkasse ihrem Beitragsbedarf an (vgl. H. Reichelt 1996, S. 35 f.).

Wie Abbildung 16 illustriert, wirkt der RSA unmittelbar auf die Verteilung ein, denn er beeinflusst direkt die Distribution zwischen den Arbeitnehmern bzw. Versicherten, Arbeitgebern, Wirtschaftsbranchen und Regionen. In allokativer Hinsicht dient der RSA als Instrument zur Verwirklichung eines fairen und funktionsfähigen Wettbewerbs. Der Wettbewerb seinerseits bildet aber ebenfalls noch kein Ziel, das es um seiner selbst willen anzustreben gilt, sondern in Verbindung mit der Wahlfreiheit der Versicherten ein Mittel zur Erfüllung der wettbewerblichen Funktionen bzw. der Allokationsziele. Vom RSA gehen somit direkte Effekte auf die Verteilungsziele, aber nur mittelbare Wirkungen auf die Allokationsziele aus. Die Flexibilisierung und/oder Einengung des Leistungskataloges beeinflusst somit unmittelbar den Leistungsinhalt, auf den sich der RSA erstreckt, und damit auch dessen distributive und allokativen Wirkungen. Bei Reformen

des Leistungskataloges der GKV gilt es, diese RSA-Effekte zu berücksichtigen, d.h. auch die Reform RSA-kompatibel zu gestalten.



**Abbildung 16: Die Ziele des RSA**

Medizinisch-ethische und distributive Kriterien sowie auf ihnen aufbauende Überlegungen können zwar wertvolle Hinweise für eine Reform des Leistungskataloges liefern, aber sie erlauben im Sinne einer logisch zwingenden Deduktion noch keine konkreten Einstufungen von bestimmten Gesundheitsleistungen. Für eine Flexibilisierung bzw. Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV bieten sich nach unseren bisherigen Überlegungen gleichwohl tendenziell Leistungen an,

- die mit unsicherem medizinischem Nettonutzen bei Abwägung von Chancen und Risiken einhergehen,

- die keinen Einfluss auf die Lebenserwartung besitzen und die Lebensqualität nicht spürbar erhöhen,
- deren Wirkungen eine geringe Evidenzbasierung aufweisen (z.B. Alternativmedizin),
- die nicht zeitkritisch, sondern aufschiebbar sind,
- die sich auf triviale Erkrankungen beziehen, bei denen eine ärztliche Behandlung gegenüber dem üblichen Spontanverlauf, d.h. hier auch der Selbstbehandlung mit Over-the-counter-Präparaten, keinen gesicherten medizinischen Zusatznutzen erzeugt,
- die ohne die Funktionalität zu tangieren ausschließlich einer Verbesserung des ästhetischen Niveaus dienen (z.B. kosmetische Operationen, bestimmte Formen des Zahnersatzes) sowie
- die ohne Vorliegen einer Krankheit den Lebensstil betreffen, oder den natürlichen Alterungsprozess beeinflussen sollen.

#### **2.2.4 Allokative Aspekte und Wahlfreiheiten der Versicherten**

In der GKV gibt es bereits seit ihrer Einführung kollektive Wahlrechte, die z.B. die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen erlauben, und seit der Errichtung von Ersatzkassen, die schon immer Wahlkassen bildeten, auch individuelle Wahlrechte (vgl. Voß, K.-D. 1996, S. 117). Gewisse Wahlrechte der Versicherten und mit ihnen ein beschränkter Wettbewerb der Krankenkassen existierten insofern schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts (vgl. Schneider, W. 1994, S. 153), das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 stellte lediglich die Weichen in Richtung einer Stärkung und ordnungspolitischen Fundierung des Wettbewerbs. Das GSG intensivierte den Wettbewerb der Krankenkassen, indem es den Versicherten in § 173 SGB V erweiterte Wahlrechte einräumte, und versuchte, mit dem RSA eine in distributiver und vor allem allokativer Hinsicht adäquate Wettbewerbsgrundlage zu schaffen. Wie bereits unter 2.2.3 erwähnt, stellt der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen keinen Selbstzweck dar, sondern dient unter Beachtung des Solidarprinzips vornehmlich zur Erfüllung folgender Funktionen (vgl. Wille, E. 1999 b, S. 120):

- Befriedigung der Präferenzen der Versicherten,
- Erfüllung der Wünsche der Patienten,
- Vorbeugung gegen monopolistischen Machtmissbrauch durch Krankenkassen
- und/oder Leistungsanbieter,
- effiziente Leistungserstellung im Gesundheitswesen,
- effektive Zielerreichung bzw. Realisierung der gesundheitlichen Outcomes und
- Schaffung von dezentralen innovativen Suchprozessen.

Infolge des GSG besitzt eine höhere Anzahl von Versicherten ein Wahlrecht und es stehen den Versicherten auch mehr Wahloptionen als zuvor offen. Die Versicherten verfügen nun in verstärktem Maße über die Möglichkeit, ihr Votum über die Krankenkassen durch eine „Abstimmung mit den Füßen“ (Pfaff, M. u. Wassener, D. 1996, S. 165) zum Ausdruck zu bringen. Die Wahlfreiheit der Versicherten bildet nicht nur ein Mittel zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, sondern im Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit auch einen „Wert an sich“ (Jacobs, K. u. Reschke, P. 1992, S. 15 ff.). Der Versicherte bzw. Patient kann an Souveränität gewinnen, wenn er über die Option der Kassenwahl verfügt und sich nicht in der Rolle des Bittstellers einer Einheitskasse oder einem monolithischen Kassenblock gegenüber sieht. Eine Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen und/oder Beitragstarifen vermag im Prinzip zwar auch eine Einheitskasse zu bieten (vgl. Behrens J. et al. 1996, S. 13), aber nur wenn die Versicherten die Option des Kassenwechsels besitzen, sehen sich die Krankenkassen gezwungen, ihr Versorgungsangebot stärker an den Präferenzen und Wünschen von Versicherten und Patienten auszurichten.

Die erweiterte Wahlfreiheit der Versicherten und der RSA vermögen als isolierte Instrumente die obigen wettbewerblichen Funktionen nicht in erwünschtem Umfang zu realisieren, zu diesem Zweck benötigen die Krankenkassen zusätzliche Wettbewerbsparameter, zu denen neben einer Flexibilisierung des Vertragsrechtes auch Gestaltungsmöglichkeiten auf der Leistungsseite gehören (ähnlich Neubauer, G. 1996, S. 97 und Cassel, D. 1997, S. 12). Ohne diese Instrumentvariablen reduziert sich der Wettbewerb der Krankenkassen auf den Beitragssatz und (teilweise fragwürdige) Service- und Marketingaktivitäten. Die Versicherten verfügen dann zwar über formale Wahlrechte, die aber kaum materielle bzw. bescheidene Inhalte aufweisen. Die Situation des Versicherten gleicht dann der eines Fernsehzuschauers, der sich nicht mehr mit einem Sender be-

gnügen muss, sondern unter vielen Anstalten auswählen kann, wobei aber alle täglich das gleiche Programm anbieten. Die Strukturverträge nach § 73a SGB V und die Modellvorhaben nach den §§ 63 und 64 SGB V sowie die integrierten Versorgungsformen nach den §§ 140a-h SGB V erlauben zwar die Wahl bzw. Erprobung unterschiedlicher Versorgungsformen, wie z.B. Hausarztmodelle, die Initiative liegt aber hier bei den Krankenkassen und Leistungsanbietern. Die Versicherten besitzen nur die Möglichkeit, solchen Versorgungskonzepten, insoweit sie zustande kommen, freiwillig beizutreten. Im Sinne von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zielt der Wettbewerb der Krankenkassen sogar vornehmlich darauf ab, auf den Anbieterwettbewerb der Leistungserbringern überzugreifen, denn dort findet die gesundheitliche Leistungserstellung statt. Unter geeigneten Rahmenbedingungen induziert der Wettbewerb der Krankenkassen um zufriedene Mitglieder bei den Leistungserbringern neben einer Steigerung der Effizienz auch die Suche nach effektiveren, d.h. u.a. versicherten- und patientengerechteren, Angeboten.

Die Möglichkeiten, zwischen konkurrierenden Krankenkassen und verschiedenen Leistungs- bzw. Versorgungsangeboten auszuwählen, eröffnen den Versicherten und Patienten die Chance, ihre Präferenzen im Rahmen der Gesundheitsversorgung besser zu realisieren und damit ihre Wohlfahrt zu erhöhen. Es erscheint höchst unwahrscheinlich, dass alle Versicherten der GKV, d.h. ca. 90 % der gesamten deutschen Bevölkerung, im Hinblick auf den derzeit umfassenden Leistungskatalog der GKV die gleichen Präferenzen besitzen. So divergieren z.B. die Ansichten und Wertschätzungen bezüglich einzelner Präventionsangebote, der sog. alternativen Medizin und der Fertilisationstherapie erheblich. Eine bessere Anpassung des Versorgungs- bzw. Leistungsangebotes an die Präferenzen der Versicherten und Patienten vermag in Verbindung mit einer Intensivierung des Anbieterwettbewerbs die Effizienz und Effektivität des gesamten Gesundheitssystems zu erhöhen. Neben der Existenz von alternativen Versorgungs- bzw. Leistungsangeboten setzten wohlfahrtssteigernde Wahlmöglichkeiten allerdings voraus, dass die betreffenden Individuen über eine gewisse Konsumentensouveränität und Patientenautonomie verfügen.

Die Besonderheiten gesundheitlicher Leistungserstellung schränken die Konsumentensouveränität und Patientenautonomie jedoch – jeweils in Abhängigkeit von der spezifischen Gesundheitsleistung – bis zu einem gewissen Grade ein. Die folgenden Gründe für fehlende Konsumentensouveränität und Patientenautonomie dienen in der Regel auch als Argumente für „Marktversagen im Gesundheitswesen“ (siehe hierzu den Überblick bei Breyer, F. u. Zweifel, P. 1997, S. 153 ff.):

- Krankheit stellt in vielen Fällen für die Betroffenen eine Ausnahmesituation dar, die häufig rationale Wahlentscheidungen unmöglich macht, zumindest aber erheblich erschwert.
- Bei Gesundheitsleistungen, auf die der Patient nicht verzichten kann (bzw. zu können glaubt), besitzt er eine unelastische Nachfrage und damit vor allem bei zeitkritischer Versorgung gegenüber dem Leistungsanbieter eine sehr schwache Marktposition.
- Da es sich bei vielen Gesundheitsgütern um medizinische Dienstleistungen handelt, vermag der Versicherte bzw. Patient ihre Qualität kaum zu beurteilen. Zunächst erschweren Dienstleistungen generell eine exakte Messung der Qualität und zudem kann sich der Patient bei Gesundheitsgütern im Unterschied zu anderen, häufig wiederkehrenden Dienstleistungen oft nicht auf eigene Erfahrungen stützen. Ferner stellt die gesundheitliche Leistungserstellung einen sehr komplexen Prozess dar, dessen Outcomes von einer Vielzahl von Determinanten abhängen, die ihrerseits wieder in Wechselbeziehungen stehen. Der Patient vermag daher in solchen Fällen kaum zu beurteilen, ob und inwieweit ein bestimmtes „Behandlungsergebnis“ auf die ärztliche Leistung oder auf Selbstheilungsprozesse zurückgeht.
- Der Arzt verfügt, wie bereits unter 1.3.2 dargelegt, gegenüber dem Patienten im Hinblick auf die zur Diskussion stehende Behandlung zumeist über einen beträchtlichen Informationsvorsprung. Dieser erlaubt es ihm, insbesondere bei diagnostischen Leistungen sein Angebot innerhalb eines diskretionären Spielraumes beliebig auszudehnen.
- Junge Menschen unterschätzen teilweise das künftige Krankheitsrisiko und neigen daher dazu, bei Vertragsabschluss ein zu schmales Leistungspaket zu wählen.
- Die Wahl eines extrem eingeschränkten Leistungspaketes kann auch in einem Moral-Hazard-Verhalten des Versicherten wurzeln. Er vertraut dann quasi als Trittbrettfahrer darauf, dass ihm im nicht abgedeckten Schadensfalle die Gesellschaft solidarisch zur Seite steht.

Diese Gründe für fehlende oder eingeschränkte Konsumentensouveränität und Patientenautonomie bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und Krankenversicherungsschutz sprechen zweifellos dafür, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten hin-

sichtlich des Leistungskataloges der GKV einzugrenzen, d.h. ein bestimmtes Leistungspaket für alle Krankenkassen und Versicherten verbindlich vorzuschreiben. Ein solcher einheitlicher Grund-, Kern- oder Vertragskatalog von Leistungen vermag auch einer extremen Risikoselektion seitens der Krankenkassen vorzubeugen. Die teilweise fehlende und vielfach eingeschränkte Konsumentensouveränität und Patientenautonomie belegen aber in keiner Weise die Notwendigkeit, Wahlmöglichkeiten der Versicherten beim Leistungskatalog der GKV völlig auszuschließen. Es handelt sich keineswegs bei allen Leistungen der GKV um lebensnotwendige und zeitkritische Gesundheitsgüter, die sich der Urteilsfähigkeit der Versicherten und Patienten generell entziehen.

Der Leistungskatalog der GKV enthält eine Vielzahl von relativ konsumnahen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie ärztlichen Behandlungen und Beratungen, die wegen ihrer häufigen Inanspruchnahme eine gute Einschätzung durch die Patienten erlauben. Wie die teilweise hohe fachliche Kompetenz der Mitglieder von Selbsthilfegruppen belegt, muss die Patientenautonomie mit der Krankheitsdauer nicht ab-, sondern kann sogar zunehmen, was teilweise auch für schwere chronische Krankheiten gilt. Die asymmetrische Information zugunsten der Leistungsanbieter existiert in teilweise gleicher Intensität auch auf anderen Märkten<sup>15</sup>, ohne dabei Wahlmöglichkeiten auszuschließen. Mit steigender Transparenz im Gesundheitswesen nimmt der behandlungsrelevante Informationsvorsprung der Ärzte ohnehin ab. Die Medien bieten solche Informationen derzeit – wenn auch nicht immer in der gewünschten Qualität – in vielschichtigen Formen an, und bei den Bürgern besteht eine erhebliche und zunehmende Nachfrage nach detaillierten Informationen über gesundheitsbezogene und auch indikationsspezifische Themen. In diesem Kontext fällt der Gesundheitspolitik die Aufgabe zu, über eine gezielte Informationspolitik und damit eine Erhöhung der Transparenz die Konsumentensouveränität und Patientenautonomie der Bürger zu stärken und ihnen nicht mit dem Hinweis auf ihre vermeintliche Unwissenheit in paternalistischer Weise Wahlmöglichkeiten vorzuenthalten.

Die bisherigen Überlegungen legen nahe, dass für eine Flexibilisierung bzw. Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV unter allokativen Aspekten vor allem Gesundheitsgüter in Frage kommen,

- die vom finanziellen Umfang her Bagatelleleistungen darstellen,
- mit hoher Bedarfswahrscheinlichkeit bzw. guter Vorhersehbarkeit und Planbarkeit (z.B. Lesebrille, Zahnersatz) auftreten,

---

<sup>15</sup> Im Zusammenhang mit asymmetrischen Informationsbeziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern wählte Akerlof (1970), der sich auch mit Problemen des Gesundheitswesens beschäftigte, als typisches Beispiel für adverse Selektion den Gebrauchtwagenmarkt.

- mit hoher Preiselastizität der Nachfrage (z.B. Kuren, Massagen, normaler Krankentransport) einhergehen,
- deren Inanspruchnahme eindeutig auf identifizierbare Ursachen und/oder bewusstes risikoreiches Verhalten des Versicherten zurückgeht (Alternative: private Unfallversicherung) sowie
- die im Sinne einer objektiven Bedarfsermittlung eine ungünstige Nutzen-Kosten-Relation aufweisen.

### **2.2.5 Zwischenfazit: Zielorientierte Kriterien als qualitative Orientierungsgrößen für eine Reform des Leistungskataloges**

Das SGB V schränkt den Leistungsanspruch der Versicherten nur mit Hilfe sehr allgemeiner Kriterien, wie z.B. notwendig, bedarfsgerecht, wirtschaftlich, ein. Die gesetzlichen Regelungen sehen keinen eindeutig definierten Leistungskatalog der GKV im Sinne einer umfassenden Positivliste vor. Sofern das Gesetz oder die (Bundes-) Ausschüsse keine gegenteiligen Regelungen enthalten bzw. Feststellungen treffen, bleibt die Entscheidung, ob eine bestimmte Versorgung den gesetzlichen Kriterien genügt, den behandelnden Ärzten vorbehalten. In Deutschland existiert keine auf Makro- oder Mesoebene erstellte gesundheitspolitische Schwerpunkt- und Prioritätenbildung, die sich aus nationalen Gesundheitszielen ableitet. Ein Grund hierfür könnte darin bestehen, dass der hohe Anteil, der in Deutschland vom Sozialprodukt in die Gesundheitsversorgung floss, es lange Zeit erlaubte, die politisch unangenehme Aufgabe einer expliziten Schwerpunkt- und Prioritätenbildung zu umgehen. Das Setzen von gesundheitspolitischen Schwerpunkten und Prioritäten, das auch den Ausweis entsprechender Posterioritäten impliziert, dient dazu, zielorientierte Rationierungsentscheidungen zu treffen und damit willkürliche Ausgrenzungen zu vermeiden.

Da sich die GKV aus solidarisch aufgebrachten Beiträgen finanziert, bildet ein objektiver und nicht ein subjektiver Bedarf die Bezugsgröße für die Flexibilisierung bzw. Abgrenzung ihres Leistungskataloges. Seine Festlegung basiert auf professionellen Urteilen von Experten über einen behandlungsbedürftigen Zustand sowie die hierzu geeigneten und wirtschaftlichen Leistungen bzw. Therapien. Da dieser objektive Bedarf innerhalb gewisser Grenzen auch von den verfügbaren Ressourcen abhängt, nimmt die Notwendigkeit einer Schwerpunkt- und Prioritätenbildung mit einem schwächeren

Wachstum der Einnahmenbasis der GKV und damit einer Verschärfung von Finanzierungsgpässen zu.

Eine Flexibilisierung und/oder Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV wirft insofern medizinisch-ethische und distributive Probleme auf, als die Gesundheitsleistungen der GKV allen Versicherten in gleichem Maße zur Verfügung stehen. Der Erwerb von ausgeschlossenen Leistungen hängt dagegen von der individuellen Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der Bürger ab. Zu den ethischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens gehören als zentrale Ziele eine gute Krankenversorgung und Gesundheitsfürsorge, Versorgungssicherheit, gleicher Zugang, eine solidarische Finanzierung und die Sicherung von Freiheitsspielräumen. Die Forderung nach gesundheitlicher Eigenverantwortung, die in diesem Kontext ebenfalls unter den häufig aufgeführten moralischen Wertbegriffen erscheint, lässt sich auch unter dem Aspekt der Solidarität begründen. Das Postulat der Solidarität gilt zwischen der Versichertengemeinschaft und dem einzelnen Versicherten wechselseitig, so dass eine eigenverantwortliche Lebensweise für den Versicherten eine solidarische Verpflichtung darstellt, denn die Versichertengemeinschaft trägt im Schadensfall den überwiegenden Teil der Krankheitskosten. Die Flexibilisierung und/oder Eingrenzung des Leistungskataloges der GKV beeinflusst auch den RSA und erzeugt auf diese Weise distributive und alloкатive Effekte. Diese gilt es, bei einer Reform des Leistungskataloges zu berücksichtigen, d.h. das jeweilige Konzept RSA-kompatibel zu gestalten.

Unter allokativen Aspekten bildet das Wahlrecht der Versicherten nicht nur eine notwendige Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen, sondern auch einen „Wert an sich“. Zur Erfüllung der Funktionen des Wettbewerbs reichen die (Kassen-) Wahlrechte der Versicherten jedoch nicht aus, die Krankenkassen benötigen als Wettbewerbsparameter neben einem flexiblen Vertragsrecht auch Gestaltungsmöglichkeiten auf der Leistungsseite. Andernfalls besitzen die Versicherten nur formale Wahlrechte mit bescheidenen materiellen Inhalten. Die Wahlmöglichkeiten zwischen konkurrierenden Krankenkassen und verschiedenen Leistungs- bzw. Versorgungsangeboten bieten den Versicherten und Patienten die Chance, ihre Präferenzen im Rahmen der Gesundheitsversorgung besser zu realisieren und damit ihre Wohlfahrt zu erhöhen. Wohlfahrtssteigernde Wahlmöglichkeiten setzen neben der Existenz von alternativen Versorgungs- bzw. Leistungsangeboten allerdings voraus, dass die betreffenden Individuen über eine hinreichende Konsumentensouveränität und Patientenautonomie verfügen. In dieser Hinsicht sprechen mehrere Besonderheiten gesundheitlicher Versorgung dafür, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten hinsichtlich des Leistungskataloges der GKV einzugrenzen und ein bestimmtes Leistungspaket für alle Krankenkassen und Versicherten verbindlich vorzuschreiben. Die Forderung nach einem einheitlichen Grund-, Kern- oder Vertragskatalog von Leistungen bedeutet aber noch nicht, Wahlmöglichkeiten der

Versicherten im Hinblick auf den Leistungskatalog der GKV völlig auszuschließen. Der Leistungskatalog der GKV enthält zum einen auch eine Vielzahl von relativ konsumnahen Gesundheitsgütern und zum anderen verbessert eine ständig steigende Nachfrage nach gesundheitsrelevanten Informationen die Voraussetzungen für präferenzgerechte Wahlentscheidungen. In diesem Kontext sieht sich die Gesundheitspolitik mit der Aufgabe konfrontiert, dieses Informationsbedürfnis zu befriedigen und über eine Erhöhung der Transparenz die Konsumentensouveränität und Patientenautonomie zu stärken.

## **3 Zur konkreten Ausgestaltung des künftigen Leistungskataloges der GKV**

### **3.1 Ausgewählte Vorschläge zur Abgrenzung von Grund- und Wahlleistungen**

#### **3.1.1 Die Optionsmodelle des Sachverständigenrates**

##### **3.1.1.1 Grundüberlegungen sowie Optionsmodell I**

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994, S. 171 ff.) weist zunächst darauf hin, dass der Leistungskatalog der GKV seit Mitte der achtziger Jahre zahlreichen Wandlungen unterlag. Dabei handelte es sich sowohl um Leistungsbegrenzungen, bei denen ausgabendämpfende Motive im Vordergrund standen, als auch um medizinisch als notwendig angesehene Leistungsausweitungen. Angesichts eines expandierenden Gesundheitsmarktes, der auch bei den Versicherten neue Wünsche erzeugt, mahnt der Rat eine stärkere Zielorientierung der Gesundheitsversorgung und mit ihr eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen an. Seine Überlegungen zur Neubestimmung des Leistungskataloges der GKV gehen u.a. davon aus, dass die Bürger auch im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes und der Gesundheitsversorgung unterschiedliche Präferenzen für die gleichen Güter besitzen. Zudem stellt er die Frage, ob der Versicherte für alle Leistungen der GKV des Schutzes der Solidargemeinschaft bedarf, oder einzelne Leistungen selbst tragen und damit die Solidargemeinschaft entlasten kann. Im Rahmen internationaler Sozialsysteme nimmt der Leistungskatalog der GKV im Hinblick auf Spektrum und Niveau eine Spitzenstellung ein. So sind z.B. die Aufwendungen für freiverkäufliche Arzneimittel und Vorsorgekuren in fast keinem Land und die Kosten für Zahnersatz in einigen Ländern nicht und in vielen anderen nur bedingt erstattungsfähig.

Das Optionsmodell I beinhaltet im Wesentlichen die Ausgliederung von krankenversicherungsfremden Leistungen aus dem Katalog der GKV und ihre Verlagerung auf andere Ausgabenträger. Die GKV übernahm im Zeitablauf eine Reihe von Leistungen mit gesellschafts- und familienpolitischem Charakter, die in keiner Beziehung zu einer Morbidität bzw. einem Krankheitsrisiko stehen. Zudem genügen Leistungen mit vorher-

sehbarem Bedarf nicht dem Kriterium der Versicherbarkeit. Die krankenversicherungsfremden bzw. -untypischen Leistungen sollen aus der GKV ausgegliedert und aus den Haushalten der Gebietskörperschaften finanziert werden. Diese können der GKV die Gewährung dieser krankenversicherungsfremden Leistungen auch belassen bzw. übernehmen und ihr die betreffenden Aufwendungen mit einem Aufschlag für die entstandenen Verwaltungskosten erstatten. Insofern handelt es sich bei dieser Leistungsausgliederung lediglich um eine Kostenverlagerung innerhalb des öffentlichen Sektors, die keine ökonomischen Auswirkungen für die Leistungsempfänger intendiert.

Der Rat möchte die GKV ferner von Gesundheitsleistungen entlasten, deren Ursachen sich eindeutig identifizieren lassen. So könnte z.B. die Kfz-Versicherung, die derzeit nur eine Übernahme von Fremdschäden vorsieht, auch für die eigenen Krankheitsfolgen aufkommen, die aus dem Kraftverkehr erwachsen. Um hier eine Unterversicherung der betroffenen Personenkreise zu verhindern, bietet sich eine private Pflichtversicherung an. Schließlich schlägt der Rat in diesem Modell noch die Ausgliederung von preiselastischen Leistungen mit weitgehendem Konsumgutcharakter vor, die er der allgemeinen Lebensführung zurechnet.

### **3.1.1.2 Optionsmodell II: Kern- und Zuwahlleistungen**

Optionsmodell II zielt darauf ab, mit Hilfe von medizinischen und ökonomischen Kriterien einen Kern von Leistungen zu definieren, der für alle Versicherten den Inhalt der solidarischen Absicherung bildet. Über diese Kernleistungen hinaus kann jeder Versicherte seinen Versicherungsschutz eigenverantwortlich durch privat zu finanzierende Zuwahlleistungen erweitern. Der Rat konzidiert vorab, dass dieses Modell damit „steht und fällt“ (S. 183), ob und inwieweit sich die Kernleistungen definieren und operationalisieren lassen. Es liegt nahe, dass eine solche Abgrenzung bei der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie beim Zahnersatz vergleichsweise leichter fällt als bei der ambulanten Behandlung.

Zur Festlegung der Kernleistungen führt der Rat einige der bereits unter 2.2.3 und 2.2.4 aufgelisteten medizinischen und ökonomischen Kriterien an. In medizinischer Hinsicht hält er vor allem die Dringlichkeit der Behandlung, die Lebensbedrohlichkeit des Gesundheitszustandes und die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Erkrankung für zentrale Kriterien von Kernleistungen. Unter medizinischen Aspekten macht die Operationalisierung des Kernbereiches die Entwicklung von Positivlisten erforderlich. Bei den ökonomischen Kriterien treten zu den Elementen des Optionsmodells I – Versi-

cherbarkeit, Ursachenzurechenbarkeit und Preiselastizität der Nachfrage – noch die Merkmale Risikohöhe bzw. Großrisiko und Kosten-Wirksamkeit hinzu.

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
Kostenwirksam- keit	hoch	K		K		K	K
	niedrig		Z	K		K	
Versicherbarkeit	gegeben	K	Z	K	Z	K	Z
	nicht gegeben						
Ursachen- zurechenbarkeit	hoch	Z	Z	Z	Z	Z	Z
	niedrig						
Preiselastizität	hoch		Z(Überf./Soz.)		Z(Überf./Soz.)	K	
	niedrig	K	K			K	

**Tabelle 4: Kern- und Zuwahlleistungen nach dem Modell des Sachverständigenrates**

Quelle: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1994, S. 184.

Tabelle 4 zeigt den Versuch, Kern- und Zuwahlleistungen mit Hilfe einer Kombination aus medizinischen und ökonomischen Merkmalen zu bestimmen.

Eine weitere Interpretation dieses Modells eröffnet über eine Sozial- bzw. Überforderungsklausel einkommensschwächeren Versicherten den Zugang zu Wahlleistungen, die dann noch als ein Teil der Kernversorgung zählen. Diese Variante würde unter sozialpolitischen Aspekten eine Ausdehnung des Umfangs von Wahlleistungen erlauben. Sofern es gelingt, Behandlungsprozesse indikationspezifisch zu definieren, bietet es sich an, Leistungen im Rahmen indikationsbezogener Behandlungsleitlinien dem Kernbereich zuzuordnen. Wünscht ein Patient weitergehende Leistungen, als die Behandlungsleitlinien vorsehen, so fallen diese unter die Zusatzleistungen.

### 3.1.1.3 Optionsmodell III: Freiwillige Abwahl von Leistungen

Dieses Modell eröffnet den Versicherten die Möglichkeit, aus dem solidarisch finanzierten Leistungskatalog der GKV bestimmte Leistungen abzuwählen und auf diese Weise ihre Beiträge abzusenken. Zur Begrenzung der Abwahlmöglichkeiten kann auch dieses Modell nicht auf die Definition bzw. Festlegung von Kernleistungen verzichten, die Pflichtleistungen darstellen und bei der Abwahl nicht zur Disposition stehen. Diese Untergrenze dient auch dazu, die Versicherten vor einer Unterschätzung des eigenen Krankheitsrisikos zu schützen. In dieser Hinsicht treten hier die gleichen Abgrenzungsprobleme wie beim Optionsmodell II auf, und der Rat verweist in diesem Kontext auch auf dieselben medizinischen Kriterien. Im Unterschied zum Zuwahlmodell der Option II versucht dieser Ansatz, der als „Zwiebelmodell“ im gesundheitspolitischen Umfeld überwiegend auf sozialpolitisch motivierte Kritik stieß, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten mit dem Solidarprinzip zu verknüpfen<sup>16</sup>.

Die Beiträge zur GKV lassen sich in einem Risikoanteil, wie ihn z.B. die PKV kalkuliert, und einen Solidaranteil aufteilen. Junge und gut verdienende Mitglieder weisen einen niedrigen Risiko- und einen hohen Solidaranteil auf und bei älteren Versicherten verhält es sich umgekehrt. Ab einem bestimmten Alter übersteigt der „Risikoanteil“ den gesamten Beitrag, so dass der „Solidaranteil“ einen negativen Wert annimmt. Der Versicherte kann im Rahmen dieses Modells über eine Abwahl von Leistungen seinen Beitrag nur um jenen Anteil absenken, der dem spezifischen Risiko seiner Inanspruchnahme dieser Leistungen entspricht. Der Solidaranteil, der auf diese Leistungen entfällt, verbleibt bei seiner Krankenkasse. Selbst bei Abwahl aller disponiblen Leistungen führt der Versicherte weiterhin den gesamten Solidaranteil seines Beitrages für diese Leistungen an die Krankenkasse ab. Der Solidaranteil begründet auch den Anspruch bzw. die Anwartschaft, einen erweiterten Leistungsanspruch später wieder aufleben zu lassen.

Dieses Abwahlmodell besitzt gegenüber der Option einer Zuwahl in distributiver Hinsicht den Vorzug, dass kein Versicherter auf die bisherigen solidarisch finanzierten Leistungen verzichten muss, denn die Abwahl bestimmter Leistungen stellt lediglich eine freiwillige Option dar. Insofern kann der Kern von Leistungen, die keiner Abwahl unterliegen, hier kleiner ausfallen als der entsprechende Kern beim Zuwahlmodell. Den Versicherten steht im Rahmen dieses Modells auch die Möglichkeit offen, abgewählte Leistungen wieder über eine private Zusatzversicherung abzusichern. Bei dem dann im Hinblick auf dieses Leistungssegment zu erwartenden Wettbewerb zwischen GKV und

---

<sup>16</sup> Diesen Aspekt übersieht auch die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1994, S. 41 f.) bei ihrer Interpretation dieses Modells.

PKV bestünde allerdings die Gefahr, dass die Krankenkassen einer solchen Abwahl von Leistungen mit einer Quersubventionierung begegnen. Der Rat deutet im Hinblick auf den Umfang der abwählbaren Leistungen auch in allokativer Hinsicht insofern eine Grenze an, als die Zunahme von Wahlmöglichkeiten die Markttransparenz der Versicherten senkt.

#### **3.1.1.4 Optionsmodell IV: Ab- und Zuwahl von Leistungen**

Der Rat stellt bei seinen Ausführungen zu diesem Modell zunächst die Aufgaben, die der Staat, die GKV und die PKV im Rahmen der Gesundheitsversorgung jeweils erfüllen sollen, unter dem Aspekt nationaler Gesundheitsziele noch einmal grundlegend zur Diskussion. Er verweist dabei auf das breite Aufgabenspektrum des Staates im Hinblick auf eine gesundheitsgerechte Gestaltung der allgemeinen Lebensbedingungen und fragt in diesem Kontext auch danach, ob die Gebietskörperschaften nicht an Stelle der GKV die Gesundheitsförderung und Prävention übernehmen könnten. Um eine bessere Abstimmung der Aktivitäten zwischen GKV, PKV und anderen Partnern im Gesundheitswesen zu erreichen, fordert er übergreifende Kooperationsformen. Die zielorientierte Definition der Leistungen sollte auch über Konsensmechanismen und die Partizipation der Versicherten erfolgen. Der Ansatz enthält als „Schichtenmodell“ zwei Pflichtleistungs-, zwei Wahlleistungsbereiche und einen Erprobungsbereich.

Der Pflichtleistungsbereich umfasst neben den Aufgaben, die alle Ausgabenträger bzw. gesundheitspolitisch verantwortlichen Instanzen betreffen, den solidarisch finanzierten Katalog der Grundleistungen. Die Definition dieses GKV-finanzierten Leistungskerns orientiert sich an professionell ermittelten realistischen Zielvorgaben und Standards, wobei Richtgrößen und Positivlisten ersatzweise zur Anwendung kommen. Der Wahlleistungsbereich besteht aus GKV-einheitlichen Abwahlmöglichkeiten, die dem Optionsmodell III entsprechen, und einem kassenspezifischen Zuwahlbereich von GKV-Leistungen. Die Zuwahlmöglichkeit erstreckt sich vor allem auf Leistungen, über deren medizinische Wirksamkeit die zuständigen Ausschüsse kein wissenschaftliches Einvernehmen herstellen konnten. Diese Zulassung von Wahlleistungen mit potenzieller Bedeutung in einem „Dissensbereich“ erleichtert die Anwendung härterer Kriterien für die Abgrenzung des Pflicht- bzw. Grundleistungskataloges. Die Erprobungsleistungen könnten die Krankenkassen – nach hier nicht näher spezifizierten Kriterien – sowohl gemeinsam als auch kassenspezifisch anbieten.

## 3.1.2 Das Kieler Konzept

### 3.1.2.1 Fiskalische Ziele und Prämissen

Das Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF) unter Leitung von Prof. Dr. Beske schlägt eine Einschränkung des Katalogs der GKV vor, um das Ziel der Beitragssatzstabilität zu erreichen bzw. zu sichern. Das Konzept zielt darauf ab, den Beitragssatz von 13,6 % auf 11,6 % im Bundesdurchschnitt abzusenken. Bei einer Ausgabenhöhe von 256 Mrd. DM und einem durchschnittlichen Beitragssatz von 13,6 % entspricht ein Beitragssatzpunkt etwa 18,7 Mrd. DM. Ein Beitragssatzpunkt könnte durch Ausgaben-senkungen von 18,7 Mrd. DM gewonnen werden, während der andere Beitragssatzpunkt aus zusätzlichen Einnahmen in etwa gleicher Höhe resultiert. Die GKV-Ausgaben würden sich für das Bezugsjahr 1999 von 256,3 Mrd. DM durch die Entlastung und Erschließung zusätzlicher Einnahmen auf 218,3 Mrd. DM. verringern. Falls keine Erhöhung der Einnahmenseite stattfindet, senkt sich der durchschnittliche Beitragssatz nur auf 12,6 Prozent ab. Die Einsparungen auf der Ausgabenseite enthalten nicht die vorgeschlagene Absenkung der Mehrwertsteuer bei den Arzneimitteln sowie die Einsparungen bei einigen Leistungsbereichen, da für diese Bereiche keine entsprechenden Daten vorliegen. Unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Einsparungen übersteigt die eingesparte Summe der Ausgaben den angegebenen Betrag von 18,7 Mrd. DM.

Die Einsparungen in Höhe von 18,7 Mrd. DM setzen sich wie folgt zusammen:

- 9,9 Mrd. DM durch Herausnahme oder Kürzung von Leistungen,
- 6,7 Mrd. DM durch feste Zuzahlungen und prozentuale Selbstbeteiligung,
- 1,9 Mrd. DM durch Selbstbeteiligung in ausgewählten Bereichen sowie
- 0,2 Mrd. DM durch neue Selbstbeteiligungsregelungen.

Langfristig sollen Strukturveränderungen durch die Einführung von Regel-, Satzungs- und Wahlleistungen und eine teilweise Umstellung vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip stattfinden. Beske betont als Vorteil des Kostenerstattungsprinzips die verbesserten Möglichkeiten des europaweiten Einkaufs von Gesundheitsleistungen. Das Kostenerstattungsprinzip fördert die Freizügigkeit des Waren- und Dienstleistungsverkehrs in der EU, während das Sachleistungsprinzip wegen der aufwendigen Erstattung im Einzelfall bzw. wegen der notwendigen länderübergreifenden Regelungen dies nur mit Einschränkungen zulässt (siehe auch 3.2.1.2). In der gesetzlichen Krankenversi-

cherung gilt zwar in der Regel das Sachleistungsprinzip, allerdings können freiwillig Versicherte auch die Kostenerstattung wählen.

Weiterhin sollen zusätzliche Einnahmen von 21 Mrd. DM für die GKV durch Erhöhung der Tabak-, Branntwein-, Schaumwein- und Biersteuer um 70 % geschaffen und zweckgebunden verwendet werden. Zusätzlich soll in Deutschland eine Weinsteuern in Höhe von 1 DM je Liter eingeführt werden, da es bislang noch keine Verbrauchssteuer auf Wein gibt. Durch die Einführung einer speziellen Weinsteuern wäre ein Steueraufkommen von 1,5 Mrd. DM erzielbar und diesen Betrag erhält in voller Höhe die Deutsche Hauptstelle zur Bekämpfung von Suchtgefahren. Von den 21 Mrd. DM sollen 2 Mrd. DM in ein Gesundheitsförderungsprogramm und Leistungen der Prävention fließen, und die restlichen 19 Mrd. DM der Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen und der Krankenversicherung von Rentnern dienen. Dies erlaubt eine Entlastung des Risikostrukturausgleichs bei diesen beiden wesentlichen Komponenten.

Für die Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV und damit für die Verteilung von Gesundheitsgütern gibt es drei Verantwortungsebenen:

- **Makro-Ebene**

Dies stellt die Ebene der Politik und der Gesetzgebung dar. Die Bestimmung des Leistungsumfangs der GKV, wie er im dritten Kapitel SGB V unter der Überschrift »Leistungen der Krankenversicherung« erfolgt, findet auf dieser Ebene statt.

- **Meso-Ebene**

Dieser Begriff kennzeichnet die Ebene der Selbstverwaltung und der Verbände, die sogenannte korporative Ebene. Als wichtigstes Gremium dient der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV (mit-)verantwortlich zeichnet.

- **Mikro-Ebene**

Auf dieser Ebene treffen die Leistungserbringer und die Versicherten bzw. Patienten die Einzelentscheidungen.

Die Neubestimmung des Leistungskatalogs baut auf folgenden Prämissen auf:

1. *Berücksichtigung medizinischer, ökonomischer und sozialpolitischer Kriterien* (Kern et al. 1997)

2. *Ausarbeitung von Diagnose- und Therapieleitlinien nach dem Stand der Wissenschaft*

Um in der GKV eine Rationierung von lebenswichtigen medizinischen Gütern und Dienstleistungen zu vermeiden, muß bei der Ableitung der Versorgungsleitlinien eine Konsensbildung stattfinden.

3. *Teilhabe aller Versicherten an medizinischen Leistungen nach dem letzten Stand des medizinischen Wissens*

Die medizinischen Fachgesellschaften bestimmen, welche Behandlungsmethoden allgemein anerkannt sind, und der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bzw. der Zahnärzte und Krankenkassen kann Empfehlungen aussprechen, welche Leistungen in den Leistungskatalog eingehen. Allerdings bestehen rechtliche Zweifel über die Regelungskompetenz der Bundesausschüsse. Ein Problem stellt sich hier insofern, als es keine geeignete Definition für den medizinischen Fortschritt gibt.

4. *Keine Störung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient*

Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung stehen weiterhin die freie Arztwahl, weitgehende Therapiefreiheit und die individuellen Patientenbedürfnisse.

5. *Ausschluss bzw. Absicherung existenzbedrohender Risiken durch die GKV*

Hierbei zählen vor allem akut auftretende, schwere und lang dauernde Erkrankungen mit einem hohen Kostenaufwand.

6. *Adäquate Versorgung älterer Menschen*

Alter darf nicht zum Leistungsausschluss führen.

### **3.1.2.2 Die Leistungskategorien**

Die GKV besitzt in erster Linie die Aufgabe, mit ihren Regelleistungen im Erkrankungsfall sicherzustellen, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden können. Die Aufspaltung in die nachfolgenden 3 Kategorien bezweckt u.a., dass die Krankenkassen untereinander in einen stärkeren Wettbewerb treten können. Die bisherigen gesetzlichen Grundlagen sehen einen weitgehend identischen Leis-

tungsumfang der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen vor. Als einziges Unterscheidungskriterium zwischen den Krankenkassen dient dabei der unterschiedliche Beitragssatz. In Zukunft sollen sie sich auch durch die Satzungsleistungen, die jede Krankenkasse verschieden gestalten kann, unterscheiden können. Um dieses Wettbewerbs-element der Satzungsleistungen noch zu verstärken, können innerhalb einer Krankenkasse mehrere Pakete von unterschiedlichen Satzungsleistungen hinzutreten.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt die Regelleistungen für alle Krankenkassen einheitlich gesetzlich fest. Diese Leistungen finanzieren wie bisher Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte. Die Satzungsleistungen kann jede Krankenkasse für alle Mitglieder als Pakete anbieten, wobei mehrere unterschiedliche Leistungspakete möglich sind, diese aber ausschließlich von der Versichertengemeinschaft zu finanzieren sind. Von Krankenkasse zu Krankenkasse stellen unterschiedliche Satzungsleistungen ein Mittel der Wettbewerbsdifferenzierung dar. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch Vertragsabschluß bei den privaten Krankenversicherungen bleibt Entscheidung jedes einzelnen Versicherten. Wahlleistungen können nur die privaten Krankenkassen anbieten. Für Beske bleibt es fraglich, ob individuelle Wahlleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wettbewerbsrecht der Europäischen Union in Einklang stehen.

Beske läßt allerdings offen, welche der aus dem Leistungskatalog ausgeschlossenen Leistungen zu Satzungs- oder Wahlleistungen werden sollen, und es fehlt auch eine positive Definition der Regelleistungen. Die Lösung des Problems besteht in einer allgemeinen, abstrakten Norm, die dann die Rechtsprechung der Sozialgerichte ausfüllt. Auf jeden Fall sollte die Schnittstelle zwischen GKV und PKV bei den Satzungsleistungen genau geklärt sein, da die gesetzlichen Krankenkassen versuchen könnten, eine große Zahl von Satzungsleistungen anzubieten und sich damit den privaten Krankenkassen im Leistungsangebot zu nähern. Zugleich besteht bei den gesetzlich Versicherten die Gefahr, dass diese die Krankenkasse mit dem günstigsten Angebot an Satzungsleistungen auswählen und es daher zu großen und abrupten Wechselbewegungen innerhalb der GKV kommt.

*Krankenversicherungsfremde Leistungen* kennzeichnet, dass sie keinen engen ursächlichen Bezug zu einer Krankheit aufweisen. Die Aufnahme von Fremdleistungen in den Leistungskatalog steht in Zusammenhang mit der Ausweitung des Krankheitsbegriffes, und daher bietet die GKV auch Leistungen an, die nur sehr lose mit einer Krankheit zusammenhängen.

*Fremdleistungen im engeren Sinne* legte der Gesetzgeber der GKV aus gesellschafts-, sozial- und/oder familienpolitischen Gründen der GKV auf, ohne dass die entstehenden Kosten von anderen öffentlichen Ausgabeträgern übernommen wurden. Die Höhe dieser

Fremdleistungen in der GKV betrug für das Jahr 1997 ca. 4,6 Milliarden DM. Dazu gehören:

1. Sterbegeld
2. Mutterschaftsgeld
3. Mütterkuren
4. Künstliche Befruchtung
5. Hauswirtschaftliche Versorgung
6. Entbindungsgeld
7. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
8. Betriebs- und Haushaltshilfe
9. Sonstige Hilfen

Beske präsentiert für die Fremdleistungen im engeren Sinne folgende Lösungsmöglichkeiten:

- Ersatzlose Herausnahme der Fremdleistungen,
- Leistung und Finanzierung als staatliche Aufgabe durch die öffentliche Hand (steuerfinanzierte Leistung) oder
- Beibehaltung im Leistungskatalog der GKV mit voller Erstattung durch die öffentliche Hand (Auftragsverwaltung).

*Fremdleistungen im weiteren Sinne* liegen vor, wenn z.B. bestimmte Personengruppen unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen keine oder nur ermäßigte Beiträge zahlen. Diese Fremdleistungen, die dem Versicherungsprinzip widersprechen, dienen verteilungspolitischen Zielen und sind nicht versicherungsadäquat finanziert. Dazu gehören die folgenden Personengruppen:

- Studierende und Praktikanten,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und

- Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen.

So beträgt z.B. der Beitragssatz für Studierende und Praktikanten sieben Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes. Das IGSF schlägt in seinem Kieler Konzept vor, diese Personengruppen jeweils versicherungsgerechte Beiträge zahlen zu lassen, wobei dies auch mit Hilfe von Zuschüssen des Staates geschehen kann. Dieser Vorschlag zielt darauf ab, die Bemessungsgrundlage für die krankenversicherungspflichtigen Personengruppen so zu gestalten, dass es eine Mindestgröße gibt, die einem Arbeitnehmer mit durchschnittlicher Arbeitszeit und niedrigstem Arbeitsentgelt entspricht. Zu den Fremdleistungen im weiteren Sinne zählt auch die Beitragsfreiheit im Erziehungsurlaub, wobei sich die Schätzungen für die Beitragsmindereinnahmen auf ca. 3,2 Milliarden DM für das Jahr 1997 belaufen.

Beske rechnet auch die Einbeziehung der beitragsfreien Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienmitglieder zu den Fremdleistungen im weiteren Sinne. Diese Leistung stellt eine der quantitativ umfassendsten Maßnahmen des Familienlastenausgleichs dar. Die Größenordnung dieser Fremdleistung beträgt ca. 60 Mrd. DM und zeigt sich darin, dass 28,6 % der Versicherten im Jahre 2000 kassenübergreifend als Familienangehörige mitversichert waren. Die Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienmitglieder durch die GKV sollte zur Diskussion stehen.

Der Krankenversicherungsschutz von Rentnern stellt zwar keine Fremdleistung im eigentlichen Sinne dar, wirkt aber wie eine solche. Der Umfang dieser Leistung beträgt auch ca. 60 Mrd. DM. In diesem Kontext taucht ebenfalls die Frage auf, wie in Zukunft die Regelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner geregelt werden soll.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind Leistungsempfänger des Arbeitslosengeldes versicherungspflichtig. Ab 01.01.1995 gilt eine Absenkung der Bemessungsgrundlage auf 80 % des alten Niveaus, was fiskalisch wie eine krankenversicherungsfremde Leistung wirkt. Die Beitragseinnahmen dürften dadurch in einer Größenordnung von ca. 4,5 Mrd. DM abgenommen haben.

### 3.1.2.3 Einschränkungen des Leistungskataloges

Das Konzept umfasst:

- Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen:

Erhöhung des absoluten Betrages von 17 DM (West) bzw. 14 DM (Ost) auf 25 DM je Tag und der Neueinführung von Selbstbeteiligungen bei der psychotherapeutischen Behandlung.

- Zahnmedizinische Versorgung:

Die Einführung eines Kostenerstattungssystems mit Festzuschüssen bzw. Selbstbeteiligungsregelungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zielt darauf ab, die Kostentransparenz für den einzelnen zu erhöhen und die Grundlage für eine sparsamere Inanspruchnahme dieser Leistungen zu schaffen. Die zahnmedizinische Versorgung kann als Untersuchungsobjekt für die Umstellung vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip dienen, wobei dies für die Individualprophylaxe, zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung gilt. Es soll ein Anreiz geschaffen werden, spätere Zahnerkrankungen durch eigenes Handeln zu vermindern. Dagegen soll der Zahnersatz ersatzlos aus dem Leistungskatalog gestrichen und die Gruppenprophylaxe von der Gesundheitsförderung übernommen werden.

Der zahnmedizinische Bereich bietet sich bei der angestrebten Umstellung vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip für einen Modellversuch an, weil es sich um einen eng definierten Leistungsbereich handelt, der keine lebensbedrohenden Krankheiten beinhaltet. Die Transparenz der Kosten steuert das Nachfrageverhalten der Patienten erst dann, wenn dies mit einer spürbaren Selbstbeteiligung einhergeht. Die Kostenerstattung erfolgt grundsätzlich als Festzuschuss, weil dieser eine hohe Transparenz und ein einfaches Abrechnungsverfahren gewährleistet und zudem eine individuelle Vereinbarung des Leistungsumfanges zwischen Zahnarzt und Patient stattfinden kann. Als vertragliche Grundlage in einem Kostenerstattungssystem dient die Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ). Den Entwurf einer neuen GOZ auszuarbeiten, obliegt den folgenden 3 zahnärztlichen Verbänden: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer und Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. Die GOZ würde die BE-MA ersetzen, die einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen darstellt und dem Sachleistungsprinzip zugrunde liegt.

- Arzneimittelversorgung:

Beske schlägt die Einführung einer Kombination von fester Zuzahlung und prozentualer Selbstbeteiligung in der Arzneimittelversorgung vor. Bis zu einem Betrag von 10 DM trägt der Versicherte die gesamten Kosten selbst. Wenn die Kos-

ten des Arzneimittels 10 DM übersteigen, muss er 10 DM und 10 Prozent der Differenz zum Gesamtbetrag des Arzneimittels bezahlen. Die Obergrenze für die Zuzahlung beträgt 39 DM. Um soziale Härten zu vermeiden, können Ausnahmeregelungen für chronisch Kranke und Härtefallregelungen getroffen werden. Anwendung findet die prozentuale Selbstbeteiligungsregelung auf alle Arzneimittel, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen sind. Gleichzeitig werden Negativlisten und Arzneimittelfestbeträge aufgehoben und die Einführung einer Positivliste entfällt. Der Vorteil von Selbstbeteiligungsregelungen bei Arzneimitteln liegt in einer erhöhten Kostentransparenz, sparsameren Umgang und Erhöhung der Compliance der Patienten. Beske erwartet durch die Kombination von fester Zuzahlung und prozentualer Selbstbeteiligung einen Einspareffekt in Höhe von 6,2 Mrd. DM, wobei diese Schätzung aber optimistisch erscheint. Weiterhin soll der Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel auf den ermäßigten Satz von 7 % herabgesetzt werden, da viele Gebrauchsgüter nur dem ermäßigten Mehrwertsteuersatz unterliegen. Im Jahre 1998 wandte die GKV für die Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln 4,8 Mrd. DM auf.

- Heil- und Hilfsmittel:

Die Selbstbeteiligung bei den Heilmitteln soll von 15 % auf 20 % steigen und zudem eine Neubestimmung des ausgefertigten Hilfsmittelkatalogs mit Leistungsausschlüssen und einer Zuzahlungsregelung in Form von Festzuschüssen und prozentualer Selbstbeteiligung stattfinden. Ferner erfolgt bei den Hilfsmitteln eine prozentuale Erhöhung der Selbstbeteiligung von 20 % auf 50 %, wobei unter die selbstbeteiligungspflichtigen Artikel Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie fallen. Da der Hilfsmittelmarkt ungefähr 100.000 verschiedene Artikel umfasst, fällt den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Aufgabe zu, innerhalb von 2 Jahren ein reduziertes Hilfs- und Pflegemittelverzeichnis zu erstellen.

- Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen:

Herausnahme von Leistungen und Überführung in die Steuerfinanzierung.

- Krankengeld:

Reduzierung des Krankengeldes von 70 % auf 60 % des Arbeitseinkommens.

## Ausschluss aus dem Leistungskatalog oder Kürzung von Leistungen

Paragrah SGB V	Leistung	Einsparung	Vorschlag	Begründung
§20 Abs.1 +3	Primäre Prävention	356 Mio.	Streichung	Aufgehen im Konzept „Gesundheitsförderung“
§20 Abs.4	Selbsthilfegruppen	71,2 Mio.	Streichung	Aufgehen im Konzept „Gesundheitsförderung“
§ 21	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	61,5 Mio.	Streichung	Aufgehen im Konzept „Gesundheitsförderung“
§ 23	Medizinische Vorsorgeleistungen (ambulante u. stationäre Vorsorgekuren)	1,8 Mrd.	Streichung	Keine Regelleistung, sondern Aufgabe jedes Einzelnen
§ 24 und § 41	Medizinische Vorsorge für Mütter Medizinische Rehabilitation für Mütter	827 Mio.	Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne
§ 24 a und b	Empfängnisverhütung, Schwangerschafts- abbruch und Sterilisation	290 Mio.	Streichung mit Ausnahme bei medizinischer Indika- tion	Keine Regelleistung, sondern Aufgabe jedes Einzelnen
§ 25	Gesundheitsuntersuchungen	783 Mio.	Streichung	Keine Regelleistung, sondern Aufgabe jedes Einzelnen
§ 27a	Künstliche Befruchtungen	Keine Angaben	Streichung	Keine Regelleistung, sondern Aufgabe jedes Einzelnen
§ 30	Zahnersatz	Keine Angaben	Streichung	keine Begründung
§ 33a	Verordnungsfähige Arzneimittel	Keine Angaben	Verzicht auf eine Positiv- liste	Nichtbenötigung einer Positivliste wegen prozentualer Selbstbeteiligung, Nichtbenötigung eines Instituts für die Arzneimittelversorgung
§ 37	Hauswirtschaftliche Versorgung im Rah- men der häuslichen Krankenpflege	14,3 Mio.	Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne
§ 37a	Soziotherapie	125 Mio.	Streichung	Keine Regelleistung
§ 38	Haushaltshilfe	535 Mio.	Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne
§ 44	Krankengeld	1,9 Mrd.	Kürzung des Krankengeldes von 70 % auf 60 % des Ar- beitseinkommens	Finanzielle Entlastung der GKV
§ 45	Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	183,3 Mio.	Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne
§ 58	Sterbegeld	1,6 Mrd.	Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne
§ 65b	Förderung von Einrichtungen zur Verbrau- cher- und Patientenberatung	10 Mio.	Streichung	Keine Regelleistung
§ 66	Unterstützung der Versicherten bei Be- handlungsfehlern	<0,2 Mio.	Streichung	Keine Regelleistung

### Einführung einer Selbstbeteiligung

Paragraph SGB V	Leistung	Einsparung	Vorschlag	Begründung
§ 28 Abs. 3	Psychotherapeutische Behandlung	240 Mio.	Einführung einer Selbstbeteiligung von 20 DM je Therapiestunde	Förderung der aktiven Mitwirkung durch Einführung der Selbstbeteiligung

### Erhöhung einer Selbstbeteiligung

Paragraph SGB V	Leistung	Einsparung	Vorschlag	Begründung
§ 32	Heilmittel	350 Mio.	Erhöhung der Selbstbeteiligung von 15 auf 20 Prozent	Ausschluss von bewusster Inanspruchnahme der Leistungen
§ 39	Krankenhausbehandlung	1,5 Mrd.	Erhöhung der Selbstbeteiligung auf 25 DM pro Tag	Reduktion der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen
§ 40	Medizinische RehaMaßnahmen	127,5 Mio.	Erhöhung der Selbstbeteiligung auf 25 DM pro Tag	Finanzielle Entlastung

### Überführung in die Kostenerstattung mit Anhebung der Selbstbeteiligung

Paragraph SGB V	Leistung	Vorschlag	Begründung	Einsparung
§ 22	Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	Überführung vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip	Keine	Nicht kalkulierbar
§ 28 Abs.2	Zahnärztliche Behandlung	Überführung vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip	Statistische Kalkulierbarkeit für den Einzelnen und Möglichkeit der privaten Risikoabdeckung	Keine Angabe
§ 29	Kieferorthopädische Behandlung	Überführung vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip		Keine Angabe
§ 33	Hilfsmittel	Überführung vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip und Anhebung der prozentualen Selbstbeteiligung von 20 auf 50 Prozent bei den dafür vorgesehenen Hilfsmittel	Ausschluss von bewusster Inanspruchnahme der Leistungen	Keine Angabe

### Kombination von fester Zuzahlung und prozentualer Selbstbeteiligung

Paragraph SGB V	Leistung	Einsparung	Vorschlag	Begründung
§ 31	Arznei- und Verbandmittel	6,2 Mrd.	Kombination von fester Zuzahlung und prozentualer Selbstbeteiligung	Transparente Lösung durch Aufgabe von Negativliste, Festbetragsregelung und Positivliste Verwaltungsvereinfachung
§ 60	Fahrkosten	463 Mio.	Eigenanteil von 10 % bei Übersteigen eines Betrages von 25 DM	Finanzielle Entlastung der GKV

### Ausschluss von Fremdleistungen, die oben noch nicht erfasst sind

Paragraph SGB V	Leistung	Einsparung	Vorschlag	Begründung
§ 200	Mutterschaftsgeld	1,3 Mrd.	Ersatzlose Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne
§ 200	Entbindungsgeld	34,7 Mio.	Ersatzlose Streichung	Fremdleistung im engeren Sinne

**Tabelle 5: Zusammenstellung der Kieler Vorschläge**

### 3.1.3 Der Ansatz von Schwartz und Jung

Die Autoren unterbreiten ihren Vorschlag zu einer Neufassung des Leistungskatalogs entsprechend dem Titel ihres Beitrages als „Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte“ in der GKV. Sie sehen die GKV im Spannungsverhältnis zwischen der Wachstumsbranche Gesundheitswesen und dem Postulat der Beitragssatzstabilität. Die mehrjährigen Budgetierungen, die dem fiskalischen Ziel stabiler Beitragssätze dienen, induzierten zwar in einigen Bereichen Produktivitätssteigerungen, führen aber inzwischen zunehmend zu Leistungsverweigerungen und -verzögerungen sowie einem „Weiterreichen von Patienten“ (ebd., S. 71). Die bisherigen politischen Maßnahmen zur Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeits- bzw. inneren Budgetreserven, die u.a. eine Stärkung der Befugnisse der (Bundes-)Ausschüsse, die Schaffung eines Koordinierungsausschusses und einen entsprechenden Auftrag an den Sachverständigenrat für die konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen umfassen, reichen nach Ansicht der Autoren nicht aus, um die Kluft zwischen der hohen Eigendynamik des Gesundheitsmarktes und den Finanzierungsrisiken der GKV zu schließen. In dieser Hinsicht stimmt die Einschätzung der Autoren mit unserer Analyse (siehe hier insbesondere 1.3.3 und 2.1.1) überein. Die Autoren fordern daher eine „Neubestimmung der Solidarität, die den Leistungskatalog an der Stärkung der Selbstverantwortung, der wachsenden Selbstkompetenz und der Selbstentscheidung der Versicherten und Patienten ausrichtet“ (S. 71).

Im Sinne ihrer Zielsetzung schlagen Schwartz und Jung folgende fünf Maßnahmenbündel vor:

- erschwerte Nutzung des GKV-Systems für Trivialfälle,
- Stärkung der Prävention,
- Neufassung des Leistungskataloges der GKV in Kern- und Ergänzungsleistungen,
- Dämpfung der Arbeitskostenentwicklung sowie
- Neuordnung des RSA zur Dämpfung von Beitragssatzdifferenzen und Risikoselektion.

Die erschwerte Nutzung von Leistungen der GKV für Trivialfälle umfasst zum einen die Stärkung von Selbstbehandlung sowie Selbstdispens und zum anderen eine maßvolle Zuzahlung bzw. Selbstbeteiligung der Patienten bei der Nutzung von ambulanten

ärztlichen Praxen oder Krankenhausambulanzen. Um die Selbstbehandlung von Trivialerkrankungen, d.h. von Erkrankungen mit regelhafter vollständiger Tendenz zu einer Spontanheilung, zu fördern, regen die Autoren die Möglichkeit einer eigenständigen Krankmeldung bzw. Selbstdispens für alle Versicherten für die ersten drei Krankheitstage an. Die Arbeitsmarktsituation spricht ihrer Ansicht nach gegen einen relevanten Missbrauch einer solchen Regelung. Diese Selbstbehandlung von Trivialerkrankungen können die Krankenkassen und andere öffentliche Institutionen durch kompetente Aufklärungs- und Beratungsdienste unterstützen. Auf dem Gebiet gesundheitsbezogener Informationsdienste durch sog. Call-Center steht ohnehin ein intensiver Wettbewerb der Krankenkassen zu erwarten. Im Rahmen ambulanter Behandlungen sollen die Inanspruchnahme von Kindern und die Inanspruchnahme präventiver Angebote von der Selbstbeteiligung ausgeschlossen bzw. kostenfrei bleiben. In diesem Kontext geben die Autoren noch zu erwägen, ob die Höhe der Selbstbeteiligung nach skandinavischem Vorbild im Sinne erwünschter Steuerungswirkungen zwischen der Erstinanspruchnahme von Primär- und Fachärzten divergieren sollte.

Die Autoren plädieren auf allen gesundheitlich relevanten Ebenen für eine kompetente und evidenzbasierte Prävention. Sie fordern dabei vor allem verhältnis- und settingorientierte Präventionsmaßnahmen, insbesondere in Schulen, am Arbeitsplatz und im Verkehrsbereich. Angesichts des weiten und nur mit Hilfe abstrakter Kriterien abgegrenzten Leistungskataloges der GKV liegt nach Ansicht der Autoren die Überlegung nahe, die Ansprüche der Versicherten von vornherein als beschränkte Leistungszusagen zu definieren. Um aber den Gesetzgeber und die von ihm beauftragten Gremien nicht mit einer detaillierten und ständig fortzuschreibenden Auflistung zu überfordern, sprechen sie sich im Sinne eines pragmatischen Ansatzes für indikationsbezogene und enumerative Ausschlüsse aus. Neben den bereits erwähnten Trivialerkrankungen bietet sich für enumerative Leistungsausschlüsse zunächst eine Weiterentwicklung der schon in den §§ 27a, 28 Abs. 2, 29 und 30 SGB V enthaltenen Regelungen zur künstlichen Befruchtung, zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlung sowie zum Zahnersatz an.

Die Kernleistungen der GKV bestehen somit aus ambulanter und stationärer Behandlung und Rehabilitation, soweit zu den einzelnen Indikationen und Maßnahmen keine expliziten Ausschlüsse erfolgen. Die Ergänzungsleistungen beziehen sich dann auf Indikationen und Verfahren, die nicht zu den Kernleistungen gehören, aber auch nicht von den (Bundes-)Ausschüssen abgelehnt wurden. Die Ergänzungsleistungen schließen nach Schwartz und Jung (siehe S. 73) insbesondere ein:

- die Behandlung von Trivialerkrankungen,

- nicht-fremdverschuldete Unfallfolgen bei privaten gefahrgeneigten Tätigkeiten (in eine eigenständige risikoorientierte Versicherung zu überführen),
- kosmetischer Zahnersatz,
- zahnärztliche und reproduktionsmedizinische Behandlungsformen,
- gestaltungsverändernde und alterungsbeeinflussende Eingriffe,
- bestimmte Formen und Indikationen der Psychotherapie bei Erwachsenen,
- viele Formen der Physiotherapie und weitere Heilmittel, soweit nicht Bestandteil vertraglicher Rehabilitationsverfahren oder von den (Bundes-)Ausschüssen indikations- und verfahrensbezogen vorgesehen, sowie
- die Versorgung mit Prothesen, Rollstühlen und anderen Hilfsmitteln, sofern nicht in expliziten Fällen durch die (Bundes-)Ausschüsse geregelt.

Alle Ergänzungsleistungen bilden den gesonderten Gegenstand einer wettbewerblichen und nicht obligatorischen Versicherung, bei der das Kostenerstattungsprinzip gelten kann, aber nicht muss. Dabei sollen gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen in einem freien Tarif- und Vertragswettbewerb Leistungspakete in Form von Wahlтарifen anbieten. Die Autoren erkennen in diesem Kontext die Gefahr einer Quersubventionierung und fordern eine von den Leistungen der Kernversorgung getrennte Kalkulation. Bei Geltung des Kostenerstattungsprinzips sehen sich die Versicherten nicht gezwungen, den Wahlтарif für die Ergänzungsleistungen auch bei dem Versicherer ihrer Kernversorgung abzuschließen. Die Ergänzungsleistungen gehen nicht in den RSA ein, was nahe legt, diesen dann im Kernbereich zu härten bzw. risikogerechter auszugestalten.

Um die Entwicklung der Arbeitskosten zu dämpfen, könnte der auf die Ergänzungsleistungen (in ihrem heutigen Umfang) entfallende Arbeitgeberanteil des Beitragssatzes steuer- und versicherungsfrei den Versicherten ausgezahlt und damit eingefroren werden. Neben der bereits erwähnten speziellen Versicherung gegen die Folgen von gefahrgeneigten Tätigkeiten möchten die Autoren die finanzielle Lage der GKV noch mit Hilfe der folgenden Maßnahmen verbessern:

- Zuschüsse des Bundes zur Kompensation von versicherungsfremden Leistungen (wie Mutterschafts-, Entbindungs- und Sterbegeld),

- entsprechender finanzieller Ausgleich für sozialpolitisch motivierte und nicht versicherungsgerechte Beiträge, z.B. von Sozialhilfeempfängern bis zu beitragsfrei Mitversicherten,
- Einnahmen aus der Tabak- und Alkoholsteuer,
- Bußgelder aus dem Bereich des Kraftfahrzeugverkehrs,
- Strafen aus Abrechnungsbetrügereien sowie
- Verbesserung der Finanzierungsbasis (siehe hierzu 2.1.2).

### **3.1.4 Reformvorschläge ärztlicher Organisationen**

#### **3.1.4.1 Das Vertrags- und Wahlleistungskonzept der deutschen Zahnärzteschaft**

Die deutsche Zahnärzteschaft bringt ihr Konzept einer Trennung von Vertrags- und Wahlleistungen seit ca. 10 Jahren in die gesundheitspolitische Diskussion ein. Obwohl es sich nur auf die zahnmedizinische Versorgung bezieht, galt es lange Zeit als pars pro toto einer Trennung von Basis-, Grund- oder Kernversorgung auf der einen und Zusatz- bzw. Wahlleistungen auf der anderen Seite. Unabhängig von seinem Inhalt und seiner ordnungspolitischen Fundierung litt die gesundheitspolitische Akzeptanz dieses Konzeptes bisher unter diversen Konflikten zwischen der Zahnärzteschaft und politischen Gremien. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V. hat auf seiner Hauptversammlung 2000 eine aktualisierte Fassung dieses Konzeptes beschlossen, die versucht, Vertrags- und Wahlleistungen versicherungstechnisch abzugrenzen.

Dieses Vertrags- und Wahlleistungskonzept besteht aus folgenden 5 Kernelementen:

- Vertragsfreiheit für Patient und Zahnarzt,
- Ablösung des Sachleistungs- durch das Kostenerstattungsprinzip,
- Trennung von Vertrags- und Wahlleistungen durch eine versicherungstechnische Grenze,
- Umsetzung der Vertrags- und Wahlleistungen mit Hilfe eines Zuschusssystems sowie

- Ausgliederung der Wahlleistungen aus der GKV.

Zunächst entscheiden Patient und Zahnarzt gemeinsam und eigenverantwortlich über Art und Umfang der Behandlung. Eine präventionsorientierte Zahnheilkunde lässt sich nach Ansicht des Verbandes nur durch ein transparentes System der Kostenerstattung durch Festzuschüsse verwirklichen, das dem Grundsatz Subsidiarität vor Solidarität folgt. Befundbezogene Festzuschüsse und altersbezogene oder generelle Ausgrenzungen von Leistungen ziehen die versicherungstechnische Grenze zwischen Vertrags- und Wahlleistungen. Die Berücksichtigung einer Präventionsorientierung schafft die Voraussetzungen, um die Bevölkerung im Bereich der Zahnmedizin stufenweise aus der solidarisch finanzierten GKV in den eigenverantwortlichen Wahlleistungsbereich zu entlassen bzw. zu überführen. Im Rahmen des Vertragsleistungskataloges, den Tabelle 6 synoptisch zusammenfasst, besitzt der Patient einen Anspruch auf einen festen DM-Zuschuss seiner Krankenkasse, wobei diese die Höhe des Zuschusses im Wettbewerb bestimmen kann.

<b>Normalfall</b>	<b>Indikationsbezogene Regelung</b>	<b>Härtefall</b>	<b>Übergangsregelung</b>
Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Festzuschuss: - Basisdiagnostische Maßnahmen mit Risikoerfassung und Evaluation - Prophylaxe unter altersspezifischer Einbeziehung der Eltern - Allgemeine konservierende Behandlung - Kieferorthopädie - Chirurgische Behandlung	Festzuschuss für Behandlungen aufgrund Trauma, Tumorerkrankung oder angeborener Erkrankung	Befundbezogener Festzuschuss	Übergangszeit von maximal 10 Jahren: nach Lebensalter abgestaffelte Festzuschüsse zu den bisherigen Vertragsleistungen
Nach Vollendung des 18. Lebensjahres Festzuschuss: - Basisdiagnostische Massnahmen - Schmerz- und Notfallbehandlung			
- Zweimal jährlich Prophylaxe-Festzuschuss - u. U. Festzuschuss für parodontal-chirurgische Leistungen			

**Tabelle 6: Der Vertragsleistungskatalog im Sinne des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.**

Wünscht der Patient eine aufwendigere Versorgung, erhält er lediglich den festen Zuschuss, d.h. er muss die entsprechende Differenz tragen. Bei Wahlleistungen vereinbaren Patient und Arzt die Honorierung.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2000), die das Vertrags- und Wahlleistungskonzept auf ihrer Vertreterversammlung am 10.11.2000 beschloss, sieht darin einen Paradigmenwechsel „in Richtung präventionsorientierter Zahnheilkunde und Zahnerhaltung statt Spätversorgung“ (S. 8). Sie verweist u.a. darauf, dass die Patientenautonomie im Rahmen der Zahnmedizin auch in Teilbereichen der GKV bereits seit Jahren besteht. So kann der Versicherte bei zahnprothetischen Versorgungsformen und der Füllungstherapie sich auf die Leistungen der GKV beschränken, aber auch nach § 30 Abs. 3 SGB V aufwendigere Versorgungsformen in Anspruch nehmen und dabei die Mehrkosten tragen. Diesen Ansatz möchte die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf alle zahnärztlichen Leistungsbereiche ausgedehnt wissen. Im Kontext von Vertrags- und Wahlleistungen betont die KZBV die Eigenheiten zahnmedizinischer Versorgung, die u.a. darin bestehen, dass es sich hier nicht um lebensbedrohliche Erkrankungen handelt und für einen vorgegebenen Befund oftmals unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten existieren. Die Patienten können dann unter den Aspekten des Komforts, der Ästhetik sowie des Zeit- und Kostenaufwandes ihre Wahlentscheidungen treffen. Den Kernbereich aller Leistungen der GKV im zahnmedizinischen Sektor sollen künftig neben konservierend-chirurgischen Behandlungen oral präventive Maßnahmen bilden. Dabei bedürfen die Risikogruppen bei Kindern und Jugendlichen besonderer Förderungsprogramme. Da eine flächendeckende präventive Versorgung die Versicherten befähigt, Zahnerkrankungen und in der Folge Zahnverlust weitgehend zu vermeiden, kann Zahnersatz künftig als Vertragsleistung der GKV entfallen. Für solche Leistungen können in einer Übergangsphase befundorientierte Festzuschüsse im Rahmen der Kostenerstattung gewährt werden.

### **3.1.4.2 Die Definition von Kernleistungen des NAV-Virchow-Bundes**

Vor dem Hintergrund der zentralen Ausgabedeterminanten, wie der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt, besteht nach Auffassung des NAV-Virchow-Bundes (2000b, S. 2) zwischen einer qualitativ hochwertigen Versorgung und einer Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV ein „nicht auflösbarer Zielkonflikt“. Der Verband sieht in der Definition von Kernleistungen „einen wesentlichen Baustein“ für die Lösung der in der GKV anstehenden Probleme. Er wählt dabei als Ansatz für den stufenweisen Ausgliederungsprozess von Leistungen aus dem heutigen GKV-Ka-

talog ein sog. Trichtermodell mit unterschiedlichen Sieben bzw. Kriterien. Zur Kernversorgung gehören Leistungen, die alle Siebe passieren bzw. allen Kriterien genügen. Als Filter dieses „Trichtermodells“ fungieren:

- versicherungsfremde Leistungen,
- Leistungen ohne Effektivität,
- Leistungen in eigener Verantwortung und Absicherung,
- Leistungen mit Konsum- und Gestaltungscharakter sowie
- Leistungen ohne Effizienz.

Zu den versicherungsfremden Leistungen zählt der Bundesvorsitzende (siehe Zollner, M. 2000, S. 4 ff.)

- künstliche Befruchtung und Reproduktionsmedizin,
- Empfängnisverhütung,
- Abtreibungen nach § 218,
- Entbindungsgeld,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld bei Pflege eines kranken Kindes,
- Betriebs- und Haushaltshilfe,
- Sterbegeld sowie
- sonstige Hilfen.

Zollner hält diese Leistungen grundsätzlich für sinnvoll und möglicherweise notwendig, möchte ihre Finanzierung aber auf die Gebietskörperschaften übertragen, was die GKV um ca. 4 Mrd. DM entlastet.

### Leistungen ohne Effektivität bilden

- obsolete Leistungen,
- Außenseitermethoden,
- Behandlungsmethoden ohne ausreichende Erprobung und ohne Genehmigung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie
- Leistungen ohne Wirksamkeit; deren Überprüfung obliegt dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Die Versicherten können folgende Leistungen in eigener Verantwortung absichern:

- Risikosportarten,
- Erkrankungen nach Fernreisen (Reise-Krankenversicherung),
- Leistungen, bedingt durch Kfz-Unfälle,
- Zahnersatz ohne vorherige Zahnprophylaxe,
- Leistungen, erforderlich durch Alkohol- und Nikotinmissbrauch sowie
- Korrekturen von kosmetischen Operationen und von Tätowierungen.

Zu dieser eigenverantwortlichen Absicherung durch die Versicherten tritt noch eine finanzielle Beteiligung der Betriebe mit erhöhtem Krankenstand wegen gesundheitsgefährdender Arbeiten hinzu.

Im Kontext von Leistungen mit Konsum- und Gestaltungscharakter sieht Zollner (ebd., S. 5) „eine Grauzone zwischen Anspruch, Verschreibung und Bewilligung“, die dringend einer Aufklärung bedarf. Zu dieser Gruppe rechnet er

- besonders gewünschte Behandlungsmethoden, wie Akupunktur, Homöopathie, Esoterik, bestimmte Kurbehandlungen sowie
- die Fahrtkostenerstattung.

Bei den Leistungen ohne Effizienz handelt es sich nach Ansicht von Zollner (ebenda, S. 6) um „die schwierigste Gruppe, weil hier die ärztliche Ethik eine große Rolle spielt ... (und) die Erbringung in der Verantwortung der Ärzte“ liegt.

Zu dieser Gruppe gehören

- an sich sinnvolle Leistungen, jedoch ohne ausreichende Indikation,
- fehlende Stufendiagnostik mit Verlagerung auf falsche Leistungsebenen,
- Dauer der Intensivmedizin,
- Leistungen mit geringer Kosten-Nutzen-Relation,
- aufwändige Untersuchungen ohne Therapiemöglichkeit (z.B. Krebserkrankungen),
- Psychotherapie ohne Evaluierung des Erfolges sowie
- Physiotherapie ohne Erfolgsüberprüfung.

Die entscheidende Definition einer Kernversorgung sollte nach den Intentionen des NAV-Virchow-Bundes (2000b, S. 2) in Zusammenarbeit mit „Politik und ärztlichem Sachverstand unter Mitwirkung des Gesetzgebers erarbeitet werden“. Dabei übernimmt der Gesetzgeber gegenüber der Versichertengemeinschaft die Verantwortung für den Kernleistungskatalog. Da die Kernversorgung die Beiträge zur GKV absenkt, verschafft sie den Versicherten einen erweiterten Handlungsspielraum, den sie im Sinne einer Stärkung der Eigenverantwortung individuell zur zusätzlichen Absicherung von Risiken nutzen können.

### **3.1.4.3 Die Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen des Hartmannbundes**

Um einer drohenden Unterversorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen vorzubeugen, entwickelte der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. H.-J. Thomas, konkrete Vorstellungen zur finanziellen Entlastung der GKV. Dabei stehen zunächst drei größere Komplexe im Vordergrund der Reformpläne (vgl. Hartmannbund 2001a, S. 1):

### (1) Verschlinkung des Leistungskataloges

Medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen stellen solche

- aus dem Lifestyle- und Wellness-Bereich sowie
  - für freiwillig eingegangene Lebens- und Krankheitsrisiken
- dar.

### (2) „Abriss der sog. Verschiebebahnhöfe“

Hierbei handelt es sich um die finanziellen Umschichtungen, die in den letzten Jahren innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung zuungunsten der GKV und z.B. zur fiskalischen Entlastung der GRV erfolgten.

### (3) Herausnahme der Geldleistungen

Geldleistungen widersprechen nach Auffassung des Hartmannbundes dem Sachleistungsprinzip der GKV und sollten unter Berücksichtigung von Sozialklauseln aus dem Leistungskatalog ausscheiden. Im Sinne einer Stärkung der Eigenverantwortung können private Versicherungen diese Funktion wettbewerblich wahrnehmen. Im Hinblick auf den Leistungskatalog der GKV entfallen dann

- Entbindungsgeld,
- Mutterschaftsgeld,
- Sterbegeld sowie
- Krankengeld.

Da die Ausgaben der GKV für diese Geldleistungen derzeit fast 17 Mrd. DM betragen, veranschlagt der Hartmannbund den Entlastungseffekt ihrer Eliminierung aus dem Leistungskatalog unter Berücksichtigung von Sozialklauseln mit 13,5 Mrd. DM, was einer Senkung des Beitragssatzes um etwa einen Dreiviertel-Prozentpunkt entspricht.

Neben einer „sozial verträgliche(n) Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen“ schlägt der Hartmannbund (2000b, S. 1) zur fiskalischen Entlastung der GKV noch erhöhte Selbstbeteiligungen und im Hinblick auf die Beitragsgestaltung eine sozial abgestufte Beitragspflicht für mitversicherte Familienangehörige vor. In einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze oder ihrer Abkoppelung von der Beitragsbemessungsgrenze sieht er dagegen keine adäquate Lösung, da dies lediglich die Ansprüche der Versicherten erhöhen würde.

### 3.1.5 Zwischenfazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Reformkonzepte

Bei einer Auflistung und Interpretation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der dargestellten Reformkonzepte gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass diese teilweise unterschiedliche Intentionen verfolgen. Die Optionsmodelle des Sachverständigenrates zeigen in erster Linie die theoretischen Grundlagen und das mögliche Spektrum von Variationen des Leistungskataloges der GKV auf und enthalten nur vereinzelt konkrete Beispiele für eine Straffung bzw. Segmentierung des geltenden Leistungskataloges. Das Vertrags- und Wahlleistungskonzept der deutschen Zahnärzteschaft konzentriert sich explizit auf den zahnmedizinischen Bereich unter Betonung seiner Besonderheiten und lässt zumindest in seiner jüngsten Version offen, ob und inwieweit sich dieses Konzept auch für andere Gesundheitsbereiche eignet. Das Kieler Konzept und – etwas abgeschwächt – der Sachverständigenrat, Schwartz und Jung sowie das Bundeskanzleramt (2001, S. 10) verweisen ebenfalls auf die zahnmedizinische Versorgung bzw. den Zahnersatz als naheliegenden Ansatzpunkt für eine Trennung in Grund- und Wahlleistungen. Bei Schwartz und Jung, die auch die konzeptionelle Fundierung des geltenden Leistungskataloges der GKV thematisieren, dem NAV-Virchow-Bund und dem Hartmannbund bildet die sich abzeichnende Rationierung von notwendigen medizinischen Leistungen den Ausgangspunkt der Überlegungen. Das Kieler Konzept prüft schließlich in quantitativer Hinsicht am umfassendsten die bestehenden Möglichkeiten, den Beitragsatz der GKV spürbar abzusenken.

Alle Reformkonzepte gehen von der Annahme aus, dass sich vor dem Hintergrund der zu erwartenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV die Beitragssatzstabilität nur bei impliziten und ethisch problematischen Rationierungen aufrechterhalten lässt und streben deshalb eine transparente Priorisierung an. Die meisten Autoren begründen eine Aufspaltung des Leistungskataloges zudem mit Hinweisen auf die unterschiedlichen Präferenzen der Bürger und/oder die Stärkung der Selbstverantwortung sowie die zunehmende Selbstkompetenz. Die Mehrheit der Reformkonzepte beschränkt sich interessanterweise nicht auf Empfehlungen zu einer Neugestaltung des Leistungskataloges, sondern fordert darüber hinaus den Einsatz zusätzlicher Handlungsoptionen zur fiskalischen Stabilisierung der GKV, wie z.B. Steuererhöhungen, Anhebung der Selbstbeteiligung und Änderung der Beitragsgestaltung. Diese Ausweitung des Themenfeldes spricht dafür, dass die Autoren zur Schließung der Lücke zwischen der künftigen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV eine Kombination von Handlungsoptionen befürworten.

Übereinstimmung herrscht zwischen den Reformkonzepten auch im Hinblick auf die notwendige Ausgliederung der krankenversicherungsfremden Leistungen, da diesen die Versicherbarkeit und/oder der Bezug zur Morbidität fehlt. Der Kieler Katalog von krankenversicherungsfremden Leistungen im engeren Sinne deckt sich nahezu mit der Auflistung des NAV-Virchow-Bundes und entspricht auch weitgehend den entsprechenden Ansätzen des Sachverständigenrates und den Vorschlägen von Schwartz und Jung. Bei privaten gefahreneigenen Tätigkeiten sehen die meisten Reformkonzepte vor, dass die Versicherten das entsprechende Risiko in eigener Verantwortung absichern und die GKV auf diese Weise entlasten. Abgesehen von krankenversicherungsfremden und gewissen Leistungen, die sich kausal eindeutig privaten gefahreneigenen Tätigkeiten zuordnen und auch spezifisch versichern lassen, verkennen die Autoren nicht die Problematik einer weitergehenden Abgrenzung des Leistungskataloges der GKV. Da es hier keinen „Königsweg zur Lösung der Probleme gibt“ gibt, bedarf es einer „Diskussion ohne Tabus und Anschuldigungen“ (Zollner, M. 2000, S. 6). Trotz Hinzuziehung von medizinisch-ethischen, distributiven und allokativen Kriterien (siehe 2.2) sowie Berücksichtigung weiterer relevanter Aspekte, wie z.B. Evidenzgrad der Maßnahmen oder Behandlung nach Leitlinien und Standards, verbleibt bei der Abgrenzung des Grund- bzw. Kernleistungskataloges zwangsläufig ein Ermessensspielraum, in dem dann auch persönliche Wertungen die Zuordnung von bestimmten Leistungen (mit-)bestimmen. Der NAV-Virchow-Bund plädiert daher berechtigterweise für einen Abstimmungsprozess zwischen ärztlichen Fachgremien und politischen Entscheidungseinheiten, wobei dieser Diskurs wegen seiner Bedeutung für die Versicherten und Patienten auch noch weitere Institutionen und Gruppen einbeziehen sollte.

Abgesehen von der jeweiligen Einstufung spezifischer Gesundheitsleistungen unterscheiden sich die dargestellten Reformansätze konzeptionell vor allem in folgenden drei Punkten, d.h. in

- der Zuordnung von Leistungen, die nicht (mehr) zum Grund- bzw. Kernleistungskatalog gehören,
- der Behandlung bzw. Ausgestaltung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und zwischen GKV und PKV sowie
- der Berücksichtigung des Risikostrukturausgleiches (RSA).

Bei dem Zuwahlmodell des Sachverständigenrates, dem Ansatz von Schwartz und Jung sowie den Reformvorschlägen der ärztlichen Organisationen scheiden die Leistungen, die nicht (mehr) zum Grund- bzw. Kernleistungskatalog gehören, aus dem unmittelba-

ren GKV-Bereich aus. Sie unterliegen damit nicht mehr der solidarischen Finanzierung und gehen auch nicht in den RSA ein. Die Versicherten können sich in dem betreffenden Leistungssegment risikoäquivalent versichern, wobei für die ambulante und stationäre Behandlung andere Gebührenordnungen bzw. Abrechnungssysteme als im Bereich der GKV gelten. Die betreffenden Leistungen entziehen sich dann auch dem Wettbewerb der Krankenkassen innerhalb des GKV-Regimes. Sofern die Krankenkassen in diesem Leistungssegment risikoäquivalente (Zusatz-)Versicherungen anbieten dürfen, was Schwartz und Jung vorschlagen, stehen sie allerdings auch hier untereinander und mit der PKV in Wettbewerb.

Das Abwahlmodell des Sachverständigenrates folgt insofern einer anderen Logik, als zunächst einmal alle nicht abgewählten Leistungen – und damit im Prinzip der gesamte geltende Leistungskatalog – innerhalb der GKV und damit in der solidarischen Finanzierung verbleiben. Im Hinblick auf die abwählbaren Leistungen findet allerdings mittelbar ein Wettbewerb zwischen GKV und PKV statt. Dieser Wettbewerb erfolgt jedoch nicht auf der gleichen Ebene, sondern zwischen einem solidarisch und einem risikoäquivalent finanzierten Bereich. Den Leistungsumfang bzw. Geltungsbereich des RSA lässt das Abwahlmodell offen.

Im Kieler Konzept findet sich der Vorschlag, dass die Krankenkassen Leistungen, die aus dem heutigen (Grund- bzw. Kern-)Leistungskatalog herausfallen, weiterhin als Satzungsleistungen anbieten können. Diese Leistungen blieben somit solidarisch finanziert, gingen aber nun nicht mehr in den RSA ein. Diese Regelung zielt u.a. auf eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen innerhalb des GKV-Bereiches ab. Die Krankenkassen erhalten auf diese Weise ein breiteres Spektrum von Wettbewerbsparametern. Um dieses Wettbewerbselement zu verstärken, eröffnet das Kieler Konzept jeder Krankenkasse noch die Möglichkeit, Pakete von unterschiedlichen Satzungsleistungen zu schnüren.

## **3.2 Die GKV vor dem Hintergrund der europäischen Integration**

### **3.2.1 Divergierende Sozialsysteme und zusammenwachsende Gesundheitsmärkte**

#### **3.2.1.1 Effekte einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte**

Wie bereits unter 1.1.3 angedeutet, überlässt der Amsterdamer Vertrag – wie schon zuvor der Maastrichter Vertrag – die Kompetenzen zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems explizit den Mitgliedstaaten. Die europäische Einigung bleibt aber gleichwohl nicht ohne Auswirkung auf die nationalen Gesundheitssysteme. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um indirekte Effekte, die sich mit allgemeinen Auswirkungen der Globalisierung überlagern. So trägt die Europäische Währungsunion bspw. zu einer Intensivierung des Standortwettbewerbs bei. Der Wegfall der Wechselkurse und die Einführung einer einheitlichen Währung im Zuge des Zusammenwachsens Europas bringen umfangreiche Veränderungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit sich, so z.B. (vgl. Wille, E. 1998b, S. 345):

- die Erhöhung der Markttransparenz,
- damit verbunden die Verschärfung des Preiswettbewerbs,
- die Senkung der Transaktionskosten,
- die Verminderung des Planungsrisikos durch den Wegfall der Wechselkurse.

Die vier Grundfreiheiten des EG-Vertrages (Freiheit des Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs, Freizügigkeit der Arbeitnehmer) verschärfen den Standortwettbewerb von Ländern und Regionen um mobile Unternehmen und deren Beschäftigungspotenzial. Als Wettbewerbsfaktor rückten dabei die Lohnzusatzkosten in den Mittelpunkt der wirtschaftspolitischen Diskussion (vgl. Schulte, B. 1998, S. 367). Da die Lohnzusatzkosten in vorwiegend beitragsfinanzierten Sozialsystemen höher liegen als in überwiegend steuerfinanzierten, kann sich daraus ein Wettbewerbsnachteil für Arbeitnehmer und Produzenten von arbeitsintensiven Produkten in grenznahen Gebieten ergeben, der aller Voraussicht nach zu einem Anpassungsdruck auf die nationalen Sozialsysteme führt.

Für die Versicherten und Patienten können sich aus der Liberalisierung der Gesundheitsmärkte Vorteile ergeben. Unterstützt durch das Interesse der Medien an innovativen Behandlungsmethoden sowie durch die neuen Möglichkeiten der Telekommunikation sind die Informationsmöglichkeiten über Preise und Qualität von ausländischen Produkten und Leistungserbringern gewachsen. Die Liberalisierung des Waren- und Dienstleistungsverkehrs bietet den Versicherten und Patienten vermehrt die Möglichkeit, international unterschiedliche Preis- und Qualitätsgefüge zu nutzen. Darüber hinaus wird der Euro als gemeinschaftliche Währung die Preistransparenz deutlich erhöhen und z.B. dazu beitragen, die Möglichkeiten der Preisdifferenzierung der pharmazeutischen Industrie einzuschränken (vgl. auch Münnich, F.E. 1998, S. 85). Dies spielt vor allem im Rahmen der Selbstmedikation eine Rolle, da Arzneimittel in der Europäischen Union (EU) sehr homogene Produkte darstellen, die sich qualitativ in den einzelnen Ländern nicht unterscheiden und somit divergierende Preise einen großen Anreiz zum grenzüberschreitenden Kauf bieten. Ebenfalls an Bedeutung gewinnt die rasche Verbreitung von neuen Forschungsergebnissen durch die modernen Medien auch unter medizinischen Laien und Patienten. Die Kenntnis innovativer, oft teurer Behandlungen steigert die Erwartungshaltung. Der Ausschluss solcher Verfahren aus der Erstattung fällt politisch schwerer, wenn andere Länder mit ähnlicher volkswirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ihren Bürgern diese Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung gewähren.

Die EU stellt daher für die beitragsfinanzierten Sozialsysteme eine besondere Herausforderung dar. Auf der einen Seite verlangt die Verschärfung des Standortwettbewerbs, die Beitragssätze konstant zu halten oder sogar zu senken. Andererseits ergibt sich durch die modernen Informationsmöglichkeiten eine Anspruchshaltung der Versicherten, die Druck in Richtung einer Erweiterung des Leistungskataloges erzeugen kann.

Die Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker<sup>17</sup> machen deutlich, dass die nationalen Gesundheitssysteme trotz der ausdrücklichen Kompetenz der Mitgliedstaaten für deren Ausgestaltung keinen europarechtlichen Raum darstellen. In den Urteilen entschied der Gerichtshof, dass eine nationale Regelung, welche die Kostenerstattung für bestimmte im Ausland in Anspruch genommene Leistungen an eine vorherige Genehmigung knüpft, die Waren- und Dienstleistungsfreiheit verletzt. Das Diskriminierungsverbot gegenüber Angehörigen anderer Mitgliedstaaten besitzt somit auch im Bereich des Gesundheitswesens grundsätzlich Gültigkeit (vgl. Pitschas, R. 1994, S. 117 und Hirsch, G. 1998, S. 124). Ausnahmen von der Waren- und Dienstleistungsfreiheit bilden lediglich:

---

<sup>17</sup> EuGH, Urteile vom 28.04.1998 in den Rechtssachen C-120/95, Nicolas Decker ./ Caisse de maladie des employés privés und C-158/96 Raymond Kohll ./ Union des Caisses de maladie.

- Handelsbeschränkungen „zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen“ (Artikel 30 EGV),
- „eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit“ (Urteil Decker, Nr. 39) sowie
- Maßnahmen der Mitgliedstaaten, „soweit die Einhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland für die Gesundheit oder selbst das Überleben ihrer Bevölkerung erforderlich ist“ (Urteil Kohll, Nr. 51)

Eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts liegt, wie der EuGH feststellte, in den betrachteten Fällen durch eine Begrenzung der Erstattung auf maximal die im Inland geltenden Tarife nicht vor (Urteil Decker, Nr. 40). Der EuGH widersprach in seinen Urteilen auch einer Ablehnung der Kostenerstattung aus Gründen des Gesundheitsschutzes. Da die Bedingungen des Zugangs zu geregelten Berufen und ihrer Ausübung zahlreichen Harmonisierungsrichtlinien unterliegen, müssen ausländische Leistungserbringer als ebenso qualifiziert gelten wie im Inland tätige (Urteil Kohll, Nr. 48).

Die Urteile Kohll/Decker bezogen sich auf die Frage, ob eine Krankenversicherung, die auf dem Kostenerstattungsprinzip beruht, die Kostenübernahme im Fall einer Inanspruchnahme von Hilfsmitteln bzw. ambulanten (zahn-)medizinischen Leistungen im Ausland von einer zuvor erteilten Genehmigung abhängig machen darf. In den jüngsten Urteilen des EuGH in den Rechtssachen Geraets-Smits und Peerbooms<sup>18</sup> vom 12. Juli 2001 beschäftigte sich der Gerichtshof mit der Frage, ob ein solcher Genehmigungsvorbehalt im Fall stationärer Behandlungen und einer Vergütung nach dem Sachleistungsprinzip mit europäischem Recht vereinbar ist. Der EuGH kam zu dem Ergebnis, dass Sachleistungen sehr wohl in den Geltungsbereich des freien Dienstleistungsverkehrs fallen. Allerdings sah er das System der vorherigen Genehmigung im Fall von stationären Leistungen als gerechtfertigt an, um „im Inland eine ständig ausreichende Zugänglichkeit eines ausgewogenen Angebots qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung zu gewährleisten, sicherzustellen, dass die Kosten beherrscht werden, und eine Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern.“ (Presse- und Informationsdienst des EuGH 2001). Nach Auffassung des Gerichtshofes ist eine Genehmigung zu erteilen, wenn die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist und die gleiche oder eine für den

---

<sup>18</sup> EuGH, Urteile vom 12.07.2001 in der Rechtssache C-157/99, B. S. M. Geraets-Smits ./ Stichting Ziekenfonds VGZ und H. T. M. Peerbooms ./ Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen.

Patienten ebenso wirksame Behandlung nicht rechtzeitig in einer Vertragseinrichtung durchgeführt werden kann.

Bemerkenswert erscheint, dass sich der EuGH mit dieser Entscheidung nicht dem Generalstaatsanwalt anschloss, der in seinen Schlussanträgen vom 18. Mai 2000 die Auffassung vertrat, dass in einem Krankenversicherungssystem gewährte Sachleistungen keine Dienstleistungen darstellten, da sie nicht entgeltlich erbracht würden (vgl. Schlussanträge 2000). In dieser Hinsicht folgt das jüngste Urteil dem Weg, den die Entscheidungen Kohll/Decker vorgezeichnet haben. Die Bejahung des Genehmigungsvorbehaltes resultiert aus der Einschätzung des EuGH, dass für eine angemessene Krankenhausversorgung eine größere Planungssicherheit gegeben sein muss als bei kieferorthopädischer Behandlung und Hilfsmitteln. Auf den stationären Sektor wirkt sich daher die europäische Integration nur insoweit aus, als der Gerichtshof mit den oben genannten Bedingungen klare Kriterien dafür formulierte, wann eine Genehmigung für eine Leistungsinanspruchnahme im Ausland erteilt werden muss. Zudem unterliegen Leistungen, die im Inland nicht von Vertragspartnern erbracht werden, ohne Einschränkungen der Dienstleistungsfreiheit. Der wichtigste Punkt dieses Urteils bleibt aber die Entscheidung, dass auch ein Gesundheitssystem, das auf dem Sachleistungsprinzip beruht, grundsätzlich den vier Grundfreiheiten des EG-Vertrags und insbesondere der Dienstleistungsfreiheit unterliegt.

Die Ausdehnung dieser Urteile auf andere Bereiche des Gesundheitswesens bietet den Versicherten und Patienten zahlreiche Chancen. Sie sehen sich nun in der Lage, Qualitäts- und Preisunterschiede in Europa zu nutzen, was einen europaweiten Wettbewerb der Leistungsanbieter auslösen könnte, der auch den Krankenkassen bzw. -versicherungen zugute käme, solange sie höchstens die inländischen Tarife bzw., wenn sie niedriger sind, die tatsächlich im Ausland entstandenen Kosten tragen.

Bei der Frage nach den Auswirkungen einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte auf die nationalen Gesundheitssysteme spielt vor allem das Ausmaß der zu erwartenden Inanspruchnahme eine Rolle. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hängt aus theoretischer Sicht wiederum von verschiedenen Bedingungen ab:

- Preisdifferenzen der Güter und Dienste,
- Qualitätsunterschiede bzw. Homogenität der Leistung,
- Mobilität der Versicherten,
- Reputation des jeweiligen Gesundheitswesens bzw. der jeweiligen Leistungsanbieter,

- Eigenheiten der medizinischen Leistungen, wie einmal oder wiederkehrend, keine oder intensive Nachsorge, mit oder ohne Qualitätsgarantie,
- Umfang und Art der Selbstbeteiligung.

Für die Patienten besteht nur dann ein Anreiz, Leistungen im Ausland außerhalb von Notfällen in Anspruch zu nehmen, wenn Preis- und/oder Qualitätsdifferenzen existieren. Im Falle sehr homogener Güter, wie z.B. bei Arznei- und Hilfsmitteln, kommt dem Preis der Leistung eine große Bedeutung zu. Diese Güter werden europaweit in vergleichbarer Qualität angeboten. Aufgrund nationaler Regulierungen existieren jedoch zum Teil erhebliche Preisdifferenzen, die einen Kauf dieser Produkte in anderen EU-Mitgliedstaaten attraktiv machen können. Bei Gütern und Diensten, die einen geringeren Homogenitätsgrad aufweisen, stellen Qualitätsunterschiede einen möglichen Grund für die Entscheidung dar, Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen. Als Beispiel bietet sich hier die Kur an, da zahlreiche europäische Regionen klimatische Bedingungen aufweisen, die in Deutschland nicht vorhanden sind. Gerade bei Leistungen, die die Anwesenheit der Patienten am Behandlungsort erfordern (Kuren, ärztliche Behandlungen, insb. stationäre), bildet jedoch auch die Mobilität der Versicherten eine wichtige Determinante. In der Regel stellen Sprachbarrieren ein großes Hindernis bei der Behandlung im Ausland dar und schränken die Bereitschaft zum Ortswechsel ein. Zudem ergeben sich neben den eigentlichen Kosten der Leistung höhere Zeit- und Wegekosten als im Inland. Sind längerfristige Aufenthalte nötig, z.B. bei stationären Behandlungen, kommt hinzu, dass mit einer geringeren Zahl von Besuchen seitens der Verwandten und Freunde zu rechnen ist. Dies lässt erwarten, dass die Entscheidung, Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, erhebliche Preis- und Qualitätsdifferenzen voraussetzt. Diese Bedingungen sind beispielsweise bei hochspezialisierten Leistungen erfüllt, die im Inland (noch) nicht oder mit geringer Kapazität ausgeführt werden, so dass lange Wartezeiten entstehen. Dagegen dürfte es für die Versicherten unattraktiv sein, Leistungen im Ausland nachzufragen, die wiederkehrend erfolgen oder einer intensiven Nachsorge bedürfen. Dies gilt auch für Leistungen, die im Inland eine weitreichende Qualitätsgarantie enthalten, die im Ausland fehlt.

### **3.2.1.2 Konsequenzen für das deutsche Gesundheitswesen**

Neben Chancen für Patienten, Krankenkassen und hoch qualifizierte Leistungsanbieter dürfte die Liberalisierung der Gesundheitsmärkte im Rahmen der europäischen Integra-

tion auch einige Anpassungsschwierigkeiten für das deutsche Gesundheitswesen mit sich bringen (vgl. Wille, E. 1998, S. 352):

- Das Sachleistungsprinzip bedarf – zumindest als Option – einer Ergänzung durch eine teilweise verwaltungsaufwendigere Kostenerstattung.
- Bedarfsplanung und vor allem Mengenbegrenzungen lassen sich schwieriger bzw. nur mit einem höheren Planungsaufwand durchführen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können das Volumen der veranlassten Leistungen nicht mehr exakt steuern.
- Ein Vergütungssystem mit floatenden Punktwerten eignet sich nicht für die Honorierung ausländischer Anbieter.
- Eine Qualitätskontrolle durch deutsche Instanzen entfällt im Ausland, d.h. sie müsste europaweit erfolgen.
- Im europäischen Wettbewerb benötigen die deutschen Leistungserbringer ähnliche Instrumente wie ihre Konkurrenten, u.a. auf dem Gebiet der Werbung.

Die Liberalisierung der Gesundheitsmärkte erfordert allerdings nicht die generelle Aufgabe des Sachleistungsprinzips (vgl. auch Schulte, B. 1998, S. 380 f. über eine zu erwartende Lockerung des Sachleistungsprinzips). Es reicht aus, wenn Patienten, die Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen wollen, die Möglichkeit erhalten, eine Kostenerstattung zu wählen. Eine grenzüberschreitende, EU-weite Vertragserlaubnis würde es zudem ermöglichen, Leistungserbringer, vor allem in grenznahen Gebieten, in die Kollektivverträge einzubinden (Neumann-Duesberg, R. 1998, S. 25). Auf diese Weise wäre eine grenzüberschreitende Abrechnung der Leistungen mit Hilfe des Sachleistungsprinzips möglich (ähnlich Pfaff, M. 1998, S. 110), wie sie bereits in den Euregios in der deutsch-belgisch-niederländischen Grenzregion im Rahmen von Pilotprojekten stattfindet (Hofmann, B. und Kochs, U. 1998). Es ist zu erwarten, dass diese Regelung die Zahl der Kostenerstattungsfälle eher gering hält. Für die Vergütung der in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung könnten die Krankenkassen entsprechende Rücklagen bilden. Diese können dazu dienen, trotz grenzüberschreitender Behandlung die Budgetierung der Gesundheitsausgaben aufrecht zu erhalten.

Da das deutsche Gesundheitswesen einen guten Ruf genießt und die gesetzliche Krankenversicherung den größten Teil notwendiger Leistungen abdeckt, scheint eine Abwanderung von Patienten in großem Ausmaß in den nächsten Jahren nicht wahrschein-

lich. Die gute Reputation des deutschen Systems könnte vielmehr dazu dienen, Nachfrage aus anderen europäischen Mitgliedstaaten zu attrahieren und so die Folgen der Integration als Chance zu nutzen. Größere Nachfrageverschiebungen könnten sich im Bereich der Selbstmedikation ergeben, da diese kaum Mobilität der Nachfrager erfordert, um die bestehenden Preisvorteile zu nutzen. Zudem bieten die neuen Medien gute Möglichkeiten, sich über Preisunterschiede zu informieren und Arzneimittel ohne Aufwand aus dem Ausland zu beziehen<sup>19</sup>. Bei Leistungen, die im Katalog der deutschen Krankenversicherung enthalten sind, bieten jedoch auch große Preisunterschiede in den seltensten Fällen einen Anreiz zur Auslandsnachfrage. Eine Ausnahme bildet der Zahnersatz, bei dem eine hohe prozentuale Zuzahlung des Patienten fällig wird. Fallen für bestimmte Leistungen dagegen feste Zuzahlungsbeträge an (z.B. bei Arzneimitteln), belasten diese den Versicherten bei einer Inanspruchnahme im Ausland in gleicher Höhe, so dass die Versicherten keine Anreize besitzen, die Nachfrage ins Ausland zu verlagern.

Insgesamt gesehen erscheint unabhängig von faktischen und im Sinne der europäischen Integration auch teilweise notwendigen Konvergenzprozessen eine völlige Harmonisierung der Sozial- und Gesundheitssysteme der Teilnehmerländer weder rechtlich geboten noch ökonomisch und sozial wünschenswert. Dies gilt nicht nur für die Finanzierung bzw. Beitragsgestaltung, sondern auch für den Leistungskatalog der jeweiligen gesetzlichen bzw. sozialen Krankenversicherungssysteme. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht sprechen vor allem folgende Aspekte gegen eine völlige oder sehr weitreichende Harmonisierung (Wille 1998b, S. 348 f.):

- Die einzelnen Mitgliedsländer der EG wenden, wie die Tabellen 2 und 3 zeigen (siehe 1.3.1), nicht nur verschieden hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf, sondern auch einen unterschiedlich hohen Anteil ihres Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung auf. Die deutsche Gesundheitsquote liegt mit 10,6 % z.B. über 4 bzw. 3 Prozentpunkte über den entsprechenden Quoten von Luxemburg, Irland, Finnland und Großbritannien. Die Bedeutung, die dem Gesundheitswesen für die wirtschaftliche Entwicklung und damit für die inländische Beschäftigung zukommt, unterscheidet sich deutlich von Land zu Land.
- Die divergierenden Gesundheitsquoten spiegeln – sogar bei wirtschaftlich ähnlich leistungsfähigen Volkswirtschaften – unterschiedliche Präferenzen im Hinblick auf den Stellenwert der Gesundheitsversorgung wider. Dies schlägt sich auch in dem Umfang des Leistungskatalogs der jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen bzw. öffentlichen Gesundheitssysteme nieder und erzeugt innerhalb

---

<sup>19</sup> Vgl. bspw. die Homepage einer Internetapotheke, wie die von DocMorris in den Niederlanden.

der jeweiligen Länder eine unterschiedliche Erwartungshaltung gegenüber der medizinischen Grund- bzw. Mindestversorgung.

- Eine Absenkung der Gesundheitsquote in Richtung des Durchschnitts der Teilnehmerländer der EU in Höhe von ca. 8 % liefe den Präferenzen der Bürger in den betreffenden Ländern zuwider, und viele Versicherte und Patienten würden diese Art der Harmonisierung als sozialen Abbau empfinden bzw. werten. Andererseits entzieht eine Anhebung der Gesundheitsquote den anderen Wirtschaftsbereichen knappe Ressourcen, so dass die betreffenden Länder dadurch möglicherweise eine Einschränkung ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit erleiden. Dieser Nachteil wiegt dann um so schwerer, als nun im Unterschied zu früher eine Abwertung als Anpassungsmechanismus entfällt.
- Die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Geltung des Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzips als auch bezüglich ihrer Finanzierung mit Hilfe von Steuern, Beiträgen oder Prämien.
- In nahezu allen Ländern finden sich zwar Elemente von staatlich-administrativen, korporativen und marktwirtschaftlichen Allokationsinstrumenten, aber jeweils mit sehr unterschiedlicher Reichweite und Intensität.

## **3.2.2 Die obligatorische Krankenversicherung in Frankreich**

### **3.2.2.1 Der Leistungsumfang**

Das französische Gesundheitswesen verfügt – ähnlich wie das deutsche – über keinen expliziten Leistungskatalog. Ein impliziter Leistungskatalog wird definiert durch verschiedene Nomenklaturen (vgl. Durand-Zaleski, I. et al. 1999, S. 5), die den Umfang der erstattungsfähigen Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung bestimmen und den Tarif der jeweiligen Leistung angeben<sup>20</sup>:

NGAP: Nomenclature générale des actes professionnels,

TIPS: Tarif interministériel des prestations sanitaires,

NABM: Nomenclature des actes de biologie médicale,

---

<sup>20</sup> Eine Ausnahme stellt hier die ACP dar. Diese Klassifikation enthält keine Preisliste, da diese gesondert aufgestellt wird. Vgl. Durand-Zaleski et al. 1999, S. 5, Fußnote (2).

ACP: Liste der pharmazeutischen Spezialitäten, die zur Erstattung zugelassen sind.

Darüber hinaus spielen bei der Festlegung des Katalogs die Erstattungssätze der verschiedenen Krankenversicherungsregime eine Rolle. Diese Sätze stimmen nicht für alle Versicherten überein. So erstattete die CANAM (Caisse nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes)<sup>21</sup> lange Zeit ihren Mitgliedern geringere Sätze als die CNAMTS (Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Erst zum 1.1.2001 erfolgte eine Angleichung der Sätze (vgl. CANAM 2001a). Dargestellt werden im Folgenden die Leistungen der CNAMTS. Da hier alle Angestellten und Arbeiter pflichtversichert sind, besitzt der Leistungskatalog dieser Kasse für den größten Teil der französischen Bevölkerung Relevanz. Die große Bedeutung der Zuzahlung der Patienten zu den anfallenden Kosten hat in Frankreich dazu geführt, dass ca. 87 % (vgl. Lancry, P.-J. u. Sandier, S. 1999, S. 443) der Versicherten über eine zusätzliche Versicherung bei einer Mutuelle (Versicherung auf Gegenseitigkeit) oder einer privaten Versicherung verfügen, die diese Kosten abdeckt (vgl. Haut Comité de la Santé Publique 2000, S. 43). Auf diese Weise kann der Versicherungsschutz in vielen Fällen 100 % betragen. Dies berücksichtigt die folgende Betrachtung des französischen Leistungskatalogs jedoch nicht, da hier ein Vergleich von Leistungen der gesetzlichen Pflichtversicherungen in Deutschland und Frankreich interessiert.

Das Ticket Modérateur, das die jeweiligen Zuzahlungen der Patienten festlegt, bildet einen Bestandteil der Definition des Leistungskataloges, da die Erstattungsraten die Zugehörigkeit einer Leistung zum Katalog bestimmen. Eine Zuzahlung von 100 % bedeutet für die Patienten einen Ausschluss dieser Leistungen aus dem Katalog (vgl. Haut Comité de la Santé 2000, S. 42). Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über einen wesentlichen Teil der Leistungen der CNAMTS und deren Erstattungssätze. Die Zuzahlung der Patienten variiert nach der Art der in Anspruch genommenen Leistung, der Art der Behandlung sowie der persönlichen Situation des Versicherten (vgl. Schneider, M. et al. 1998, S. 44).

Im ambulanten Bereich erstattet die CNAMTS ihren Versicherten im Fall einer ärztlichen Behandlung 70 % der Kosten basierend auf einem Tarif, den Ärzten und Kassen miteinander aushandeln. Dieser Tarif beträgt beispielsweise für einen Allgemeinmediziner 115 FF und für einen Spezialisten 150 FF. Eine Besonderheit in Frankreich bildet die Aufteilung der ambulanten Ärzte auf zwei unterschiedliche Tarifsektoren. Ärzte, die dem Sektor 1 angehören, dürfen für ihre Leistungen nur die oben genannte Summe verlangen. Im Sektor 2 beschäftigten Medizinern ist eine Überschreitung dieser Honorare

---

<sup>21</sup> Pflichtversicherungsregime für Selbständige, die einer Tätigkeit im Handwerk, im Handel oder in der Industrie nachgehen sowie für Angehörige freier Berufe. Vgl. CANAM (2001b).

gestattet. Sie sind allerdings dazu verpflichtet, „Maß“ zu halten. Sucht der Versicherte einen Arzt auf, der im Sektor 2 tätig ist, muss er zusätzlich zum Ticket Modérateur die Differenz zwischen den ausgehandelten Tarifen und dem vom Arzt verlangten Honorar tragen (vgl. CNAMTS 2001b).

Zahnärztliche Leistungen im Bereich Prophylaxe, Extraktionen und konservierende Behandlungen erstattet die Sécurité Sociale wie ambulante ärztliche Leistungen entsprechend der ausgehandelten Tarife zu 70 % (vgl. CNAMTS 2001b). Kieferorthopädische Behandlungen bedürfen einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt auch für den Zahnersatz. Eine Kostenerstattung erfolgt hier lediglich, wenn die Leistung therapeutisch angezeigt oder für die Berufsausübung notwendig ist (vgl. NGAP, Kapitel VII, Art. 1, Satz 1). Die Kosten werden bis zu einem festgelegten Betrag zu 70 % übernommen (vgl. Schneider, M. et al. 1998, S. 65). Festsitzende Prothesen muss der Patient vollständig selbst finanzieren.

Für Fertigarzneimittel existieren drei unterschiedliche Erstattungsstufen. Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Krankenkasse stellt die Verschreibung des Medikaments durch einen Arzt dar (vgl. CNAMTS 2001b). Die gesetzliche Krankenkasse erstattet lediglich die Kosten für Arzneimittel, welche auf einer Positivliste verzeichnet sind, die 4240 Medikamente umfasst (vgl. Schneider, M. et al. 1995, S. 256). Zudem muss das Medikament für eine Indikation verschrieben werden, die in einer ministeriellen Liste (ACP) steht. Bei unerlässlichen Arzneimitteln gegen schwere Krankheiten trägt die Krankenkasse die vollen Kosten. Bei vom Arzt hergestellten Arzneimitteln und Medikamenten gegen schwere Krankheiten erfolgt eine Kostenübernahme zu 65 %, während bei Arzneimitteln zur symptomatischen Behandlung von leichten Krankheiten die gesetzliche Versicherung nur 35 % der Kosten trägt. Alle anderen Medikamente sind von einer Erstattung ausgeschlossen. Hierfür muss der Patient die Kosten selbst tragen, sofern er keine Zusatzversicherung besitzt. Die Kosten für Verhütungsmittel werden i.a. zu 65 % zurückerstattet, wobei die Kosten für die Pille der neueren Generation und Kondome vom Patienten selbst zu tragen sind (vgl. Service Public 2001a). Kosten für Verbandsmaterialien werden ebenso wie Krankentransportkosten zu 65 % erstattet (vgl. CNAMTS 2001b).

Im Fall eines Krankenhausaufenthalts muss der Patient für die ersten 30 Tage des Aufenthalts 70 FF pro Tag zu den "Hotel"-Kosten zuzahlen. Nimmt er zusätzlichen Komfort oder Leistungen von Medizinern in Anspruch, die höhere als die festgelegten Honorare fordern, muss er diese Differenz selbst finanzieren. Die Krankenkasse übernimmt 80 % der Behandlungskosten, die sie direkt an die Klinik zahlt, so dass der Patient anders als bei ambulanten Leistungen hier nicht in Vorleistung treten muss. Sucht der Patient eine private Klinik auf, die keinen Vertrag mit der Krankenkasse geschlossen hat,

so muss er einen erheblichen Teil der Kosten selbst tragen. Über die Erstattung der Kosten in diesem Fall macht die CNAMTS auch auf ihrer Homepage keine generelle Aussage (vgl. CNAMTS 2001b).

Unter bestimmten Bedingungen trägt die Krankenkasse die Kosten des Klinikaufenthalts zu 100 % (vgl. CNAMTS 2001b):

- wichtige Operation,
- ab dem 31. Tag,
- für die Dauer von 12 Tagen nach der Entbindung,
- Aufenthalt eines Säuglings, der jünger ist als 30 Tage,
- Aufenthalt nach einem Arbeitsunfall, wenn die gezahlte Rente einer Einschränkung von 66 % entspricht; auch Familienangehörige erhalten eine Erstattung von 100 %,
- Empfänger einer Invalidenrente oder Witweninvalidenrente,
- Empfänger einer Altersrente, die eine Invalidenrente ersetzt,
- Empfänger einer Militärrente, vorausgesetzt der Grund des Klinikaufenthalts ist nicht die entschädigte Krankheit oder Verwundung,
- Aufenthalt aufgrund einer langwierigen Krankheit und
- Versicherter des Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.

Die Kostenübernahme im Fall einer Anschlussrehabilitation orientiert sich an der im Fall eines Klinikaufenthalts, d.h. die gesetzliche Krankenkasse übernimmt 80 % der Kosten (vgl. CNAMTS 2001b). Ebenfalls zu 80 % trägt die CNAMTS die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs (vgl. Service Public 2001b). Liegt hierfür kein therapeutischer Grund vor, muss eine Notsituation nachgewiesen werden, um eine legale Abtreibung durchführen zu können. Versuche zur künstlichen Befruchtung zahlt die Kasse innerhalb bestimmter Grenzen (z.B. die ersten vier Versuche einer In-Vitro-Befruchtung) zu 100 % (vgl. La Passerelle 2001).

Kosten für physiotherapeutische Behandlungen erstattet die CNAMTS zu 60 % auf Basis der zwischen der Kasse und den Physiotherapeuten ausgehandelten Tarife (vgl. CNAMTS 2001b). Psychotherapeutische Leistungen können im Fall ambulanter Be-

handlungen nur von ärztlichen Therapeuten abgerechnet werden. Die Erstattung entspricht hier der im ambulanten Bereich, d.h. die Kasse übernimmt 70 % der Kosten auf Basis der ausgehandelten Tarife. Im Rahmen einer stationären Behandlung trägt sie auch die Kosten für Therapien durch nicht-ärztliche Therapeuten (ÖBVP 2001).

Die Krankenkasse übernimmt Kosten von folgenden Hilfsmitteln zu 65 %, wenn eine Verschreibung eines Arztes vorliegt:

- Sehhilfen,
- Hörgeräte,
- Orthesen (stützenden und haltende Prothesen),
- Material zur häuslichen Pflege sowie
- Fußorthesen: orthopädische Schuhe.

Bei einigen Geräten, insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln, stellt eine vorherige Genehmigung der Kasse die Voraussetzung für eine Kostenübernahme dar. Die Patienten können den Leistungserbringer frei wählen. Für einige der Hilfsmittel existiert eine freie Preisbildung. In vielen Fällen bilden jedoch Festbeträge die Basis für die Erstattungssätze der Krankenkasse. Große Hilfsmittel übernimmt die Sécurité Sociale zu 100 % (CNAMTS 2001b).

Die Krankenkasse trägt die Kosten für Sehhilfen bei Kindern, die jünger sind als 6 Jahre und bei Erwachsenen über 18 Jahren ohne Begrenzung der Zahl der jährlich erstatteten Brillen. Im Alter zwischen 6 und 18 Jahren übernimmt sie lediglich die Kosten für eine Brille pro Jahr. Getönte Gläser werden nur bei bestimmten Indikationen erstattet. Bis zum Alter von 18 Jahren werden die Kosten für Gläser zu 65 % eines Tarifs erstattet, der nach dem Grad der erforderlichen Korrektur variiert. Die Kosten für Gläser werden bis zu einem maximalen Betrag von 200 FF ebenfalls zu 65 % übernommen. Für Erwachsene über 18 Jahre ist die Regelung ähnlich. In diesen Fällen, werden die Kosten für Gläser jedoch nur bis zu einem maximalen Betrag von 18,65 FF zu 65 % von der Krankenkasse finanziert. Bei bestimmten Indikationen ist auch eine Erstattung der Kosten für Kontaktlinsen möglich. Pro Paar kann der Versicherte auf Basis einer jährlichen Pauschale von maximal 259 FF 65 % der entstehenden Kosten erstattet bekommen (vgl. CNAMTS 2001b).

Die Kostenerstattung bei Hörgeräten setzt eine Verschreibung durch einen Arzt und die Aufführung des Geräts im TIPS<sup>22</sup> voraus. Für Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren und für Blinde jeden Alters werden 65 % des jeweiligen Tarifs erstattet, der für den betreffenden Apparat im TIPS festgelegt ist. Es werden die Kosten für zwei Geräte im Jahr übernommen, wenn es sich um Stereogeräte handelt. Versicherte über 20 Jahren erhalten 65 % der Kosten basierend auf einem Tarif von 1310 FF. Ab diesem Alter übernimmt die Kasse lediglich ein Gerät pro Jahr. Im Fall eines Stereogerätes, das in beiden Ohren getragen wird, ist also nur eines versichert. Die Kosten für die Wartung werden bis zu einer jährlichen Pauschale von 240 FF ebenfalls zu 65 % von der Krankenkasse getragen. Die Ausgaben hierfür müssen nachgewiesen werden. Für Jugendliche bis 20 Jahre und Blinde gilt die Pauschale ggf. für beide Geräte. Ersatzteile übernimmt die Krankenkasse zu 65 % der Tarife, die im TIPS verzeichnet sind. Auch hier müssen die Ausgaben nachgewiesen werden (vgl. CNAMTS 2001b).

Die CNAMTS erstattet die Kosten der unten aufgeführten Impfungen zu 65 %, wenn eine Verschreibung vorliegt (vgl. CNAMTS 2001b):

- einfache Impfungen gegen
  - Keuchhusten
  - Diphtherie
  - Hepatitis B
  - Haemophilus influenzae B (Erreger der Hirnhautentzündung)
  - Pneumokokken (Erreger der Lungenentzündung)
  - Mumps
  - Kinderlähmung
  - Masern
  - Röteln
  - Tetanus
  - Tuberkulose
  
- Kombinationsimpfungen gegen
  - Diphtherie-Tetanus
  - Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten
  - Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Kinderlähmung

---

<sup>22</sup> Tarif interministériel des prestations sanitaires: Amtliche Liste der erstattungsfähigen Hilfsmittel.

- Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmung
- Masern-Röteln
- Masern-Mumps-Röteln (für Kinder von 1 -13 Jahren kostenlos)
- Tetanus-Kinderlähmung

Eine aus beruflichen Gründen erforderliche Impfung gegen Hepatitis B übernimmt der Arbeitgeber. Für Kombinationsimpfungen gegen Masern, Mumps und Röteln bei Kinder zwischen einem und 13 Jahren fallen keine Zuzahlungen an. Für Versicherte über 65 Jahren trägt die Kasse die Kosten für eine Grippeimpfung vollständig, was ebenfalls gilt, wenn bestimmte Indikationen vorliegen. In allen anderen Fällen muss der Versicherte die Kosten in vollem Umfang selbst tragen (vgl. CNAMTS 2001b).

Im Fall einer Thermalkur erstattet die Krankenkasse die medizinischen Honorare sowie eventuelle zusätzliche ärztliche Behandlungen, die speziell in der Kureinrichtung vorgenommen werden, zu 70 % für Versicherte des Régime Général bzw. zu 100 % für Behinderte, chronisch Kranke und andere Anspruchsberechtigte. Die Übernahme der Behandlungskosten in der Einrichtung erfolgt in Form eines Pauschalbetrags, der je nach Einrichtung variiert. Für die Übernahme der Transportkosten existieren Einkommensgrenzen (1999: 96192 FF für eine Person + 48096 FF pro weiterem Anspruchsberechtigtem). Abhängig Beschäftigte und Arbeitslosenhilfeempfänger, deren Einkommen unterhalb einer bestimmten Grenze liegt, können für eine Kur Zuschüsse in Form von Tagessätzen erhalten (vgl. Service Publique 2001c).

Da das Ticket Modérateur insbesondere für einkommensschwache und sehr kranke Versicherte eine große Belastung darstellt, wird versucht, die sozialen Härten durch zahlreiche Befreiungsregelungen abzumildern. Hierbei handelt es sich meist um medizinische Indikationen (vgl. Schneider, M. et al 1998, S. 44). Gründe für eine Befreiung von der Zuzahlung bilden generell die Höhe der Behandlungskosten, die Dauer der Behandlung, die Krankheitsursache sowie die persönliche Situation des Versicherten (vgl. Schneider, M. et al. 1998, S. 44).

Von der Selbstbeteiligung befreit sind folgende Personengruppen:

- Versicherte oder mitversicherte Familienmitglieder, die an Krankheiten leiden, die in einer Liste von 30 ausgewählten Krankheiten aufgeführt sind,
- Versicherte mit einer Verweildauer in stationärer Behandlung von mehr als 30 Tagen,
- Versicherte mit größeren Operationen (so genannter K-Koeffizient),

- behinderte Kinder und Jugendliche,
- Versicherte oder Familienangehörige, die eine in einer Verordnung aufgeführte Prothese erhalten,
- Versicherte, die aus finanziellen Gründen die Selbstbeteiligung nicht aufbringen können (Sozialhilfe),
- Schwangere ab dem sechsten Schwangerschaftsmonat,
- Versicherte und deren mitversicherte Familienangehörige, wenn der Betreffende eine Kriegsopfer-, Invaliden- oder Unfallrente ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von zwei Dritteln bezieht,
- bei Arbeitsunfällen sowie
- Versicherte, die unter einer Krankheit leiden, die zwar nicht in der erwähnten Liste ausgeführt ist, die aber eine langwierige und besonders kostenintensive therapeutische Behandlung erfordert, unter der Voraussetzung, dass sich die Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium befindet bzw. zu einer schweren Behinderung führt.

Um auch den ärmeren Bevölkerungsschichten einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen, wurde am 27.12.1999 ein Gesetz zur Einführung einer universellen Krankenversicherung (Couverture maladie universelle, CMU) erlassen. Die CMU existiert seit dem 1.1.2000. Sie garantiert allen Personen, die ständig in Frankreich leben und bisher aus finanziellen Gründen keinen oder keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz besaßen, den Zugang zum Régime Générale und finanziert einkommensschwachen Haushalten<sup>23</sup> eine Zusatzversicherung (vgl. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2001). Der Leistungskatalog der CMU unterscheidet sich insofern von den üblichen Katalogen des Régime Général, als für die Versicherten in vielen Bereichen keine Zuzahlungen anfallen und diese Leistungen damit zu 100 % in den Katalog eingehen. Eine Kostenübernahme zu 100 % erfolgt für Arztbesuche bei Allge-

---

<sup>23</sup> Die Einkommensgrenzen für eine kostenlose Zusatzversicherung durch die CMU lagen am 1.1.2000 bei:

3500 FF (533,58 Euro) für eine Person,  
5250 FF (800,36 Euro) für zwei Personen,  
6300 FF (960,43 Euro) für drei Personen,  
7350 FF (1120,51 Euro) für vier Personen,  
+ 1400 FF (213,43 Euro) für jede weitere Person im Haushalt.  
Vgl. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2001).

mein- und Fachärzten sowie für verschriebene Leistungen und Medikamente, wenn sie im Rahmen der Sécurité Sociale erstattungsfähig sind. Außerdem dürfen die Ärzte im Sektor 2 bei Versicherten der CMU die mit der Sécurité Sociale ausgehandelten Tarife nicht überschreiten. Zudem müssen die Versicherten im Fall eines Klinikaufenthalts unabhängig von der Länge des Aufenthalts die Zuzahlung von 70 FF pro Tag nicht tragen. In einigen Bereichen reicht eine hundertprozentige Kostenerstattung entsprechend der Tarife der Sécurité Sociale nicht aus, da die Preise für diese Leistungen frei gebildet werden und über den entsprechenden Tarifen liegen. Das Gesetz sieht deshalb für die Versicherten der CMU Preise vor, die durch ministeriellen Erlass festgelegt werden. Eine Brille wird danach bis zu 358 FF für einfache Gläser und bis zu 700 FF für komplexere Gläser übernommen. Das entspricht der Erstattung der Sécurité Sociale für Jugendliche unter 16 Jahren. Für Zahnprothesen übernimmt die Krankenkasse, zusätzlich zur obligatorischen Erstattung und dem Ticket Modérateur, Kosten bis zu einer Grenze von 2600 FF innerhalb von zwei Jahren (d.h. z.B. fünf Metallkronen oder zwei Keramikronen). Bei erwiesenen medizinischen Problemen (z.B. mobile Prothese mit mehr als 10 Zähnen) erfolgt eine Erstattung der Kosten ohne Begrenzung zu 100 % (vgl. CNAMTS 2001a). Der Leistungskatalog der CMU weicht damit in einigen Bereichen erheblich von den Leistungen ab, die Versicherte des Régime Général gewöhnlicherweise erstattet bekommen. Diese Ausweitung zielte darauf ab, die Ungleichheit im Zugang zu bestimmten Leistungen abzumildern, die sich durch hohe Zuzahlungsraten in diesen Bereichen für Einkommensschwache ergab. Die zusätzlich aufgenommenen Leistungen stammen daher aus den Bereichen, in denen die Erstattungssätze der Assurance Maladie besonders niedrig liegen. Eine vorherige Prioritätenbildung auf Basis von Nutzen-Kosten-Überlegungen erfolgte nicht (vgl. Haut Comité de la Santé Publique 2000, S. 50).

### **3.2.2.2 Zur Diskussion über den Leistungskatalog**

Die Diskussion über den Katalog der erstattungsfähigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung findet in Frankreich auf einer sehr theoretischen Ebene statt. Im Mittelpunkt der Kontroverse steht, welche Kriterien bei einer anstehenden Neufassung des Katalogs Anwendung finden sollen. Der Anstoß zu dieser Diskussion resultiert – ähnlich wie in Deutschland – aus finanziellen Problemen der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei ihrer Einführung nach dem zweiten Weltkrieg bildete eine universelle Krankenversicherung, die zu mehr Gerechtigkeit im Zugang zu medizinischen Leistungen beitragen sollte, das Ziel (vgl. Haut Comité de la Santé Publique 2000, S. 6). Ähn-

lich wie in Deutschland entstanden bei der Finanzierung der beitragsfinanzierten Sozialversicherung Probleme, als sich zu Beginn der 70er Jahre in Folge der Ölpreisschocks die wirtschaftliche Lage verschlechterte und die Einnahmen zurückgingen. Seitdem gab es zahlreiche Maßnahmen zur Kostendämpfung in Form von Budgetierungen einzelner Bereiche, Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und von Zuzahlungen (Ticket Modérateur) (vgl. Lancry, P.-J. u. Sandier, S. 1999, S. 448 ff.). Das Ticket Modérateur bezweckte eine Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Beteiligung der Versicherten an den Kosten. Die Patienten sollten ein Kostenbewusstsein entwickeln und ihren Konsum auf das medizinisch sinnvolle Maß beschränken. Dieses Ziel wurde weitgehend verfehlt. Die hohen Zuzahlungsraten schufen einen Markt für Zusatzversicherungen (Mutuelles: Versicherungen auf Gegenseitigkeit ohne Gewinnstreben, private Zusatzversicherungen), die den Selbstbehalt ganz oder teilweise übernehmen. Da sich diese Versicherten direkt nur teilweise oder überhaupt nicht an den Kosten der medizinischen Leistungen beteiligen müssen, besteht für sie nur eingeschränkt ein Anreiz, ihren Konsum einzuschränken. Eine solche Einschränkung ist jedoch bei den Versicherten ohne Zusatzversicherung zu beobachten. Während 1980 die Zahl der durchschnittlichen Arztbesuche bei Versicherten mit und ohne Zusatzversicherung bei 5,2 Besuchen pro Jahr lag, betrug sie im Jahr 1990 bei den zusatzversicherten Personen 7,2, bei den Versicherten ohne Zusatzversicherung dagegen nur 5,1 Besuche pro Jahr (vgl. Haut Comité de la Santé Publique 2000, S. 43). Bei letzteren handelt es sich im Wesentlichen um einkommensschwache Personen, die sich aus finanziellen Gründen z.T. auch medizinisch notwendige Behandlungen nicht leisten können. Auf diese Weise trägt das Ticket Modérateur zu einer größeren Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen bei. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2000 die CMU eingeführt, die neben dem Ziel, Personen, die bisher über keinen Krankenversicherungsschutz verfügten, die Mitgliedschaft im Régime Général zu ermöglichen, auch eine kostenlose Zusatzversicherung für einkommensschwache Haushalte anbietet. Diese sozialpolitische Maßnahme löst jedoch nicht die finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein Instrument zur Begrenzung der Ausgaben stellte auch die Einführung des Sektors 2 im Jahr 1980 dar. Ärzte, die sich entscheiden, in diesem Sektor zu praktizieren, können die mit der Sécurité Sociale vereinbarten Tarife überschreiten. Im Gegenzug verlieren sie soziale Vorteile, die in den Übereinkommen zwischen Kasse und Ärzten vorgesehen sind und müssen ihre Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung selbst finanzieren (vgl. CNAMTS 2001b). Die Krankenkasse hoffte, auf diese Weise moderatere Honorarforderungen der Ärzte zu erreichen. Die Differenz zwischen dem verlangten Honorar und den festgelegten Tarifen müssen die Patienten zusätzlich zum Ticket Modérateur selbst zahlen, was dem Prinzip eines gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen entge-

gensteht. Im Jahr 1990 wurde versucht, das Wachstum des Sektors zu begrenzen, da neben den unerwünschten distributiven Effekten auch die angestrebte Reduktion der in Anspruch genommenen Leistungen und die Verbesserung der Qualität nicht erreicht wurden (vgl. Lancry, P.-J. u. Sandier, S. 1999, S. 456 f.).

Da zudem große Unterschiede in der regionalen Verteilung der Leistungen in Frankreich bestehen (vgl. Mougeot, M. 1999, S. 20 ff.), gewinnt das Thema Gerechtigkeit in der Diskussion um die Neugestaltung des Leistungskatalogs eine große Bedeutung. Eine Studie des Haut Comité de la Santé Publique, die sich damit beschäftigt, welche Ziele bei einer Umstrukturierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund stehen und welche Kriterien bei der Auswahl der erstattungsfähigen Leistungen Anwendung finden sollten, betont neben wirtschaftlichen Zielen, wie Effizienz und Effektivität, auch sehr stark ethische Kriterien, wie Solidarität und Gerechtigkeit (vgl. Haut Comité de la Santé Publique 2000, S. 20 ff.).

Über derartige grundsätzliche Überlegungen zur Veränderung des französischen Gesundheitssystems und des Leistungskatalogs der Krankenkasse geht der Plan stratégique der Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) hinaus (vgl. CNAMTS 1999). Bevor ihre konkreten Vorschläge zur Umgestaltung des Leistungskatalogs dargestellt werden, wollen wir zunächst auf die auch in diesem Bericht enthaltenen grundsätzlichen Betrachtungen eingehen.

Die erste Fassung des Plans nahm der Verwaltungsrat der CNAMTS am 30. März 1999 als Beitrag der Krankenversicherung zu einer Sammlung von Überlegungen an, die der Minister für Beschäftigung und Solidarität sowie der Staatssekretär für Gesundheit und soziale Angelegenheiten am 12. Februar 1999 initiierten. Um den Plan auf einer breiten Basis diskutieren zu können, wurden zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens, wie z.B. Primärkassen, Zusatzversicherungen und Patientenvertretungen, um ihre Meinung gebeten. Obwohl der Plan Vorschläge zu vielen verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens enthält, weist die CNAMTS ausdrücklich darauf hin, dass er nicht die Gesamtheit der Gesundheitsleistungen erfasst (vgl. CNAMTS 1999, S. 2).

Die Motivation zur Ausarbeitung des Plans stratégique besteht für die CNAMTS in der Besinnung darauf, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Frankreich bei ihrer Gründung das Ziel verfolgte, den Patienten im Fall der Krankheit ihre Zahlungsfähigkeit zu sichern und nicht die Finanzierung des Gesundheitssystems zu systematisieren (vgl. CNAMTS 1999, S. 1). Dieser Absicht erklärt sich die Kasse auch heute noch verpflichtet, wobei die Freiheit der Patienten und der Leistungserbringer gewahrt bleiben soll. Der Plan soll zu einer Diskussion über Veränderungen im Gesundheitswesen anregen und die Verantwortungen der Akteure so definieren, dass drei übergeordnete Ziele erreicht werden (vgl. CNAMTS 1999, S. 1):

- Sicherung der Qualität der Leistungen,
- Befriedigung der Gesamtheit der Bedürfnisse und
- Kontrolle der Kosten.

Das herausragende Ziel der CNAMTS stellt die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen dar, aus dem sich die dargestellten Vorschläge ableiten. Dieses Ziel kann nach Meinung der Kasse nur erreicht werden, wenn drei Bedingungen erfüllt sind (vgl. CNAMTS 1999, S. 3 ff.):

- die Neuorganisation erfolgt selektiv in Bezug auf die Leistungen und die Leistungserbringer,
- sie wird gemeinschaftlich mit allen Akteuren des Gesundheitswesens durchgeführt und
- sie ist für alle Betroffenen transparent.

Eine qualitative Verbesserung der Leistungen setzt zunächst die Einsicht voraus, dass aufgrund der begrenzten Mittel nicht alle Leistungen übernommen werden können. Es muss eine Auswahl der erstattungsfähigen Leistungen erfolgen, um eine Rationierung bei der Leistungsanspruchnahme zu verhindern, die sich typischerweise nicht an rationalen Kriterien orientiert und dem Grundsatz eines gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen für alle Patienten zuwiderläuft. Dies erfordert die Umgestaltung und regelmäßige Überprüfungen des Leistungskatalogs. Auf der Ebene der Leistungserbringer stellt der Bericht die automatische und lebenslange Vertragsbindung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in Frage. Der Plan fordert auch hier eine Auswahl, zumal den Anbietern eine Mitverantwortung bei der Bestimmung und Überwachung des Bedarfs, des Nutzens, der Qualität und der Kosten der Leistungen zukommt. Des Weiteren verlangt der Plan ein partnerschaftliches Vorgehen der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens. So gab es in den letzten Jahren verschiedene Versuche der Krankenkassen und des Staates zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Dabei erfolgte jedoch keine Einbeziehung der Leistungserbringer und Patienten. Notwendige Änderungen betreffen insofern auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, wobei eine größere Mündigkeit des Patienten angestrebt wird. Zudem wird auch eine Modifikation der Beziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gefordert. So solle die Krankenversicherung zwar auf eine moderate Kostenentwicklung einwirken, besitze

aber nicht die geeigneten Instrumente, um hier tatsächlich Einfluss ausüben zu können. Weder im Bereich der Tarifierung der Leistungen noch bei der Auswahl der erstattungsfähigen Leistungen verfügt sie über hierfür ausreichende Kompetenzen. Allgemein formuliert bedeutet dies eine Neuordnung der Zuständigkeiten und Kompetenzen im Gesundheitswesen. Aus dieser Einsicht folgt als Konsequenz die verstärkte Zusammenarbeit der CNAMTS mit den Zusatzversicherungen. Die Arbeit soll auf drei Feldern koordiniert werden (CNAMTS 1999, S. 5):

- Definition des Leistungskatalogs gemäß dem medizinischen Nutzen,
- Bestimmung der Kostenerstattungssätze sowie
- Wirtschaftlichkeit der Verträge mit den Leistungserbringern.

Damit die oben genannten Maßnahmen bei den Betroffenen auf Akzeptanz stoßen, müssen alle Versicherten über den Weg zur Verbesserung der Qualität hinreichende Transparenz besitzen. Ohne diese Transparenz bliebe die qualitativ hochwertige Pflege im Wesentlichen den besser Informierten bzw. Gebildeten vorbehalten, was zu einer Zweiklassenmedizin führen kann und die Sicherung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus dann verfehlt. Der Bericht fordert eine Kodierung und Erfassung der erbrachten Leistungen, um eine Rückverfolgung möglich zu machen. Dann ließen sich bei nachträglich erkannten Gesundheitsrisiken einer Behandlung die Empfänger bzw. die betroffenen Patienten ermitteln. Zudem ermöglicht dies eine Steuerung des Leistungsangebots in der Zeit und im Raum, d.h. zum einen besteht die Möglichkeit einer Bewertung und der Einbeziehung von Innovationen in den Leistungskatalog, und zum anderen würden die Auswirkungen von Aktivitäts- und Kompetenzverlagerungen zwischen Disziplinen, Berufen und Bereichen der Leistungsbereitstellung sichtbar.

Die Neuordnung des Gesundheitssystems zielt darauf ab, intelligente und dynamische, an medizinischen Kriterien ausgerichtete Beschränkungen zu schaffen, die sich auf die Modalitäten des Zugangs und der Abgabe der Leistungen beziehen und nicht bei der Kostenübernahme ansetzen. Als Auswahlbedingungen für die erstatteten Behandlungen und Produkte dienen die medizinische Qualität der Leistungen und der Bedarf der Patienten und nicht ihr Vermögen oder ihre gesellschaftliche Stellung (vgl. CNAMTS 1999, S. 7 f.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Plan der CNAMTS die Verbesserung der Qualität anstrebt durch eine stärkere Autonomie der Patienten, eine Neudefinition der Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen, die Einbeziehung von medizinischen

und wissenschaftlichen Experten in die Bewertung und Verbesserung der Leistungen sowie eine stärkere Zusammenarbeit mit anderen Versicherungen.

### 3.2.2.3 Reformvorschläge zum Leistungskatalog

Bei den Vorschlägen der CNAMTS zur Neudefinition des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkasse handelt es sich im Wesentlichen um die Aufnahme neuer Leistungen bzw. eine umfassendere Kostenübernahme in bestimmten Bereichen.

So wird eine Modifikation der Kostenübernahme und Tarifierung im Bereich der zahnärztlichen Versorgung angestrebt. Im Vordergrund steht hier die Förderung einer kontinuierlichen Vorsorge durch entsprechende Anreize für Patienten und Ärzte. Die erhaltende Pflege soll aufgewertet und eine vergleichbare Tarifierung von kieferorthopädischen und prothetischen Leistungen erreicht werden. Im Bereich der Vorsorge schlägt die CNAMTS vor, eine Option „continuité des soins“ (Kontinuität der Pflege) für die Versicherten zu schaffen. Patienten, die regelmäßig zum Zahnarzt gehen<sup>24</sup> und dies dokumentieren lassen, profitieren nach diesem Plan von einer verbesserten Kostenübernahme. Andernfalls übernimmt die Krankenkasse einen deutlich geringeren Anteil der Kosten. Den teilnehmenden Ärzten kommt die Verpflichtung zu, die Kontinuität der Vorsorge zu gewährleisten und die auszuhandelnden Tarife für Prothesen nicht zu überschreiten. Die genauen Bedingungen müssen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten ausgehandelt werden, sollten aber einen starken Anreiz zur Teilnahme darstellen. Die Änderung der Nomenklatur zielt darauf ab, die konservierenden Behandlungen aufzuwerten. Auch die Kostenübernahme für Prothesen im Bereich der Option „continuité des soins“ erfolgt nach einer überarbeiteten Nomenklatur: Zum einen werden bei ausreichender Vorsorge von Seiten der Patienten die Erstattungsraten erhöht, andererseits soll sichergestellt werden, dass die hieraus resultierenden Vorteile für die Versicherten nicht durch eine Erhöhung der Preise für Prothesen verloren gehen (vgl. CNAMTS 1999, S. 41).

Für Versicherte unter 20 Jahren sieht der Plan im Fall von kontinuierlichen Vorsorgeuntersuchungen eine hundertprozentige Kostenübernahme für alle Leistungen vor. Ausserdem strebt der Plan eine Neubewertung erhaltender Behandlungen (Vorschlag: um 75 % erhöhte Tarife) sowie vergleichbare Tarife von orthopädischen und prothetischen Behandlungen an. Patienten, die sich gegen die Option entscheiden, erhalten die konservierenden Behandlungen nach den heutigen Sätzen und kieferorthopädische Leistun-

---

<sup>24</sup> Einmal pro Jahr für Versicherte jünger als 20 Jahre, alle zwei Jahre für ältere Versicherte.

gen und Prothesen nicht mehr erstattet. Für Versicherte über 20 Jahren ersetzt die CNAMTS bei regelmäßiger Vorsorge die Kosten für erhaltende Maßnahmen in Höhe von 70 % der um 75 %<sup>25</sup> erhöhten Tarife. Bei Prothesen muss der Arzt einen festgelegten Tarif einhalten, der zu 40 % erstattet wird.<sup>26</sup> Bei fehlendem Nachweis einer ausreichenden Vorsorge finanziert die Krankenkasse erhaltende Maßnahmen nach den derzeitigen Sätzen und übernimmt keine Prothesen mehr. Die Abschätzung der Kosten erfolgte auf Basis der Hypothese, dass 50 % der Versicherten unter 20 Jahren und 40 % über 20 Jahren innerhalb eines Jahres zahnmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen und sich 60 % der Jüngeren und 50 % der Älteren für die Option einer kontinuierlichen Vorsorge entscheiden. Eine derartige Entwicklung würde bei der Assurance Maladie Kosten in Höhe von insgesamt 3,5 Mrd. FF verursachen. Entscheiden sich alle Versicherten für die neue Option, entstehen entsprechende Kosten in Höhe von 9,9 Mrd. FF. Gegenüber den tatsächlichen Ausgaben zum Zeitpunkt der Berechnung bedeutet dies zusätzliche Kosten in Höhe von 1,8 bzw. 8,2 Mrd. FF (vgl. CNAMTS 1999, S. 44).

Im Bereich der Sehhilfen wurden zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Berichts für Versicherte von 0 bis 16 Jahren 200 FF pro Fassung und durchschnittlich 150 FF pro Glas erstattet. Erwachsene erhielten 18 FF pro Fassung. Der Plan der CNAMTS sieht vor, die Tarife so umzugestalten, dass vor allem Versicherte davon profitieren, die sich Brillen zu Preisen kaufen, die in etwa den von der Kasse erstatteten Beträgen entsprechen. Betroffen hiervon wären etwa 30 % der französischen Bevölkerung. Die CNAMTS schlägt einen Zuschuss von 100 FF pro Fassung vor, deren Preis 300 FF nicht übersteigt. Für teurere Fassungen sieht sie keine Erstattung vor. Der erstattete Prozentsatz würde dann zwischen 100 % bei Preisen unter 100 FF und 0 % für Brillen über 300 FF variieren. Für Gläser erstattete die Assurance Maladie im Jahr 1998 durchschnittlich 35 FF für einfache und 75 FF für multifokale Gläser. Die CNAMTS schlägt eine Erhöhung auf 140 FF für einfache und 300 FF für multifokale Gläser vor. Insgesamt rechnet die CNAMTS bei der Umsetzung dieses Vorschlags mit zusätzlichen Kosten in Höhe von 900 Mio. FF (vgl. CNAMTS 1999, S. 44 f.).

Eine weitere Veränderung empfiehlt die CNAMTS bei der Kostenerstattung von Arzneimitteln. Im Gegensatz zu den beiden obigen Vorschlägen verfolgt dieser das Ziel, Kosten einzusparen, wobei daneben auch andere Gründe eine Rolle spielen. Vorgeschlagen wird zunächst eine Förderung von Generika, die in Frankreich bisher eine deutlich geringere Bedeutung besitzen als in Deutschland. Referenzpreise sollen sich auf Generika und ähnliche Therapeutika beziehen und später auch auf andere Medika-

---

<sup>25</sup> Arbeitshypothese der CNAMTS.

<sup>26</sup> Nach Angaben der CNAMTS entspricht dies dem Doppelten des aktuellen Durchschnittssatzes der Kostenübernahme. Vgl. CNAMTS (1999), S. 43.

mentengruppen, wobei patentierte Arzneimittel ausgenommen bleiben. Arzneimittel mit ähnlicher therapeutischer Wirkung sollen keine stark variierenden Preise aufweisen. Zudem wird angestrebt, die Einkommen der Apotheker von der Höhe der Preise der abgegebenen Arzneimittel zu entkoppeln, damit für den Apotheker kein wirtschaftlicher Anreiz mehr besteht, teure Medikamente statt äquivalenter Generika abzugeben. Darüber hinaus schlägt die CNAMTS vor, die Bedingungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln zu überarbeiten. Zahlreiche Arzneimittel, deren Kosten die Kasse derzeit zu 35 % erstattet, und einige der Medikamente mit Erstattungsraten von 65 % wiesen nur eine schwache oder unsichere therapeutische Wirksamkeit auf. Hier soll sich die Assurance Maladie aus der Erstattung zurückziehen, um die frei werdenden Ressourcen in Bereiche mit einer höheren Effektivität zu lenken (vgl. CNAMTS 1999, S. 47).

Im Sinne der Förderung der öffentlichen Gesundheit sieht die CNAMTS eine erweiterte Kostenübernahme von Schutzimpfungen als sinnvolles Ziel. In ihrem Plan konzentriert sie sich auf die Grippeimpfung, die sie durch verschiedene Informationsmaßnahmen in der Gruppe der über 75-jährigen und bei Personen mit erhöhtem Risiko fördern möchte. Zudem schlägt sie vor, die Kosten der Impfung auf die Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel zu setzen, da dann eine Preisregulierung möglich wird. Zudem wächst dann der Einfluss auf Großhändler und Apotheker, die derzeit teilweise Margen bis zu 40 % verdienen. Die CNAMTS rechnet bei der Umsetzung dieser Vorschläge mit Einsparungen, die je nach festgesetztem Preis über 100 Mio. FF betragen können (vgl. CNAMTS 1999, S. 51 f.).

Da im Fall der Thermalkuren bisher keine aussagekräftigen Studien über die Effektivität vorliegen, schlägt die CNAMTS vor, die Kostenübernahme auf Indikationen zu beschränken, bei denen gewisse Erfolgsaussichten bestehen. Dabei handelt es sich um Atemwegserkrankungen bei Kindern und Erkrankungen der Mundschleimhäute. Wirkungen der Thermaltherapie, die eine weitere Kostenübernahme über die gesetzliche Krankenversicherung rechtfertigen, zeigen sich im Bereich chronischer und wiederkehrender Erkrankungen der Haut, bei Ausschlägen, Schuppenflechte sowie bei schweren Verbrennungen, bei denen der direkte Kontakt mit dem Wasser die Narbenbildung verringert. Eine weitere Kostenübernahme hält die CNAMTS auch bei Atemwegserkrankungen und chronischen Ohrentzündungen von Kindern für sinnvoll. Alle anderen Indikationen sollten erst dann bei der Erstattung berücksichtigt werden, wenn entsprechende Expertisen über die Wirksamkeit vorliegen. Da die Beteiligung der Krankenkasse an den Kosten für die Wirtschaftlichkeit vieler Kureinrichtungen eine erhebliche Bedeutung besitzt, plant die CNAMTS eine Übergangsregelung, die die Erstattungssätze schrittweise über mehrere Jahre absenkt (vgl. CNAMTS 1999, S. 52 f.).

In Bezug auf die Umgestaltung des Leistungskatalogs beschäftigt sich der Bericht schließlich mit dem Bereich der palliativen Pflege während der letzten Lebensmonate und hierbei insbesondere mit der Möglichkeit einer Unterstützung der häuslichen Pflege. Nach Meinung der CNAMTS besteht in der Bevölkerung ein großes Bedürfnis nach einem weitgehend schmerzfreien Tod in der gewohnten Umgebung,<sup>27</sup> das durch die vorhandenen Strukturen nur unzureichend befriedigt werden kann. 1997 wurde ein Budget bereitgestellt, um die nötigen Strukturen für eine nicht-kurative Schmerztherapie in Krankenhäusern zu schaffen. Die CNAMTS plant darüber hinaus eine Förderung von Organisationen, welche die Betreuung von Patienten ermöglichen, die zu Hause sterben wollen. Begrenzt werden soll diese Förderung zunächst auf die schmerzlindernde Pflege am Lebensende bei unheilbar Kranken. Die Umsetzung dieses Plans verlangt Pflegekräfte, die nicht nur stationär in den sie beschäftigenden Einrichtungen tätig werden, sondern auch in anderen sozialen Einrichtungen (insbes. Altenheimen) diese spezielle Art der Pflege unterstützen. Dies erfordert eine Förderung von Einrichtungen, die eine Betreuung von Patienten sowohl in ihren Zentren als auch ambulant in ihrer jeweiligen Umgebung übernehmen. Finanziert werden sollen dabei auch die notwendigen Materialien für eine häusliche Pflege und die psychologische Betreuung der Pflegenden und gegebenenfalls deren Vertretung, um sie zeitweise zu entlasten. Die telefonische Erreichbarkeit von professionellen Pflegekräften und Ärzten rund um die Uhr sowie jederzeit verfügbare Klinikbetten sollen eine kontinuierliche Betreuung gewährleisten. Durchschnittlich ist eine nicht-kurative, schmerzlindernde Pflege in den letzten drei Lebensmonaten notwendig. Die häusliche Pflege verursacht in dieser Zeit Kosten, die denen einer 24tägigen Intensivpflege im Krankenhaus entsprechen. Berücksichtigt man auch im zweiten Fall die Kosten, die während der letzten 66 Tage vor der Einlieferung ins Krankenhaus entstehen, so bringt eine Förderung der häuslichen Pflege in diesem Bereich den Kassen auch wirtschaftliche Vorteile. Vorrangiges Ziel bleibt jedoch die Erhöhung der Lebensqualität der Sterbenden und ihrer Angehörigen (vgl. CNAMTS 1999, S. 32 ff.).

---

<sup>27</sup> 70 % der Franzosen sterben im Krankenhaus, obwohl Umfragen zufolge 70 % der Befragten ihr Lebensende lieber in gewohnter Umgebung erleben möchten. Vgl. CNAMTS (1999), S. 32.

### **3.2.3 Zwischenfazit: Die europäische Perspektive am Beispiel des französischen Leistungskataloges**

Der Amsterdamer Vertrag überlässt die Kompetenzen zur Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems explizit den Mitgliedstaaten. Die europäische Einigung bleibt dennoch nicht ohne Auswirkung auf die nationalen Gesundheitssysteme. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um indirekte Effekte, die sich mit allgemeinen Auswirkungen der Globalisierung überlagern. Die europäische Integration stellt dabei für die beitragsfinanzierten Sozialsysteme eine besondere Herausforderung dar. Auf der einen Seite verlangt die Verschärfung des Standortwettbewerbs, die Beitragssätze konstant zu halten oder sogar zu senken. Andererseits erhöht sich durch die modernen Informationsmöglichkeiten die Anspruchshaltung der Versicherten, die Druck in Richtung einer Erweiterung des Leistungskataloges erzeugen kann.

Die Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in den Rechtsstreitigkeiten Kohll und Decker machten deutlich, dass die nationalen Gesundheitssysteme trotz der ausdrücklichen Kompetenz der Mitgliedstaaten für deren Ausgestaltung keinen europarechtlichen Raum darstellen. In den jüngsten Urteilen des EuGH in den Rechtssachen Geraets-Smits und Peerbooms beschäftigte sich der Gerichtshof mit der Frage, ob ein Genehmigungsvorbehalt im Fall stationärer Behandlungen und einer Vergütung nach dem Sachleistungsprinzip mit europäischem Recht vereinbar ist. Der EuGH gelangte dabei zu dem Ergebnis, dass auch Sachleistungen in den Geltungsbereich des freien Dienstleistungsverkehrs fallen. Allerdings sah er den Vorbehalt einer vorherigen Genehmigung im Fall von stationären Leistungen als gerechtfertigt an, um die Krankenhausbedarfsplanung und damit die finanzielle Stabilität des Systems nicht zu gefährden. Auf den stationären Sektor wirkt sich damit die europäische Integration nur in soweit aus, als der Gerichtshof mit den oben genannten Bedingungen klare Kriterien dafür aufgestellt hat, wann eine Genehmigung für eine Leistungsanspruchnahme im Ausland erteilt werden muss. Zudem unterliegen Leistungen, die im Inland nicht von Vertragspartnern erbracht werden, ohne Einschränkungen der Dienstleistungsfreiheit. Die Ausdehnung dieser Urteile auf andere Bereiche des Gesundheitswesens eröffnet den Versicherten und Patienten die Chance, Qualitäts- und Preisunterschiede in Europa zu nutzen, wodurch sich ein europaweiter Wettbewerb der Leistungsanbieter ergeben könnte. Insgesamt ist jedoch zu erwarten, dass die Entscheidung, Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, erhebliche Differenzen in den Preisen bzw. der Qualität voraussetzt.

Neben Chancen für Patienten, Krankenkassen und hoch qualifizierte Leistungsanbieter bringt die Liberalisierung der Gesundheitsmärkte im Rahmen der europäischen Integration auch einige Anpassungsschwierigkeiten für das deutsche Gesundheitswesen mit

sich. Die Liberalisierung der Gesundheitsmärkte erfordert allerdings nicht die generelle Aufgabe des Sachleistungsprinzips. Da das deutsche Gesundheitswesen einen guten Ruf genießt und die gesetzliche Krankenversicherung den größten Teil notwendiger Leistungen abdeckt, scheint zudem eine Abwanderung von Patienten in großem Ausmaß in den nächsten Jahren nicht wahrscheinlich. Größere Nachfrageverschiebungen könnten sich im Bereich der Selbstmedikation ergeben, da diese besonders durch die Entwicklungen im Bereich der neuen Medien (Internetapotheken) kaum Mobilität der Nachfrager erfordert, um die bestehenden Preisvorteile zu nutzen. Bei Leistungen, die im Katalog der deutschen Krankenversicherung enthalten sind, bieten jedoch selbst große Preisunterschiede in den seltensten Fällen einen Anreiz zur Auslandsnachfrage.

Um die Entwicklung der Nachfrage nach Auslandsleistungen durch deutsche GKV-Versicherte abschätzen zu können, erscheint es sinnvoll, den Leistungskatalog unseres größten Nachbarlandes, Frankreich, zu betrachten. Er bietet sich auch insofern als Vergleichsbasis an, als das französische Gesundheitssystem im Unterschied zum deutschen bei einem internationalen Benchmarking der WHO hervorragend abschnitt. Das französische Gesundheitswesen verfügt – ähnlich wie das deutsche – über keinen expliziten Leistungskatalog. Ein impliziter Katalog wird durch verschiedene Nomenklaturen definiert, die den Umfang der erstattungsfähigen Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung bestimmen und den jeweiligen Tarif angeben. Das Ticket Modérateur, das die jeweiligen Zuzahlungen der Patienten festlegt, bildet einen Bestandteil der Definition des Leistungskataloges, da die Erstattungsraten die Zugehörigkeit einer Leistung zum Katalog bestimmen. Die Zuzahlung der Patienten variiert nach der Art der in Anspruch genommenen Leistung, der Art der Behandlung sowie der persönlichen Situation des Versicherten.

In Frankreich liegen die Erstattungsraten der gesetzlichen Krankenversicherung in vielen Bereichen deutlich unter den deutschen Sätzen. Eine Erstattung in Höhe von 60 % der Kosten erfolgt für die Honorare von medizinischen Helfern, Laboruntersuchungen, Physiotherapie und für Transport und Unterkunft, verbunden mit Thermalkuren. Die Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) übernimmt zu 65 % die Kosten für Verbandsmaterialien, Krankentransporte, Impfungen, Verhütungsmittel sowie Hilfsmittel, wenn sie auf der amtlichen Liste TIPS aufgeführt sind. Im Fall von ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, auch im Rahmen von Thermalkuren, für festsitzende Prothesen und Psychotherapie durch einen ärztlichen Therapeuten beträgt der Erstattungssatz 70 %. Die Kosten einer Krankenhausbehandlung bis zum 30. Tag sowie für Rehabilitation und Schwangerschaftsabbruch trägt die Kasse zu 80 %. Eine Kostenübernahme zu 100 % erfolgt für Grippeimpfungen bei Personen über 65 Jahren, Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und die Kranken-

hausbehandlungskosten ab dem 31. Tag. Die Erstattung von Medikamentenkosten beträgt je nach therapeutischer Wirksamkeit 0, 35, 65 oder 100 %.

Da das Ticket Modérateur insbesondere für einkommensschwache und sehr kranke Versicherte eine große Belastung darstellt, mildern zahlreiche Befreiungsregelungen die sozialen Härten ab. Um auch den ärmeren Bevölkerungsschichten einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen, wurde am 27.12.1999 ein Gesetz zur Einführung einer universellen Krankenversicherung (Couverture maladie universelle, CMU) erlassen. Sie garantiert allen Personen, die ständig in Frankreich leben und bisher aus finanziellen Gründen keinen oder keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz besaßen, den Zugang zum Régime Générale und finanziert einkommensschwachen Haushalten eine Zusatzversicherung.

Die finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenkasse in Frankreich bilden den Anstoß zu einer Diskussion über den Leistungskatalog der Krankenversicherung. Im Mittelpunkt der Kontroverse steht die Frage, welche Kriterien bei einer anstehenden Neufassung des Katalogs Anwendung finden sollen. Neben den finanziellen Schwierigkeiten bestehen in Frankreich große Unterschiede in der Verteilung der Gesundheitsleistungen, sodass dem Thema Gerechtigkeit in der Diskussion um die Neugestaltung des Leistungskatalogs eine große Bedeutung zukommt. Der Plan stratégique der CNAMTS geht über grundsätzliche Überlegungen zur Veränderung des französischen Gesundheitssystems und des Leistungskatalogs der Krankenkasse hinaus. Er strebt an, die Qualität der Versorgung durch eine stärkere Autonomie der Patienten, eine Neudefinition der Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen, die Einbeziehung von medizinischen und wissenschaftlichen Experten in die Bewertung und Verbesserung der Leistungen sowie eine stärkere Zusammenarbeit mit anderen Versicherungen zu verbessern.

Darüber hinaus beinhaltet der Plan konkrete Vorschläge zu einer Reform des Leistungskatalogs. Diese betreffen zunächst den Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Hier sollen entsprechende Erstattungsregelungen bei der Prothetik Anreize zu einer kontinuierlichen Prophylaxe setzen. Zudem wird eine Verbesserung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen angestrebt. Die Versorgung mit Brillen soll vor allem in ärmeren Bevölkerungsschichten durch eine Erhöhung der Erstattung im Fall von preisgünstigen Modellen verbessert werden, während teure Fassungen vom Patienten selbst finanziert werden müssen. Durch die Förderung von Generika, die Einführung eines Referenzpreissystems, eine Änderung der Vergütung der Apotheker sowie die Überprüfung der therapeutischen Wirksamkeit und eine entsprechenden Änderung der Erstattung strebt die CNAMTS Kosteneinsparungen im Bereich der Arzneimittel an. Eine Überprüfung der Erstattungsfähigkeit steht für den Bereich der Thermalkuren zu Diskussion, da nur für wenige Indikationen wissenschaftliche Erkenntnisse über einen medizinisch sinn-

vollen Einsatz vorliegen. Erhöht werden soll die Zahl der Grippeimpfungen von über 75jährigen durch gezielte Information und finanzielle Förderung sowie die Aufnahme der Impfstoffe in die Positivliste. Vorgeschlagen wird zudem die Aufwertung der palliativen Pflege in den letzten Lebensmonaten, wobei vor allem die häusliche Pflege größere Beachtung finden soll.

Insgesamt bestehen zwischen dem deutschen und dem französischen Leistungskatalog im Bezug auf die grundsätzlich als erstattungsfähig anerkannten Leistungen keine wesentlichen Unterschiede. Von Bedeutung ist jedoch die Differenz in den Zuzahlungen, die in Frankreich wesentlich höher liegen als in Deutschland. Da über 80 % der französischen Bevölkerung eine Zusatzversicherung besitzen, die diese Kosten übernimmt, sind sie für die meisten Franzosen bei der Inanspruchnahme von Leistungen allerdings nicht entscheidungsrelevant.

### **3.3 Exkurs: Zur Position der künstlichen Befruchtungstechniken im Leistungskatalog der GKV**

#### **3.3.1 Die Nachfrage nach Sterilitätsbehandlung**

Das Kieler Konzept und der NAV-Virchow-Bund stufen die künstliche Befruchtung und die Reproduktionsmedizin als krankenversicherungsfremde Leistung ein, die nicht in die Zuständigkeit der GKV fällt. Schwartz und Jung ordnen die reproduktionsmedizinischen Behandlungsformen nicht den Kern-, sondern den Ergänzungsleistungen zu. Sie scheiden damit ebenfalls aus der solidarischen Finanzierung aus, die Versicherten können sich aber über risikoäquivalente Prämien in diesem Leistungssegment absichern. Die französische Sozialversicherung, die ansonsten relativ hohe Selbstbehalte kennt, finanziert dagegen die künstliche Befruchtung innerhalb bestimmter Grenzen, d.h. bis zum vierten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation, zu 100 % (siehe 3.2.2.1). Die künstlichen Befruchtungstechniken bilden daher ein exemplarisches Beispiel für die konfliktäre Frage, ob es sich hier um eine Kern- bzw. Grund-, eine Zusatz- bzw. Wahl- oder gar um eine krankenversicherungsfremde Leistung handelt.

Die Weiterentwicklung neuer reproduktionsmedizinischer Techniken schuf neue medizinische Behandlungsmöglichkeiten für ungewollte Kinderlosigkeit.

Die Angaben über die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare in Deutschland schwanken zwischen 500.000 und 2 Millionen (vgl. Weise, W. 1994, S. 556, Glander, H. 1996, S. 333 und Würfel, W. et al. 1997, S. 2379). Irgendeine Form der Sterilitätsbehandlung findet schon heute bei über 3 % aller Lebendgeburten, d.h. bei über 20.000 Kindern pro Jahr, Anwendung (vgl. W. Würfel et al., 1997, S. 2379). Die Ausgaben der GKV für ART-Fertilisationstechniken (Assisted Reproductive Technologies) dürften auf der Grundlage von ca. 58.000 Zyklen (vgl. Felberbaum, R. u. Dahncke, W. 2000) und unterstellten Kosten pro Versuch von 5000 DM bis 6000 DM (vgl. Happel, J. et al. 1996) bei 290 bis 350 Millionen DM liegen. Dabei umfassen die Kosten pro Versuch neben der ärztlichen Behandlung auch die veranlassten Leistungen, d.h. hier insbesondere die Arzneimittel. Die Ausgaben für ART-Fertilisationstechniken nehmen an den gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Anteil von schätzungsweise knapp über 0,1 % ein.

Bei einer eingehenden Betrachtung der Sterilitätsbehandlung bietet es sich an, zunächst zwischen den Begriffen Sterilität, Infertilität, Kinderlosigkeit und ungewollter Kinderlosigkeit zu unterscheiden. Es gibt zahlreiche Studien, welche die Häufigkeit von Sterilität, Infertilität und ungewollter Kinderlosigkeit und die Nachfrage nach ärztlichem Rat wegen Kinderlosigkeit untersuchen. Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Studien gestaltet sich insofern schwierig, als Definitionen, methodische Konzepte und untersuchte Populationen differieren.<sup>28</sup> Um sich dem Problem zu nähern, erscheint eine Unterscheidung zwischen demographischen und medizinisch-epidemiologischen Begriffen hilfreich. Grundsätzlich unterscheiden sich demographische Angaben, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, von medizinisch-epidemiologischen Angaben, welche nur die untersuchte Population betreffen.

*Sterilität* liegt nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, wenn bei 2-3 Kohabitationen innerhalb einer Woche nach einem Zeitraum von 2 Jahren keine Konzeption erfolgt. Sterilität kann von Beginn einer Partnerschaft oder Ehe an bestehen (primäre Sterilität) oder auch erst nach Geburten bzw. Fehlgeburten (sekundäre Sterilität) auftreten. Im deutschen Sprachraum und auch in vielen anderen Ländern ist es üblich, diesen Zeitraum auf ein Jahr festzusetzen. Die Diagnose Sterilität bezieht sich auf beide Partner. Falls einer der Partner in einer anderen Partnerschaft leben würde, könnte sich zeigen, dass keine Sterilität vorliegt. In ca. 30 % der Fälle liegt die Sterilitätsursache bei der Frau, bei ca. 30 % beim Mann und bei ca. 30 % bei beiden Partnern. Eine unerklärbare Sterilität (idiopathische Sterilität) findet sich in ca. 10 % der Partnerschaften (vgl. Valet, A., Goerke, K. u. Steller, J. 1992, S. 374).

<sup>28</sup> Eine vergleichende Darstellung der Definitionen der Begriffe Sterilität, Infertilität, Kinderlosigkeit und ungewollter Kinderlosigkeit findet sich bei Schmidt, L. u. Münster, K. 1995, und Däßler, U. et al. 1994.

Unter *Infertilität* wird das Unvermögen der Frau verstanden, eine Frucht bis zur Lebensfähigkeit auszutragen (vgl. Roche-Lexikon Medizin 1987, S. 868). Ca. 50 % der Konzeptionen führen zu einer erfolgreichen Schwangerschaft. Das Vorliegen von Infertilität kann zwar mit Konzeptionsfähigkeit einhergehen, aber die Schwangerschaft mündet dann nicht in die Geburt eines lebensfähigen Kindes. Bei primärer Infertilität können keine lebensfähigen Kinder geboren werden, und es wurden noch nie Kinder geboren. Sekundäre Infertilität liegt vor, wenn nach der Geburt eines Kindes keine lebensfähigen Kinder mehr geboren werden können.

Unterschiedliche Angaben zur Infertilität wurzeln zumeist in unterschiedlichen Definitionen der Zielgruppe (Zähler) und der Bezugsgruppe (Nenner). Zur Bestimmung der Infertilität wird in einem Längsschnittmodell untersucht, wieviel Frauen nach Eliminierung von Faktoren, die eine Schwangerschaft verhindern, schwanger werden. Bezugsgruppe können nur jene Frauen sein, die in einem definierten Zeitraum zur „population at risk“ gehören. So entfallen in diesem Sinne Frauen mit Einnahme von Kontrazeptiva oder nach einer Sterilisation. Bei der Definition des Zählers stellt sich z.B. die Wahl, ob alle Konzeptionen, Konzeptionen mit Bestätigung einer Schwangerschaft oder Konzeptionen mit einer Lebendgeburt Berücksichtigung finden. Eine europaweite Studie definiert Schwangerschaft durch die eigene, abgesicherte Wahrnehmung der Frau. Ebenfalls als Maß für die Infertilität eignet sich die Dauer bis zum Eintritt einer Schwangerschaft bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr: „time to pregnancy“ (TTP).

Da es in epidemiologischen Studien leichter fällt, die Infertilität als die Sterilität zu messen, wurde erstere für Deutschland innerhalb einer europäischen Studie zur Infertilität anhand einer Bevölkerungsstichprobe geschätzt.<sup>29</sup> Die Desis-Studie ermittelte eine Lebenszeitprävalenz (Häufigkeit der Infertilität des gesamten fruchtbaren Lebensabschnittes) von ca. 25 % für einen infertilen Zeitraum von mehr als 12 Monaten. Dieser Zeitraum entsprach in ca. 60 % der Fälle einem primär infertilen Zustand, in ca. 40 % einem sekundär infertilen Zustand. Die kumulativen Schwangerschaftsraten von Frauen bei normaler Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs betragen nach 12 Monaten 70-90 %, nach 2 Jahren 80-95 %, jeweils abhängig von der Altersgruppe. Besonders deutlich tritt hervor, dass sich die altersabhängige Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden, mit zunehmendem Alter verringert. Bei einer Häufung von fertilitätseinschränkenden Faktoren (z.B. Diabetes) verringert sich die kumulative Schwangerschaftsrate allerdings erheblich. Paare, bei denen keine Ursache für ihre Infertilität gefunden werden konnte, haben auch ohne Behandlung nach einem Jahr eine Wahrscheinlichkeit von 14-20 %, nach 2 Jahren von 25-30 %, die Geburt eines Kindes zu erleben (vgl. Crosignani, P. u. Rubin,

---

<sup>29</sup> Siehe Däßler, U. et al., a.a.O. Die Auswahl der Stichprobe erfaßte Frauen unabhängig von ihrem Familienstatus (verheiratet und unverheiratet) im Gegensatz zur später erwähnten Mafostudie.

B. 1996). Die Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie muss insofern auch berücksichtigen, dass einige Paare auch ohne Therapie ein Kind bekommen können.

Der demographische Begriff *Kinderlosigkeit* bedeutet, dass die betreffende Person niemals Vater oder Mutter geworden ist. Zusätzlich unterteilt man zwischen ungewollter und gewollter Kinderlosigkeit, wobei diese Einteilung nach einer entsprechenden Befragung der Person stattfindet. Der deutsche Teil einer europaweiten epidemiologischen Studie (DEGIS) ermittelte 5,1 % ungewollte kinderlose, 16,3 % gewollt kinderlose und 5,7 % undefiniert kinderlose Frauen (vgl. Pennanen, P. 1993, S.138) bei einer Prävalenz<sup>30</sup> von 27,1 % kinderloser Frauen bezogen auf die Stichprobenpopulation, wobei Frauen und Männer im Alter von 25 bis 45 Jahren befragt wurden. Bei der Interpretation der Zahlen zwischen gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit gilt es zusätzlich zu berücksichtigen, dass bei einem jüngeren Paar, bei dem zunächst kein Kinderwunsch besteht, später eine ungewollte Kinderlosigkeit vorliegen kann. Besonders interessiert die Aufteilung der Kinderlosigkeit bei verheirateten Paaren, da diese die Kosten für assistierte Befruchtungstechniken derzeit erstattet erhalten. Pennanen gibt bei verheirateten Frauen den Anteil ungewollter Kinderlosigkeit mit 32 %, und die Quote gewollter Kinderlosigkeit mit 41,2 % an. In einer anderen Studie beziffert das Mafo-Institut (1989) das Ausmaß ungewollter Kinderlosigkeit mit 29 % bei 20 % gewollter Kinderlosigkeit und 51 % undefinierter Kinderlosigkeit. Die Untersuchungen zeigen einen ungefähr gleichen Anteil von ungewollter Kinderlosigkeit bei verheirateten Paaren.

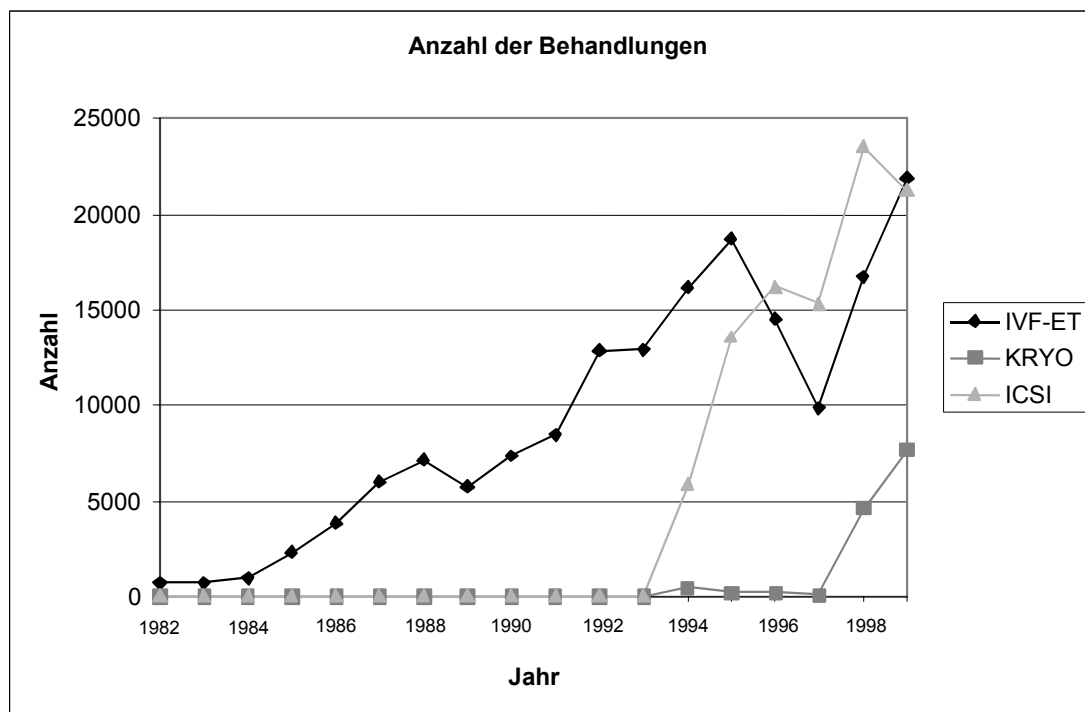
Die absolute Anzahl von Ehepaaren mit ungewollter Kinderlosigkeit verdient insofern Aufmerksamkeit, als bei diesen Patienten die Krankenkassen bei bestehender Erfolgsaussicht die Kosten für die Behandlung erstatten. Nach der Mafo-Studie gab es 1988 in den alten Bundesländern 0,41 Millionen ungewollt kinderlose Ehepaare (primär Betroffene). Zusätzlich erfolgt die Annahme, dass die Untergruppe der undefiniert Kinderlosen ca. 25 % ungewollt Kinderlose in der Zukunft enthält, d.h. 0,175 Millionen sekundär Betroffene. Das Mafo-Institut folgert, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt bei ca. 9 % aller Ehepaare ein unerfüllter Kinderwunsch besteht. Auf alle Länder der Bundesrepublik Deutschland bezogen dürften somit ungefähr 750.000 bis 800.000 Ehepaare ohne erfüllten Kinderwunsch leben.

In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich die Methoden der assistierten Reproduktionsmedizin stark entwickelt, und die Anzahl der Behandlungen nahm deutlich zu (Abbildung 17). In Deutschland benötigt man für die Anwendung reproduktionsmedizinischer Techniken mit Ausnahme der Insemination ohne Stimulation eine Genehmigung.

---

<sup>30</sup> Die Prävalenz gibt die Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt an.

Die Zulassung erteilen Ärztekammern nach Prüfungen, sofern der Bedarf im betreffenden Bundesland noch nicht gedeckt ist.



**Abbildung 17: Entwicklung der häufigsten Techniken der Reproduktionsmedizin**

Keineswegs alle Frauen und Männer, die ihren Kinderwunsch nicht erfüllen können, suchen zu einem bestimmten Zeitpunkt ärztlichen Rat auf. Daher erscheint es möglich, dass durch den Fortschritt der Diagnose- und Therapiemethoden die Zahl der Personen, die ärztliche Behandlung nachfragt, zukünftig ansteigt.

Die künftige bzw. zu erwartende Nachfrage nach Sterilitätsbehandlung in Deutschland hängt vor allem von folgenden Faktoren ab:

### 1. *Demographische Entwicklung*

Die Bevölkerungsvorausberechnung vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2050 zeigt, dass die Gesamtanzahl der Frauen, die sich in ihrer reproduktiven Phase (15 bis 45 Jahre) befindet, im Vergleich zum jetzigen Zeitpunkt abnimmt (vgl. Statistisches Bundesamt 2000b). Jedoch vergrößert sich im Laufe der Zeit immer mehr der prozentuale Anteil von Frauen im Alter zwischen 30 und 45 Jahren. Da in den letzten 20 bis 30 Jahren die Erstgeburt und Folgegeburten bei Frauen in immer späterem Alter stattfanden, kommt den älteren Frauen ein in

Zukunft größeres Gewicht zu. Gerade bei älteren Frauen steigt jedoch die Sterilität.

## 2. *Inanspruchnahme von ärztlichem Rat und wissenschaftliche Weiterentwicklung von Reproduktionstechniken*

Ungefähr die Hälfte der Paare, die unter Infertilität leiden, unterzog sich bisher noch keiner Sterilitätsbehandlung. Die zu erwartende weitere Entwicklung der Reproduktionstechnologien mit ihren gestiegenen Erfolgsmöglichkeiten könnte die Paare dann dazu veranlassen, ärztliche Beratung aufzusuchen. Trotz eines wahrscheinlichen Bevölkerungsrückganges dürfte die Behandlungszahl von Patienten mit Sterilitätsproblemen wegen obengenannter Faktoren künftig nicht abnehmen.

### **3.3.2 Erstattungsfähigkeit in der GKV**

Nach § 27 SGB V gehören Leistungen, die zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit führen, zur Krankenbehandlung, auf die Versicherte einen Anspruch haben. Die Erstattungsfähigkeit der Sterilitätstherapie durch gesetzliche Krankenkassen setzt grundsätzlich 3 Bedingungen voraus:

- eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne,
- die Therapie als eine notwendige medizinische Heilbehandlung und
- eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode.

Nachdem einige Zeit umstritten blieb, ob es sich bei ungewollter Kinderlosigkeit infolge von Sterilität um eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne handelt, stuft der Mitte 1990 eingefügte § 27a SGB V die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung eindeutig als Krankenbehandlung ein. Er knüpft die Erstattungsfähigkeit der Fertilitätstherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an folgende Voraussetzungen:

- Die Maßnahmen müssen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein und hinreichende Erfolgsaussichten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft versprechen.
- Diese Therapie können nur verheiratete Personen in Anspruch nehmen.
- Es dürfen nur Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden, was nicht-homologe Befruchtungen ausschließt.
- Vor Durchführung der Maßnahmen muss ein Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, die Ehegatten über die medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte der geplanten Maßnahmen unterrichten.
- Bei der Frau darf keine Sterilisation durchgeführt worden sein.
- Zudem darf bei der Frau keine HIV-Infektion vorliegen und gleichzeitig wird ein ausreichender Schutz vor einer Rötelninfektion durch Impfung gefordert.

Falls alle Bedingungen vorliegen, können erstattet werden:

- 8-malige Insemination ohne hormonelle Stimulation (Spontanzyklus),
- 6-malige Insemination nach hormoneller Stimulation und
- 4-malige IVF-ET.

Falls nach diesen Behandlungen keine klinische Schwangerschaft eintritt, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für weitere Versuche nicht mehr.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen listet in seinen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur assistierten Befruchtung gemäß § 27a Abs. 4 folgende medizinische Indikationen auf:

- Zustand nach Tubenamputation,
- Nicht behandelbarer Tubenverschluss,
- Tubarer Funktionsverlust,
- Endometriose,

- Idiopathische Sterilität,
- Subfertilität des Ehemannes bei erfolgloser Insemination nach Stimulation sowie
- Immunologisch bedingte Sterilität.

Das Bundessozialgericht verpflichtet die Krankenkassen mit Urteil vom 03.04.2001, die Kosten auch für die ICSI zu übernehmen (Az.: B 1 KR 40/00 R). Am 01.01.1997 hatte der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen, die ICSI nicht in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Die Ablehnung wurde damit begründet, dass es noch nicht ausreichend untersucht sei, ob bei dieser speziellen Methode eine erhöhte Missbildungsrate auftrete. Der Gesetzgeber nahm 1990 die künstliche Befruchtung in die Leistungspflicht der Kassen auf, obwohl eventuell auch bei der IVF-ET ein erhöhtes Risiko von Missbildungen besteht. Allerdings gibt es auch bei der IVF-ET zu wenig Studien, um dieses Risiko abschließend beurteilen zu können, sodass es insoweit an ausreichenden Bewertungsgrundlagen fehlt. Nach Meinung des Bundessozialgerichts entscheiden alleine die Eltern, ob sie ein eventuell erhöhtes Missbildungsrisiko in Kauf nehmen wollen.

### **3.3.3 Medizinische Grundlagen**

#### **3.3.3.1 Diagnose und Therapie**

Um bei einem einzelnen Paar Fertilitätsstörungen zu behandeln, eignet sich kein schematisches Vorgehen, vielmehr müssen die jeweiligen Umstände berücksichtigt werden (vgl. Crosignani, P. u. Rubin, B. 1996). Es sollten auf jeden Fall beide Partner untersucht und eine möglichst eindeutige Diagnose gestellt werden, um einen Behandlungsplan aufzustellen. Auch die Stärke des Kinderwunsches muss ärztlicherseits beurteilt werden, um entweder konservativ zu therapieren (Wahl eines geeigneten Kohabitationstermins nach Bestimmung des Ovulationstermins, Ovulationsstimulation mit Clomifencitrat und Gonadotropinen) oder invasiv vorzugehen (z.B. ART-Techniken oder Mikrochirurgie). Vor allem bei jungen Paaren, bei denen eine Basisdiagnostik durchgeführt wurde und keine erkennbaren Ursachen für die Sterilität vorliegen, empfiehlt sich ein Abwarten. Falls nach einer gewissen Zeit die konservative Behandlung erfolglos bleibt und der Kinderwunsch immer noch besteht, kommen invasive Therapiemöglichkeiten in

Frage. Allerdings sollte auch hier nicht zu lange zugewartet werden, da sich bei Paaren, bei denen die Frau älter als 30 Jahre ist, die Aussicht auf ein Kind immer mehr verschlechtert. Auch Paare, bei denen keine Ursache für die Sterilität gefunden wurde und deren Kinderlosigkeit seit mehr als 2 Jahren andauert, besitzen ohne invasive Therapie nur noch eine geringe Chance auf ein Kind und benötigen eine gezielte Vorgehensweise. Zudem steigen durch ein unstrukturiertes Vorgehen die Gesamtbehandlungskosten.

Das große Spektrum möglicher Ursachen der Sterilität erfordert eine breit gefächerte Diagnostik. Folgende Untersuchungsverfahren werden häufig vor Beginn einer Sterilitätstherapie bei einer Frau angewendet:

- (Gynäkologische) Anamnese,
- Gynäkologische Untersuchung inklusive Entnahme eines zervikalen Abstriches für die Bakteriologie, zytologische Pathologien, Zyklusmonitoring mit Basaltemperaturkurve (BTK), vaginalsonographische Untersuchung,
- Hormonstatus der Frau
  - Gonadotropine (FSH, LH)
  - Östrogene und Progesteron
  - TRH-Test
  - Androgene (DHEAS, Testosteron)
  - Prolaktin (basal und nach Stimulation)
  - ACTH-Test (adrenale Hyperandrogenämie),
- Funktionstests (Hormontests),
- Beurteilung des Zervixschleims (Zervixindex),
- Postkoitaltest,
- Endometriumbiopsie,
- Tubendiagnostik sowie
- Serologische Untersuchung (Röteln und HIV).

Falls bei einer Patientin eine Ursache besonders wahrscheinlich erscheint, wird die diagnostische Vorgehensweise entsprechend modifiziert (vgl. Strowitzki, T. 1996, S. 95-99).

Bei einem Mann bieten sich folgende Untersuchungen an:

- Anamnese,
- Klinische Untersuchung,
- Spermaanlyse (Spermiogramm): Spermiedichte, Motilität, morphologische und physikalisch-chemische Parameter,
- Endokrinologische Untersuchungen,
- Mikrobiologische Untersuchungen und
- Nachweis von Spermatozoenantikörpern.

Über die Häufigkeitsverteilung der Sterilitätsursachen bei Frauen in den Industrieländern informiert Tabelle 7 (vgl. WHO 1992, S.4).

<b>Ursache</b>	<b>Häufigkeit</b>
Ovulationsstörungen	24,8 %
Hyperprolaktinämie	6,7 %
Endometriose	5,7 %
Bilaterale Tubenokklusion	10,6 %
Erworbene Tubenanomalien	11,2 %
Vaginale, zervikale und uterine anatomische Ursachen	12,4 %
Idiopathisch	28,6 %

**Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der weiblichen Sterilitätsursachen**

Die Sterilitätsabklärung beinhaltet beim Mann eine eingehende andrologische Untersuchung, die leider häufig unterbleibt (vgl. Bals-Pratsch, M. u. Nieschlag, E. 1996).

Zu den wichtigsten Ursachen beim Mann gehören:

- primäre und sekundäre Störungen der Hodenfunktion,
- Störungen der Spermiogenese und
- Störungen des Spermientransports.

Für die Fertilitätsstörungen beim Mann stellt die Auswertung des Spermioграмms die wichtigste diagnostische Maßnahme dar. Die Tabelle 8 gibt die wichtigsten Ursachen an, die sich durch eine eingehende Untersuchung des Spermas diagnostizieren lassen.

<b>Spermiogrammtyp</b>	<b>Kriterien</b>
Normozoospermie	> 20 Mio./ml und > 40 % beweglich
Pathologische Spermioграмme:	
Oligozoospermie	< 20 Mio./ml
Asthenozoospermie	< 40 % gut beweglich
Oligoasthenozoospermie	< 20 Mio./ml und < 40 % gut beweglich
Teratozoospermie	Weniger als 50 % Spermien mit normaler Morphologie
Azoospermie	Keine Spermien im Ejakulat
Aspermie	kein Ejakulat

**Tabelle 8: Mögliche Ergebnisse von Spermauntersuchungen**

Zur Untersuchung der Motilität der Spermatozoen setzt sich immer mehr die Computer-Assisted-Semen-Analysis (CASA) durch. Diese mikroskopische Videoanalyse bewertet die Beweglichkeit der Spermatozoen. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass Spermienparameter außerhalb der Normwerte nicht zwangsläufig Sterilität bedeuten, da die Übergänge zur Unfruchtbarkeit fließend verlaufen. Nur bei Vorliegen von toten bzw. keinen Spermien im Ejakulat liegt Sterilität vor. Es gibt bis heute keinen Test, der unzweifelhaft die Befruchtungsfähigkeit der Spermien messen kann.

Die therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung fasst Tabelle 9 zusammen, während Tabelle 10 synoptisch die wichtigsten Behandlungsverfahren der modernen Reproduktionsmedizin einschließlich der intrauterinen Insemination aufzeigt (vgl. Strowitzki, T. 1996, S. 102-156).

<b>Diagnose</b>	<b>Grundsätzliches Therapiespektrum</b>
Hormonelle (Ovulations)störungen bei der Frau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechende antagonistische hormonelle Behandlung und eventuell Ovulationsstimulation</li> </ul>
Tubare Sterilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikrochirurgische Refertilisierung</li> <li>• IVF-ET</li> </ul>
Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GNRH-Analoga</li> <li>• Operative Behandlung</li> <li>• Reproduktionsmedizinische Techniken</li> </ul>
Mikrobielle Ursachen bei Frau oder Mann	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotika</li> </ul>
Männliche Hormonstörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hormonelle Behandlung mit Gonadotropinen</li> <li>• Hormonelle Substitutionstherapie</li> <li>• Reproduktionsmedizin</li> </ul>
Gering- bis mäßiggradige andrologische Subfertilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICSI</li> </ul>
Idiopathische Sterilität	
Reduzierte Eizellqualität	

**Tabelle 9: Mögliche Therapien bei bestimmten Diagnosen**

<b>Häufige Indikationen</b>	<b>Kennzeichen</b>	<b>Techniken</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• immunologische Sterilität</li> <li>• retrograde Ejakulation</li> </ul>	intrauterine Applikation des Samens in das Cavum uteri	Intrauterine Insemination (IUI)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tubare Sterilität</li> <li>• Endometriose</li> </ul>	extrakorporale Befruchtung ohne Eileiterpassage	In-Vitro-Fertilisation mit Embryonentransfer (IVF-ET)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterilität oder Versagen anderer ART-Techniken</li> <li>• ausgeprägte andrologische Subfertilität</li> </ul>	direkte Injektion eines Spermiums in eine Eizelle	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

**Tabelle 10: Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin**

## **IUI**

Da bei der IUI das Sperma nach Aufreinigung direkt in das Cavum uteri gebracht wird, ermöglicht sie eine technisch leichte Durchführung. Sie findet vor allem Anwendung, wenn nur eine leichte andrologische Subfertilität vorliegt. Bevor der Samen in die Gebärmutterhöhle gelangt, wird er entsprechend aufgearbeitet, um das Seminalplasma zu entfernen, aber auch um die Befruchtungschancen zu erhöhen. Die wichtigsten Verfahren stellen die Swim-up-Methode und die Percoll-Dichtezentrifugation dar.

## **IVF-ET**

Bei dieser Methode findet die Befruchtung außerhalb des weiblichen Körpers statt und der entstandene Embryo wird anschließend zurück in den Uterus gebracht. Die wichtigste Indikation stellt immer noch ein irreparabler Eileiterschaden dar.

## **ICSI**

Die ICSI bildet die inzwischen am meisten verwendete Technik der modernen Reproduktionsmedizin. Diese Behandlungsmethode bietet sich an, wenn die Spermien die Eizelle vor allem aufgrund männlicher Fertilitätsstörungen nicht direkt befruchten können. Je ein Spermium wird dabei durch Mikroinjektion in eine Eizelle gebracht. Hierdurch erhöhen sich bei bestimmten schweren männlichen Fertilitätsstörungen die Erfolgsaussichten beträchtlich.

## **KRYO**

Die KRYO-Techniken lassen bei zu erwartender bzw. zu befürchtender zukünftiger Sterilität dem Mann die Möglichkeit offen, in der Zukunft Kinder zu zeugen. Dabei findet die Lagerung der Spermatozoen bei  $-196^{\circ}\text{C}$  in flüssigem Stickstoff statt. Häufige Begründung für den Einsatz dieser Techniken stellen z.B. geplante Chemotherapien, Röntgenbestrahlungen und operative Entfernung beider Hoden dar, welche die Zeugungsfähigkeit des Mannes einschränken oder beenden. Weiteren Einsatz finden die Kryotechniken bei der Kältekonservierung von befruchteten Eizellen in sog. Pronucleus-Stadien. Hierbei werden diese bereits befruchteten Eizellen in einem sehr frühen Entwicklungsstadium tiefgefroren, und stehen somit für ein Embryotransfer zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung.

### 3.3.3.2 Der Ablauf bei der IVF-ET und ICSI

Die Stimulation dient dazu, die Follikelentwicklung und Ovulation zu unterstützen bzw. eine erhöhte Anzahl von Eizellen für die nachfolgenden Fertilisationsvorgänge zu gewinnen. Tabelle 11 zeigt die gebräuchlichen Stimulationsschemata.<sup>31</sup>

Stimulationsschemata	Verabreichte Hormone
Gonadotropinstimulation:	– HMG – hochgereinigt urinäres oder rekombinantes FSH
Antiöstrogen-Gonadotropin-Stimulation	– Clomiphen/HMG – Clomiphen/FSH
GnRH-Analoga-Gonadotropin-Stimulation	– long protocol – short protocol
Antiöstrogenstimulation	– Clomiphen

**Tabelle 11: Verwendete Stimulationsschemata**

Aufgrund der besseren Stimulationsergebnisse konnte sich bei vielen Behandlungen das long protocol des GnRH-Agonisten-Gonadotropin-Stimulationsschemata (GnRH = Gonadotropin-Releasing-Hormon) durchsetzen. Inzwischen kommen teilweise zusätzlich GnRH-Antagonisten zum Einsatz, um den mitzyklischen LH-Anstieg zu unterbinden und den Verbrauch von Gonadotropinen im Vergleich zum GnRH-Agonisten-Gonadotropin-Stimulationsschemata zu vermindern.

Die Beurteilung der Follikelreifung mittels Sonographie, Östradiolbestimmung und fakultativer LH-Bestimmung gewährleistet heute ein engmaschiges Zyklusmonitoring zum Schutz der Patientin. Verschiedene Gründe können dennoch den Abbruch der Stimulationstherapie nahe legen bzw. erforderlich machen:

- ungenügende Stimulation,
- vorzeitiger LH-Peak/Anstieg oder
- ovarielle Überstimulation, etc.

<sup>31</sup> Zu den Vor- und Nachteilen einzelner Stimulationsschemata und Substanzen der Ovulationsinduktion siehe Kleinstein, J. 1996.

Die Häufigkeit der Abbruchgründe hängt vom Patientenkollektiv und dem Stimulationschema ab. Reifen z.B. bei der Stimulation nur 1 bzw. 2 Eizellen heran, reicht dies für eine nachfolgende Insemination völlig aus. Für Maßnahmen wie IVF-ET und ICSI stellt dies aber ein ungenügendes Stimulationsergebnis dar.

Nach erfolgreicher Stimulation unterstützt das humane Choriongonadotropin (hCG) die Auslösung des Eisprungs. Im nächsten Schritt werden herangereifte Eizelle(n) mit Hilfe der transvaginalen Sonographie geortet und punktiert, was in den meisten Fällen ambulant erfolgt.

Nach der Follikelpunktion folgen die eigentlichen Schritte der IVF-ET:

- Fertilisationsversuch in vitro,
- Embryokultivierung und
- Embryonentransfer.

Verlaufen diese Schritte erfolgreich, wird eine eingetretene Schwangerschaft mit Hilfe des hCG-Tests nachgewiesen und gegebenenfalls die hormonelle Unterstützung der Schwangerschaft mit hCG und Progesteron durchgeführt.

Die ICSI (siehe Küpker, W. et al. 1996) beginnt wie die IVF-ET mit der hormonellen Stimulation und Follikelpunktion. Vor der Injektion des Spermas findet zur leichteren Auffindung geeigneter Samenzellen eine Aufbereitung durch das Percollverfahren oder die Swim-up-Methode statt. Bei der Eizelle erfolgt die Abpräparation der obersten Zellschichten und anschließend die Injektion einer Spermazelle direkt in das Cytoplasma der Eizelle mit Hilfe eines computerunterstützten Lichtmikroskopes. An die eingetretene Befruchtung der Eizelle schließt sich der Embryonentransfer an, und die nachfolgenden Schritte entsprechen im Ablauf der IVF-ET. Varianten der ICSI stellen die MESA (Microsurgical epidymial sperm aspiration) und die TESE (Testicular sperm extraction) dar. Bei der MESA erfolgt die invasive Spermengewinnung aus dem Nebenhoden und bei der TESE aus dem Hoden. Beide Verfahren finden hauptsächlich Anwendung, wenn die Sterilitätsursache im Samengang oder in der Spermatogenese wurzelt.

### 3.3.3.3 Erfolgsindikatoren und -aussichten

Als Indikatoren, die Erfolgsaussichten einer ART zu messen bzw. abzubilden, bieten sich u.a. folgende Kennziffern an:<sup>32</sup>

- Klinische Schwangerschaft (biochemischer Nachweis) pro Behandlungszyklus,
- Klinische Schwangerschaft pro Follikelpunktion,
- Klinische Schwangerschaft pro Embryotransfer,
- Entbindung eines bzw. mehrerer Kinder pro Behandlungszyklus sowie
- Entbindung eines bzw. mehrerer Kinder pro Embryotransfer.

Die letzten beiden Indikatoren geben die Wahrscheinlichkeit an, nach verschiedenen ART-Behandlungsschritten ein Kind zu bekommen: Take-Home-Baby-Rate.

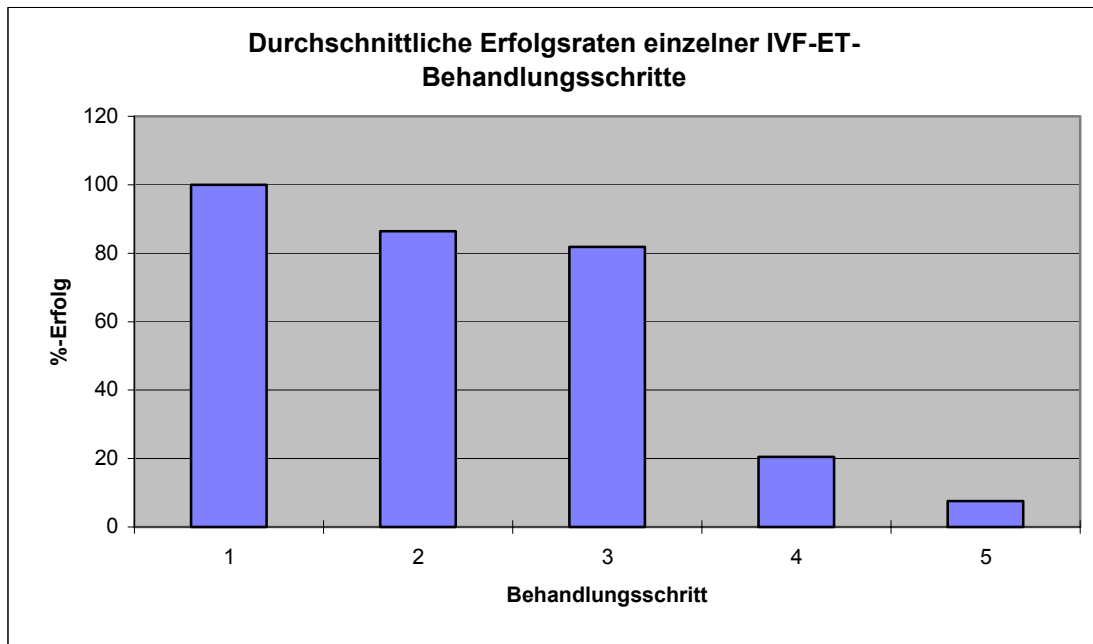
Die Abbildungen 18 und 19 zeigen die Erfolgsraten von IVF-ET und ICSI-Behandlungen in Deutschland nach dem nationalen IVF-Register für das Jahr 1999 (vgl. DIR 2000). Im Laufe der letzten Jahre kam es zu einer stetigen Steigerung der Erfolgsraten. Die durchschnittliche Erfolgsrate für eine Geburt lag bei 7,5 % bei einem IVF-ET-Behandlungszyklus und bei einem ICSI-Behandlungszyklus bei 9,6 %.

Dabei handelt es sich um folgende Schritte bzw. Zeitpunkte einer IVF-ET und ICSI-Behandlung:

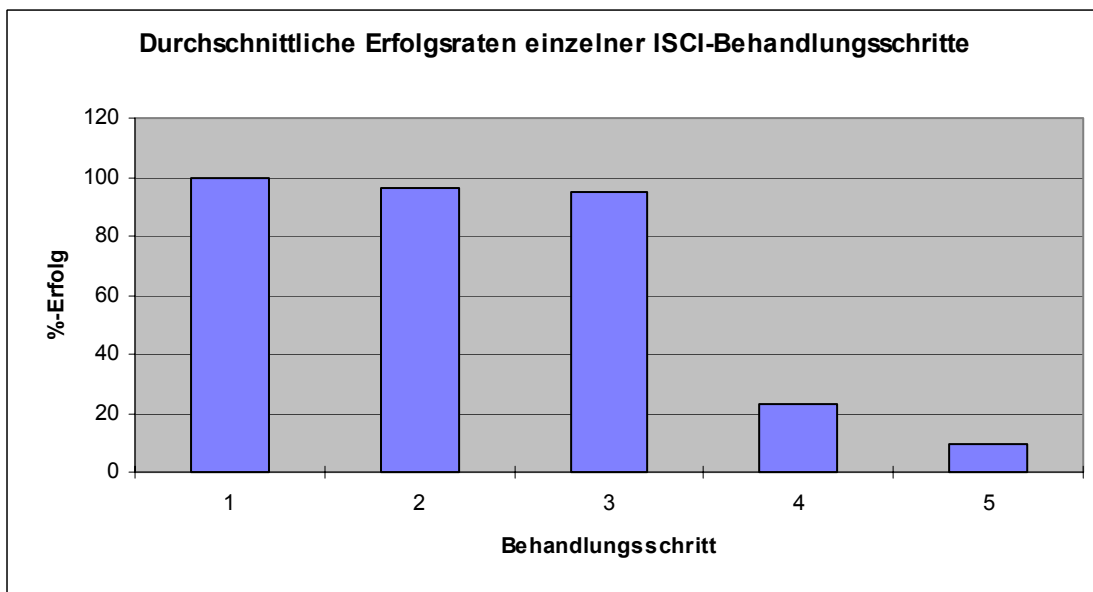
1. Behandlungszyklus
2. Erfolgreiche Fertilisierung einer Eizelle pro Behandlungszyklus
3. Embryotransfer pro Behandlungszyklus
4. Klinische Schwangerschaft pro Behandlungszyklus (biochemischer Nachweis)
5. Geburt pro Behandlungszyklus

---

<sup>32</sup> Über die Vor- und Nachteile verschiedener Maße zur Messung des Erfolges assistierter Befruchtungstechniken diskutieren Wilcox, L. et al. 1994.



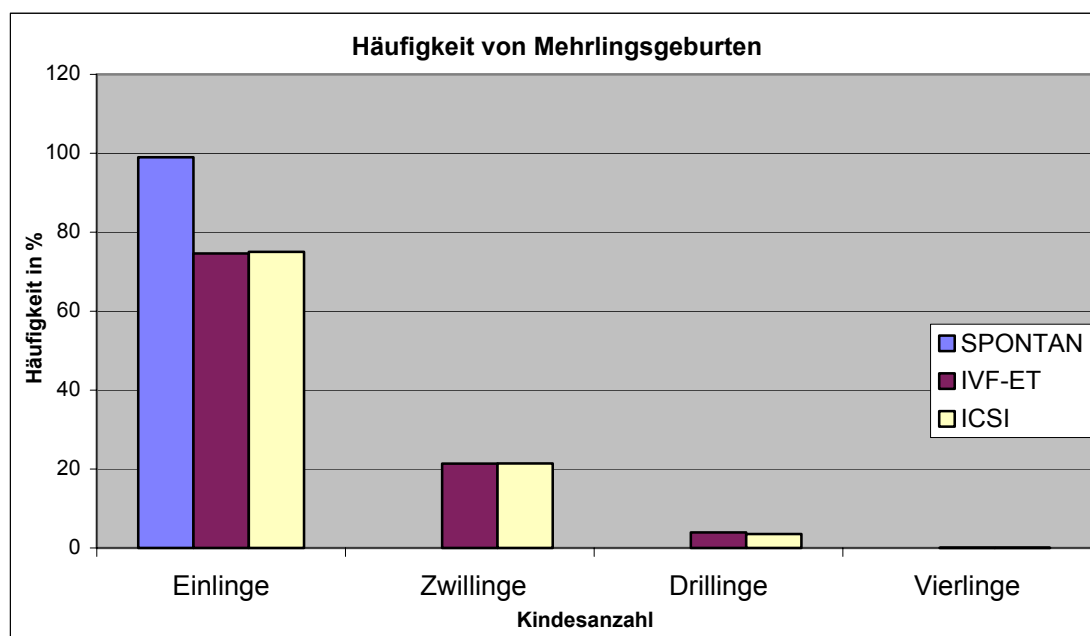
**Abbildung 18: Durchschnittliche Erfolgsraten zu einzelnen IVF-ET-Behandlungszeitpunkten**



**Abbildung 19: Durchschnittliche Erfolgsraten zu einzelnen ICSI-Behandlungszeitpunkten**

Die Erfolgsparameter hängen vor allem vom verwendeten Stimulationsschema ab. Die GnRH-Analoga-Gonadotropin-Stimulation (long protocol) erweist sich nach vorherrschender Meinung als das wirksamste Protokoll vor allem im Vergleich zu einer reinen FSH- bzw. HMG-Stimulation (vgl. Daya, S. et al. 1995). Daher erfolgt auch in Deutschland die Durchführung 80 % aller Zyklen mit diesem Stimulationsschema. Zudem zeigen verschiedene Studien, dass durch den Ersatz des urinär gereinigten FSH durch rekombinantes FSH im long-Protokoll die Erfolgsraten weiter gesteigert werden können. Die höchsten klinischen Schwangerschaftsraten pro Stimulationsversuch erreicht in Deutschland eine Kombination von rekombinantem FSH mit HMG (vgl. Felberbaum, R. u. Dahncke, W. 2000). Bei einem vergleichbaren Patientenkollektiv fallen die ICSI-Erfolgsraten etwas höher aus als die IVF-ET-Erfolgsraten, weil die Spermazelle direkt in die Eizelle appliziert wird. Allerdings lassen sich die Erfolgsraten beider ART-Verfahren nicht direkt miteinander vergleichen, weil sie teilweise unterschiedliche Indikationsgebiete erfassen.

Die Aufteilung der Geburten nach Kindesanzahl zeigt Abbildung 20. Danach treten bei den assistierten Befruchtungstechniken Mehrlingsschwangerschaften und -geburten gehäuft auf, was zu einer Erhöhung von Komplikationsraten und Kosten im Vergleich zu normalen Geburten führt. Jedoch besteht der Vorteil einer erhöhten Anzahl von transferrierten, befruchteten Eizellen in einer erhöhten Erfolgsrate.



**Abbildung 20: Häufigkeit von Mehrlingsgeburten**

Das Embryonenschutzgesetz beschränkt den Transfer auf 3 Embryonen, was das Auftreten von Vierlings- und höherzahligen Schwangerschaften nahezu ausschließt.

### **3.3.4 Zwischenfazit: Ambivalente Entscheidung zwischen Grund- und Wahlleistung**

Die ungewollte Kinderlosigkeit eines Paares erfordert eine effektive Sterilitätstherapie, die gerade in den letzten Jahren im Zuge einer dynamischen Entwicklung der Fortpflanzungsmedizin immer mehr Gestalt annimmt. Bei ca. 3 % aller Lebendgeburten, d.h. bei über 20.000 Kindern pro Jahr, findet nach Schätzungen schon heute eine Sterilitätsbehandlung statt. Ein weiterer Fortschritt der modernen Fertilisationstechniken bzw. der assistierten Reproduktionsmedizin dürfte auch in Zukunft dazu führen, dass die Anzahl der Sterilitätsbehandlungen weiter zunimmt. Die Ausgaben der GKV für ART-Fertilisationstechniken betragen 290 bis 350 Millionen DM, wenn man ca. 60.000 Zyklen und Kosten pro Versuch von 5000 DM bis 6000 DM unterstellt.

Die künstlichen Befruchtungstechniken stellen dann, d.h. im Sinne unserer Kriterien, krankensversicherungsfremde Leistungen dar, wenn ihnen die Versicherbarkeit und/oder der Bezug zur Morbidität fehlt. Bei der überwiegenden Mehrheit der Versicherten liegt eine Versicherbarkeit beim Eintritt in eine Krankenkasse vor, so dass es hier in erster Linie um die Frage geht, ob es sich bei ungewollter Kinderlosigkeit infolge Sterilität um eine Krankheit handelt. Nach mehreren entsprechenden gerichtlichen Urteilen stuft der Mitte 1990 eingefügte § 27a SGB V die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung eindeutig als Krankenbehandlung ein. Er knüpft die Erstattungsfähigkeit der Fertilitätstherapie im Rahmen der GKV allerdings an bestimmte Voraussetzungen. Die künstlichen Befruchtungstechniken bilden im Prinzip keine versicherungsfremden Leistungen und gehören insofern zumindest zum potenziellen Aufgabenspektrum der GKV.

Unabhängig von dem Kriterium „krankensversicherungsfremd“ besitzen die Versicherten der GKV gemäß §§ 2, 11 und 70 SGB V nur einen Anspruch auf wirksame, wirtschaftliche, notwendige, ausreichende, zweckmäßige und bedarfsgerechte Leistungen. Die heute angewandten künstlichen Befruchtungstechniken, die zweifellos dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen, genügen grundsätzlich den Kriterien „wirksam“, „wirtschaftlich“, „ausreichend“ und „zweckmäßig“. Es gibt zwar auch hier wie in ande-

ren Indikationsbereichen noch Wirtschaftlichkeitsreserven, die aber einer Einbeziehung in den Leistungskatalog der GKV nicht grundsätzlich entgegenstehen. Zudem ließen sich Effizienz und Effektivität der Sterilitätsbehandlung, u. a. durch eine Konzentration auf spezialisierte Zentren, noch spürbar steigern (vgl. Labeit, A. u. Wille, E. 1998, S. 151 ff.). Den Kriterien „ausreichend“ und „zweckmäßig“ trug der Gesetzgeber mit einer Begrenzung der erstattungsfähigen Behandlungen Rechnung.

Eine Eliminierung der künstlichen Befruchtungstechniken aus dem Leistungskatalog der GKV könnte somit nur noch mit Hilfe der Kriterien „notwendig“ und „bedarfsgerecht“ erfolgen. Bei beiden Kriterien kann es – unabhängig von den Präferenzen der Patienten – nur um „notwendig“ und „bedarfsgerecht“ in einem objektivierten Sinne gehen (siehe 2.2.2). Auf einer solchen Einschätzung basiert zumindest implizit die Einstufung von Schwartz und Jung, die diese Behandlungsformen zu den Ergänzungs- bzw. Wahlleistungen rechnen. Eine solche Einstufung lässt sich bei knappen Ressourcen und einem Leistungsfundus, der noch dringlicher erscheint, im Prinzip vertreten. Er setzt aber in rationaler Hinsicht eine umfassende Priorisierung aller anstehenden Leistungen voraus und erscheint als eklektischer Vorschlag höchst problematisch. Zuständigkeit und Verantwortung für eine solche Priorisierung liegen letztlich ohnehin beim Gesetzgeber.

### **3.4 Ein wettbewerbsorientierter Vorschlag zur Flexibilisierung des Leistungskataloges**

#### **3.4.1 Zum Aufgabenbereich von Staat, GKV und PKV**

Diskussionen um die Abgrenzung des Leistungskataloges der GKV werfen, wie auch der Sachverständigenrat in seinem Optionsmodell IV betont (siehe 3.1.1.4), bei übergreifender Betrachtung die Frage nach der adäquaten Funktionsteilung von staatlichen Institutionen bzw. Gebietskörperschaften, Teilsystemen der Sozialversicherung sowie privaten Organisationen und Entscheidungseinheiten im Sozial- und Gesundheitswesen auf. Das Problem einer funktionsgerechten Trennung des Aufgabenbereiches von Gebietskörperschaften, GKV und anderen Teilsystemen der Sozialversicherung stellt sich vor allem bei den krankenversicherungsfremden Leistungen, die derzeit die GKV fiskalisch belasten. Dabei geht es nicht um die Berechtigung bzw. Notwendigkeit oder spezielle Qualität dieser Leistungen, sondern um den unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten jeweils adäquaten Ausgabenträger. Sofern andere Ausgabenträger Teile des geltenden Leistungskataloges übernehmen, handelt es sich prima vista zwar „nur“ um eine Ausgabenverlagerung innerhalb des öffentlichen Sektors, diese Verschiebung erzeugt aber im Vergleich zur derzeitigen Regelung u.a. abweichende personelle und regionale Belastungswirkungen und auch andere arbeitsmarktpolitische Effekte.

Eine Auflistung der krankenversicherungsfremden Leistungen, die keine Versicherbarkeit und/oder keinen Bezug zur Morbidität aufweisen, kann weitgehend an den entsprechenden Zusammenstellungen des Kieler Konzeptes und des NAV-Virchow-Bundes ansetzen (siehe 3.1.2.2 u. 3.1.4.2). Abweichend von den dortigen Zuordnungen stellen lediglich die künstlichen Befruchtungstechniken nach unseren Kriterien keine krankenversicherungsfremden Leistungen dar, sondern gehören grundsätzlich zum potenziellen Aufgabenbereich der GKV (vgl. 3.3.4). Die krankenversicherungsfremden Leistungen im engeren Sinne umfassen dann<sup>33</sup>:

- Sterbegeld,
- Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen gemäß §§ 195 ff. RVO,
- Empfängnisverhütung,

---

<sup>33</sup> Ich verdanke Karl Jung wertvolle ergänzende Hinweise zu diesem Themenkomplex.

- Sterilisation,
- Schwangerschaftsabbruch,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V,
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, sowie
- Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Art. 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG).

Die Ausgliederung dieser krankensicherungsfremden Leistungen dürfte die GKV um ca. 4,5 Mrd. DM entlasten, was nur knapp 0,25 Beitragssatzpunkten entspricht. Das Kieler Konzept führt aber darüber hinaus noch weitere krankensicherungsfremde Leistungen, d.h. sog. Fremdleistungen im weiteren Sinne, an, denn die folgenden Versicherungengruppen entrichten keine oder nur ermäßigte Beiträge:

- Personen während des Erziehungsurlaubs,
- Studierende und Praktikanten,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe,
- Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen,
- Empfänger von Arbeitslosengeld sowie
- beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder.

Bei diesen Leistungen, denen als Beitragsreduktionen ein Bezug zur Morbidität offensichtlich fehlt, fällt in quantitativer Hinsicht vor allem die beitragsfreie Mitversicherung mit einem Ausgabenvolumen von ca. 60 Mrd. DM ins Gewicht. Zu dieser Gruppe von krankensicherungsfremden Leistungen gehören auch die entgangenen Zuzahlungen bei sog. Härtefall-Patienten, denn der Einnahmenausfall der GKV geht hier nicht auf die Krankheit des Patienten, sondern auf seine soziale Situation zurück, so dass es sich letztlich um eine sozialpolitische Maßnahme handelt (ähnlich Jacobs, K. 2000, S. 14). Unter die krankensicherungsfremden Leistungen lassen sich schließlich bei weiter Interpretation auch die privaten gefahreneigneten Aktivitäten subsumieren, insoweit sie eine eindeutige kausale Zurechnung erlauben. Dabei bietet sich vor allem für eigene Krankheitsfolgen, die aus dem Kraftverkehr erwachsen, eine private Pflichtversicherung

an. Schwieriger gestaltet sich die Lösung in funktionaler und technischer Hinsicht bei Sportunfällen, denn die betreffenden Aktivitäten erzeugen auch positive gesundheitliche Effekte und finden, wie z.B. das Skifahren, zu einem beachtlichen Teil im Ausland statt.

Der sog. Generationenausgleich, d.h. die horizontale Umverteilung von jungen zu alten Versicherten bzw. Mitgliedern der GKV, bildet dagegen im Prinzip keine krankensicherungs-fremde Leistung. Dieser Generationenausgleich enthält im geltenden Finanzierungssystem unter intertemporalen Aspekten weit weniger Umverteilungswirkungen, als er bei horizontaler Betrachtung ausweist (vgl. Wille, E. 1996, S. 48). Die jungen Versicherten, die im Rahmen des Umlageverfahrens im Vergleich zu risikoäquivalenten Prämien höhere Beiträge zahlen, bauen damit quasi einen Bestand an Forderungen gegenüber der Versichertengemeinschaft auf. Sie lösen diese Forderungen, die für die GKV eine implizite Schuld darstellen, im Alter ein, indem sie niedrigere als (alters-)risikoäquivalente Beiträge entrichten. Die finanzielle Unterstützung, die sie im Alter von der dann jungen Generation erfahren, basiert im Prinzip auf einem Versicherungsanspruch, der eine Gegenleistung widerspiegelt, und nicht auf einer distributiven Alimentierung. Aus intertemporaler Sicht liegt beim sog. Generationenausgleich im Rahmen des Umlageverfahrens nur insoweit eine Alimentierung der heute älteren Versicherten bzw. Mitglieder vor, als sie gegenüber der vorangegangenen und der nachfolgenden Generation von der steigenden Lebenserwartung und/oder dem Wandel der demographischen Struktur profitieren.

Aufgrund dieser intertemporalen Zusammenhänge, auf denen das Umlageverfahren der GKV aufbaut, bestehen auch Bedenken gegen den Vorschlag des Hartmannbundes, das Krankengeld aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern und einer privaten Versicherungsform zu übertragen. Für diesen Vorschlag spricht zwar, dass die Gewährung von Krankengeld im Unterschied zu den Gesundheitsleistungen noch tendenziell dem Prinzip der individuellen Äquivalenz folgt, denn seine Höhe hängt von den geleisteten Beitragszahlungen ab. Das Krankengeld steht risikoäquivalenten Prämien insofern näher als die Gesundheitsleistungen, auf die jeder Versicherte den gleichen Anspruch besitzt. Andererseits haben die Versicherten bzw. Mitglieder durch langjährige Beitragszahlungen einen gesetzlichen Anspruch auf diese Geldleistung erworben und vor allem ältere Versicherte, die ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen, können diesen Anspruch nicht zum gleichen Entgelt durch eine private Absicherung substituieren. Unabhängig von sonstigen Verteilungseffekten bedeutet dies, dass über die Berücksichtigung von Härtefällen im Rahmen von Sozialklauseln hinaus – ähnlich wie beim Aufbau einer kapitalgedeckten Versorgung – noch für eine beträchtliche Übergangszeit Ausgleichszahlungen anfallen. Schließlich vermag das Argument, dass Geldleistungen dem Sachleistungsprinzip der GKV widersprechen, vor dem Hintergrund der europäischen Integration nicht zu überzeugen. Die europäische Integration dürfte zu einer Einführung bzw.

Zulassung des Kostenerstattungsprinzips als Option für alle Versicherten führen, auch wenn dessen Einsatzbereich im Rahmen der GKV sehr begrenzt und quantitativ unbedeutend bleiben kann. Schließlich belegt das Beispiel des französischen Gesundheitswesens anschaulich, dass das Sachleistungsprinzip keineswegs ein konstitutives Element einer sozialen Krankenversicherung darstellt.

Im Hinblick auf eine Neuordnung bzw. Abgrenzung des Aufgabenbereiches zwischen Gebietskörperschaften und GKV stellt der Sachverständigenrat in seinem Optionsmodell IV auch eine Übernahme von Gesundheitsförderung und Prävention durch die Gebietskörperschaften zur Diskussion (siehe 3.1.1.4). Entsprechend sieht das Kieler Konzept die Herausnahme dieser Leistungen, d.h. der primären Prävention, der Unterstützung von Selbsthilfegruppen und der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, aus dem Leistungskatalog der GKV und ihre Überführung in die Steuerfinanzierung vor (vgl. 3.1.2.3). Für diesen Vorschlag sprechen sicherlich nicht der fehlende Morbiditätsbezug dieser Leistungen oder ihre mangelnde Effektivität, wohl aber die These, dass es sich hier um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, und insbesondere wettbewerbspolitische Gründe. Wie theoretische Überlegungen zeigen und die bisherigen empirischen Erfahrungen auch belegen, eignen sich Gesundheitsförderung und Prävention nicht bzw. schlecht als Instrumentvariable in einem funktionsfähigen Wettbewerb der Krankenkassen. Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme erfordern zunächst eine Anschubfinanzierung, die selbst im Erfolgsfall mit einer teilweise erheblichen Verzögerung zu Outcomesteigerungen und/oder Einsparungen bzw. Minderausgaben führt. Für die betreffende Krankenkasse verursachen diese gesundheitlichen Investitionen zum Gegenwartszeitpunkt Ausgabensteigerungen und damit möglicherweise wettbewerblich nachteilige Beitragssatzerhöhungen. Da die Versicherten über die Möglichkeit eines Kassenwechsels verfügen, bleibt letztlich ungewiss, ob und inwieweit die investierende Krankenkasse künftig die Früchte ihrer präventiven Aktivitäten erntet.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme erfüllen in der Regel am ehesten bzw. besten ihre distributive und allokativen Funktion, wenn sie sich nicht am Gießkannenprinzip orientieren, sondern auf Hochrisikogruppen konzentrieren. So führten z.B. in den letzten Jahren vielfältige Maßnahmen im Bereich der Gruppen- und Individualprophylaxe zu einer deutlichen Verbesserung im Hinblick auf die Kariesprävention von Kindern und Jugendlichen, es bestehen aber weiterhin Defizite bei einer Untergruppe, die aus unteren sozialen Schichten stammt (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, S. 182). Entsprechend fordert § 20 Abs. 1 SGB V, dass Leistungen zur Primärprävention neben einer Verbesserung des Gesundheitszustandes „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen (sollen)“. Es liegt aber kaum im wettbewerblichen Interesse der Krankenkassen, mit Präventionsprogrammen, die in erster Linie auf sozial

vulnerable Gruppen abstellen, überproportional ausgabenintensive Versicherte zu attrahieren. Da der geltende RSA diese Mehrausgaben nicht ausgleicht, überrascht es nicht, dass sich die Programme der Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V in der Vergangenheit weitgehend auf recht fragwürdige Service- und Marketingaktivitäten zur Gewinnung guter Risiken beschränkten. Es erscheint in diesem Kontext auch fraglich, ob und inwieweit selbst ein morbiditätsorientierter RSA primär sozial bedingte Leistungs- bzw. Ausgabendifferenzen zu berücksichtigen vermag. Diese Überlegungen sprechen, um Missverständnissen vorzubeugen, keineswegs gegen eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen im Bereich der GKV, sondern lediglich dagegen, diesem Allokationsmechanismus inadäquate Handlungsfelder zuzuweisen und ihn damit letztlich in Misskredit zu bringen.

Wie bereits an einigen Stellen angedeutet, steht die ersatzlose Herausnahme der meisten krankenversicherungsfremden Leistungen oder gar der Gesundheitsförderung und Prävention aus dem Leistungskatalog der GKV nicht ernsthaft zur Diskussion. Neben ihrer steuerfinanzierten Übernahme durch die Gebietskörperschaften besteht in diesem Kontext noch die Option, dass die Krankenkassen diese Leistungen im Rahmen einer Auftragsverwaltung weiterhin erbringen und die entsprechenden Kosten erstattet erhalten. Eine solche Delegation nutzt die bestehenden Verwaltungs- und Organisationsstrukturen der Krankenkassen und erübrigt ihren Neuaufbau bei den Gebietskörperschaften. Zudem könnte es die Akzeptanz gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen fördern, wenn sie von weniger obrigkeitlichen Institutionen angeboten und erbracht werden (so auch Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 1995, S. 43). Unter politischen Aspekten erscheint freilich die Annahme illusionär, dass die Gebietskörperschaften, die überwiegend schon bei der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ihre Aufgaben nur unzureichend wahrnehmen, eine Bereitschaft zur kompensationslosen Übernahme der Finanzierung dieser Leistungen besitzen. Die Chance zu einem zumindest partiellen „Kompensationsgeschäft“ könnte neben steuerlichen Maßnahmen der Übergang zu einer monetarischen Finanzierung im stationären Sektor bieten.

Das Kieler Konzept sowie Schwartz und Jung sehen zur finanziellen Entlastung der GKV auch die Heranziehung von Steuereinnahmen bzw. Steuererhöhungen vor, wobei sie mit Steuern auf Tabak und Alkohol öffentliche Abgaben heranziehen, deren Bemessungsgrundlage mit Gesundheitsleistungen zumindest tendenziell in einem kausalen Zusammenhang steht. Nach dem Kieler Konzept sollen von den 21 Mrd. DM derart geschöpfter zusätzlicher Einnahmen der GKV zweckgebunden 2 Mrd. DM in ein Gesundheitsförderungsprogramm fließen und die restlichen 19 Mrd. DM der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen und der Krankenversicherung von Rentnern dienen. Der Rückgriff auf diese Zweckbindung von Steuereinnahmen für die Finanzierung der GKV entlastet zwar, wie im Kieler Konzept betont, momentan auch den RSA

bei zwei seiner Komponenten, er verletzt aber den Budgetgrundsatz der Non-Affektion öffentlicher Einnahmen und vermag vor allem die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis der GKV nicht zu beseitigen bzw. abzumildern. Die Aufkommenselastizität dieser Verbrauchssteuern, d.h. ihre relative Veränderung bezogen auf die relative Veränderung des Sozialproduktes bei gegebenem Steuerrecht, liegt eindeutig unter 1. Dies bedeutet, dass die Heranziehung dieser Steuern die Einnahmen der GKV zwar absolut erhöht, ihre Bemessungsgrundlage und damit auch die entsprechenden Einnahmen aber in der Folgezeit im Wachstum spürbar hinter dem Sozialprodukt zurückbleiben. Die völlig vertretbare Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder Leistungen sollte deshalb nicht zweckgebunden über wachstumsschwache Verbrauchsteuern, sondern entsprechend dem jeweiligen Ausgabenbedarf für diese Leistungen aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen.

Die bisherigen Überlegungen zeigen, dass die krankensicherungs-fremden Leistungen, die als sog. Fremdleistungen im weiteren Sinne für die GKV mit Beitragsausfällen einhergehen, die krankensicherungs-fremden Ausgaben in Höhe von ca. 4,5 Mrd. DM bei weitem übertreffen. Alleine die Belastungen durch die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs und die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern unter 18 Jahren<sup>34</sup> belaufen sich schätzungsweise auf über 20 Mrd. DM und damit auf gut einen Beitragssatzpunkt. Ihre steuerfinanzierte Kompensation durch die Gebietskörperschaften dürfte in Verbindung mit einer entsprechenden Verlagerung der krankensicherungs-fremden Ausgaben und der – international üblichen – Ermäßigung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel die GKV um insgesamt über 27 Mrd. DM und damit um mindestens 1,4 Prozentpunkte entlasten. Diese Entlastung der GKV durch krankensicherungs-fremde Leistungen, die sie gleichwohl in Auftragsverwaltung weiter behalten bzw. den Versicherten gewähren kann, wirkt sich dann auch einschränkend auf das Volumen des RSA aus. Dieser verteilte im Jahre 1999 insgesamt 24,2 Mrd. DM zwischen den Krankenkassen um, abgesehen von den landwirtschaftlichen Krankenkassen, die an ihm nicht teilnehmen (vgl. Daubenbüchel, R. 2001, S. 19.).

Da eine finanzielle Verlagerung krankensicherungs-fremder Leistungen von der GKV auf die Gebietskörperschaften das Volumen des RSA vermindert, führt sie auch im Vergleich mit der derzeitigen Regelung zu anderen regionalen Belastungswirkungen. Der geltende bundesweite RSA geht – vor allem durch seine Komponente beitragspflichtige Einnahmen – mit einer finanziellen Unterstützung wirtschaftsschwächerer durch wirtschaftlich stärkere Bundesländer einher. Eine Regionalisierung des RSA auf

---

<sup>34</sup> Siehe hierzu die Schätzung von Busch, S., Pfaff, A.B. u. Rindsfüßer C. 1996, S. 68. Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang zurecht darauf hin, dass diese steuerfinanzierte Ausgliederung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern aus Gründen der Gleichbehandlung auch einer entsprechenden Absicherung von Kindern bedarf, die nicht der GKV angehören.

Länderebene würde z.B. die durchschnittlichen Beitragssätze in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen um ca. 0,5 bis 1,0 Beitragssatzpunkte absenken und in Niedersachsen und Schleswig-Holstein sowie im Saarland um etwa 0,4 bis 1,2 Prozentpunkte erhöhen (vgl. Jacobs, K., Reschke, P. und Wasem, J. 1998, S. 73 und 102). Es liegt insofern nahe, dass die wirtschaftsstärkeren Bundesländer einen auf Länderebene regionalisierten RSA vorziehen, da dieser nur Transfers innerhalb eines Bundeslandes beinhaltet. Baden-Württemberg, Bayern und Hessen haben denn auch beim Bundesverfassungsgericht Klage gegen den geltenden RSA eingereicht (siehe FAZ vom 30.08.2001, S. 13). Sie begründen diese im Wesentlichen damit, dass der bundesweite RSA gegen die im Grundgesetz verankerte Finanzautonomie der Länder verstoße. Transfers an wirtschaftsschwächere Länder zur Stützung der dortigen Beitragssätze gehören nach Ansicht der klagenden Bundesländer aus Steuermitteln finanziert und dürfen nicht zu Lasten von Beitragszahlern in anderen Bundesländern gehen.

Im Vergleich zum geltenden bundesweiten RSA belastet ein auf Länderebene regionalisierter über eine Erhöhung der dortigen Beitragssätze die Investitionen in den wirtschaftsschwachen Bundesländern und verschärft auf diese Weise die regionalen Ballungs- und Entleerungstendenzen. Dies gilt um so mehr, als die entsprechenden Belastungen dann in den wirtschaftlich stärkeren Bundesländern abnehmen. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht bietet sich daher keine isolierte Substitution des bundesweiten durch einen regionalisierten RSA an (vgl. Wille, E. u. Schneider, U. 1996/97). Die Klage der drei Bundesländer richtet sich allerdings nicht gegen die Transfers an die wirtschaftsschwächeren Bundesländer, sondern gegen ihre Art der Finanzierung. Sofern diese aus Steuermitteln erfolgt, würden die Beitragssätze in den wirtschaftsschwächeren Ländern gleich bleiben und in den wirtschaftlich stärkeren abnehmen, was tendenziell immer noch gesamtwirtschaftlich unerwünschte regionale Ballungs- und Entleerungstendenzen fördert. Unabhängig von der rechtlichen Bewertung der Klage und ihren ökonomischen Implikationen<sup>35</sup> erscheint die Einbeziehung von krankenversicherungsfremden Leistungen in den RSA höchst problematisch. Da es sich hierbei nach finanzwissenschaftlichen Kriterien um genuine Staatsaufgaben handelt, tritt neben dem existierenden Länderfinanzausgleich mit dem RSA noch ein analoges verdecktes Transfersystem hinzu. Dieser Aspekt und damit auch die Rechtssicherheit des geltenden RSA sprechen ebenfalls dafür, die krankenversicherungsfremden Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV und damit auch aus dem Transfersystem des RSA herauszulösen und in die Steuerfinanzierung zu überführen.

---

<sup>35</sup> Eine Lösung im Sinne der Kläger könnte auch darin bestehen, den geltenden bundesweiten RSA nicht zu verändern und die mit ihm verbundenen Transfers beim Länderfinanzausgleich in Anrechnung zu bringen.

Die Überführung der krankensicherungs-fremden Leistungen von der Beitrags- in die Steuerfinanzierung bietet sich schließlich auch, wie schon angedeutet, aus arbeitsmarktpolitischen Gründen an. Bei gleichem Leistungsvolumen erfordert die Beitragsentlastung zwar eine Erhöhung von Steuern und/oder öffentlicher Schuld in gleicher Höhe, dabei kann aber die arbeitsmarktpolitische Belastung erheblich differieren. Die Beitragsentlastung reduziert die Lohnnebenkosten und fördert damit den Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit, während sich z.B. die Steuererhöhungen auf den Konsum beschränken bzw. konzentrieren können. Eine Substitution von Beiträgen der GKV durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer verbessert auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der inländischen Unternehmen, indem sie deren Arbeitskosten senkt, ohne wegen des geltenden Bestimmungslandprinzips beim grenzüberschreitenden gewerblichen Handel die Exporte zu verteuern und die Importe zu begünstigen.

### **3.4.2 Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen und ihre Finanzierung**

Nach Übertragung der krankensicherungs-fremden Leistungen der GKV auf die Gebietskörperschaften gilt es zunächst, die ineffektiven und ineffizienten Leistungen zu eliminieren, denn diese sollten weder Grund-, noch Satzungs- oder Wahlleistungen darstellen. Ineffektive Leistungen weisen keinen gesundheitlichen Nettonutzen auf, d.h. sie stiften entweder überhaupt keinen (Brutto-)Nutzen oder ihre Risiken übersteigen die zu erwartenden positiven Outcomes (vgl. Wille, E. 2000, S. 361 f.). Bei solchen Leistungen ohne gesundheitlichen Nettonutzen erübrigt sich auch eine ökonomische Nutzen-Kosten-Analyse. Bei ineffizienten Gesundheitsleistungen ermöglichen alternative Methoden, die keine höheren Kosten verursachen, eine bessere Zielrealisierung oder sie verwirklichen die gleichen Outcomes mit geringeren Ressourcen. Bei der Eliminierung von derartig ineffektiven und ineffizienten Leistungen handelt es sich im Prinzip um eine ethisch wie ökonomisch unproblematische Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, denn sie geht nicht mit einer Rationierung einher. Die Bereinigung des Leistungskataloges der GKV um ineffektive und/oder ineffiziente Leistungen, z.B. durch Positiv- oder Negativlisten, sieht sich jedoch in praxi zumeist mit dem Problem konfrontiert, dass die meisten Gesundheitsleistungen nicht per se, sondern nur bei bestimmten Indikationen und/oder bestimmten Personengruppen ohne Effektivität bleiben und/oder keine hinreichende Effizienz aufweisen. Die Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen (siehe hierzu Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001) wurzelt weniger in einem zu umfangreichen und viel-

schichtigen Leistungskatalog als vielmehr in seinem inadäquaten, d.h. vor allem nicht indikationsgerechten, Einsatz.

Bei einer Neuordnung des Leistungskataloges der GKV geht es insofern nicht primär um die Eliminierung ineffektiver und ineffizienter Leistungen, d.h. um den Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung, sondern in erster Linie um eine Grenzziehung zwischen objektivem und subjektivem Bedarf (vgl. 2.2.2). Diese sollte sich bei Beachtung des Solidarprinzips und fiskalischer Grenzen an den Präferenzen der Versicherten und den Wünschen der Patienten orientieren (siehe auch Kranich, C. 2001). Dabei reicht das Leistungsspektrum von lebenserhaltender Behandlung, die völlig unstrittig objektiven Bedarf darstellt, bis zu Leistungen, die im Sinne einer Evidenzbasierung nach professionellen und wissenschaftlichen Urteilen keinen oder kaum einen gesundheitlichen Nettonutzen aufweisen. Sofern die Patienten diese Gesundheitsleistungen gleichwohl wünschen, bestehen gegen ihren Erwerb im Rahmen der Selbstmedikation, d.h. auf dem „privaten Gesundheitsmarkt“ (Krimmel, L. 2001), solange keine Bedenken, als diese Leistungen nicht mit gesundheitlichen Risiken und damit per saldo mit einem negativen gesundheitlichen Nettonutzen einhergehen. In diesem Kontext obliegt es unabhängigen Patientenberatungsstellen, über die evidenzbasierten Wirkungen solcher Leistungen als Entscheidungsgrundlage für die Bürger bzw. Patienten zu informieren.

Auf der Grundlage des derzeitigen Leistungskataloges der GKV lassen sich die zur Diskussion stehenden Reformkonzepte (siehe 3.1) unter Einschluss des geltenden Systems wie folgt klassifizieren:

- 1) Im geltenden System stellen nahezu alle Leistungen Grundleistungen dar. Im Hinblick auf Art und Organisation der Versorgung bilden die Modellvorhaben nach § 63f. SGB V, die Strukturverträge nach § 73a SGB V und die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-h SGB V gewisse Ausnahmen. Dabei divergieren aber derzeit noch die Meinungen, ob die Krankenkassen die integrierten Versorgungsformen einheitlich und gemeinsam oder wettbewerblich als dezentrale Suchprozesse durchführen sollen. Die Krankenkassen verfügen somit auf der Leistungsseite über nahezu keine Möglichkeiten der Differenzierung, so dass sich der Wettbewerb innerhalb der GKV zwangsläufig auf den Beitragssatz und Serviceaktivitäten beschränkt. Die in diesem Kontext dominante Rolle des Beitragssatzes als Wettbewerbsparameter erklärt auch die heftigen Kontroversen um den RSA. Auf den meisten Versicherungsmärkten spielen vermutete Leistungsunterschiede im Wettbewerb eine zentralere Rolle als Prämien- bzw. Preisdifferenzen.
- 2) Diese Variante unterscheidet Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen. Dabei bleibt der bisherige Leistungskatalog innerhalb der GKV im Wesentlichen erhal-

ten, d.h. die Grenze zu den prämierten Wahlleistungen verläuft wie im geltenden System. Der Leistungskatalog innerhalb der GKV spaltet sich nun aber im Unterschied zum geltenden System auf in Grundleistungen, die alle Krankenkassen anbieten müssen, und satzungsspezifische Leistungen, die sie anbieten können. In dieser Variante bilden die satzungsspezifischen Leistungen kollektive Wahlleistungen, für die sich jeder Versicherte mit Eintritt in eine Krankenkasse entscheidet. Die Satzungs- bzw. kollektiven Wahlleistungen unterliegen wie die Grundleistungen in vollem Umfang der solidarischen Finanzierung, d.h. die Versicherten verfügen innerhalb der Satzungsleistungen nicht über die Möglichkeit einer selektiven Ab- bzw. Zuwahl. Die Krankenkassen konkurrieren dann mit unterschiedlichen, wenn auch je Krankenkasse einheitlichen, Satzungsleistungen um die Versicherten. Dabei können Krankenkassen mit eingeschränkteren Satzungsleistungen ceteris paribus niedrigere Beiträge gewähren und die Reduktion des anteiligen Arbeitgeberbeitrages muss ebenfalls den Versicherten zugute kommen.

- 3) Diese Variante sieht innerhalb des Leistungskataloges der GKV ebenfalls Satzungsleistungen vor, die nicht in den RSA eingehen, aber solidarisch finanziert werden können. Im Unterschied zur Variante 2 erlaubt dieses Konzept den Krankenkassen, auch innerhalb ihres Leistungskataloges unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen anzubieten. Insofern gilt hier nicht mehr für jeden Versicherten einer Krankenkasse der gleiche Leistungskatalog. Die solidarische Finanzierung der Satzungsleistungen gestaltet sich in diesem Konzept insofern etwas schwieriger, als sie jeweils nach den Versichertengruppen mit den identischen Leistungspaketen erfolgt, d.h. innerhalb einer Krankenkasse differenzieren muss.
- 4) Das Abwahlmodell geht vom bestehenden Leistungskatalog der GKV aus und eröffnet den Versicherten die Möglichkeit, bestimmte Leistungen bis zu einem Kern von Grundleistungen abzuwählen. Die Versicherten können, sofern sie das Risiko nicht selbst tragen möchten, über die abgewählten Leistungen eine private Krankenversicherung abschließen. Das Abwahlmodell schafft auf diese Weise zumindest mittelbar ein Wettbewerbsverhältnis zwischen GKV und PKV. Es kann dem Solidarprinzip insofern Rechnung tragen, als es dem Versicherten nur erlaubt, den Risiko- und nicht den Solidaranteil der jeweiligen Leistungen abzuwählen.
- 5) Das Zuwahlmodell reduziert den derzeitigen Leistungskatalog auf einen Kern von Grundleistungen. Die Versicherten können die Leistungen, die dann nicht mehr zum Leistungskatalog der GKV gehören, zu risikoäquivalenten Prämien bei

privaten Krankenversicherungen – je nach rechtlicher Beurteilung auch bei den Krankenkassen – versichern. Das Zuwahlmodell impliziert einen für alle Krankenkassen einheitlichen Leistungskatalog, der innerhalb der GKV keine wettbewerblichen Differenzierungen zulässt.

- 6) Eine Kombination von Ab- und Zuwahlmodell setzt zunächst einen Leistungskatalog voraus, dessen Umfang sich zwischen dem geltenden Leistungskatalog, der den Ausgangspunkt des Abwahlmodells bildet, und den Grundleistungen des Zuwahlmodells befindet. Er liegt im Umfang zwangsläufig über den Grundleistungen, da diese als notwendiger Versorgungskern keine Abwahl mehr erlauben. Er kann andererseits nicht so umfangreich wie der geltende Leistungskatalog ausfallen, da ansonsten die Zuwahlmöglichkeit als Reformelement keinen Sinn macht. Es steht nämlich schon heute jedem Versicherten frei, sich über den geltenden Leistungskatalog der GKV hinaus weitere Gesundheitsleistungen im Rahmen der Selbstmedikation oder über eine private Zusatzversicherung zu beschaffen bzw. zu sichern.

Ein differentieller Vergleich des geltenden Systems mit diesen fünf Reformvarianten sollte unter normativen Aspekten neben medizinisch-ethischen und distributiven Kriterien (siehe 2.2.3) in allokativer Hinsicht auch die Präferenzen der Bürger bzw. Versicherten berücksichtigen. Bisher vorliegende repräsentative Studien über die Einstellungen, Einschätzungen und Erwartungen der Bevölkerung bzw. der GKV-Versicherten liefern für eine Beurteilung der Reformvarianten zum Leistungskatalog der GKV u.a. folgende relevante Aussagen (siehe Wasem, J. 1999 u. Zok, K. 1999):

- Nur wenige der Befragten fordern eine „völlige Reform des Gesundheitswesens“, über 75 % plädieren für Reformen in größeren oder kleineren Teilbereichen.
- Das Solidar- und das Sachleistungsprinzip stoßen auf eine breite Akzeptanz.
- Im Falle von Budgetdefiziten ziehen die Befragten höhere Beiträge Leistungskürzungen eindeutig vor. Eine großzügige Leistungsgewährung steht als Eigenschaft einer „idealen Krankenkasse“ an erster Stelle.
- Die Einheitskasse findet eine klare Ablehnung und das Kassenwahlrecht eine überwiegende Zustimmung.
- Der Wettbewerb der Krankenkassen findet bei fast 73 % der Befragten Zustimmung und nur bei knapp 9 % Ablehnung.

Eine Verdichtung dieser Aussagen führt zu der Feststellung, dass die Versicherten zwar Wahlrechte und eine wettbewerbliche Vielfalt im Bereich der Krankenkassen schätzen, aber eine hohe Sensibilität im Hinblick auf Abstriche beim Leistungskatalog und eine Einschränkung der solidarischen Finanzierung besitzen. Diese Feststellung und weitere allokativen Aspekte (vgl. 2.2.4) sprechen sowohl gegen ein starres Festhalten am Status quo des Leistungskataloges als auch gegen Zuwahlmodelle, die einen beachtlichen Teil des heutigen Leistungskataloges aus der GKV in den privaten Bereich verlagern möchten. Das geltende System erlaubt, wie oben dargelegt, keinerlei Differenzierungen beim Leistungskatalog, obwohl kaum alle Versicherten der GKV, d.h. 90 % der gesamten Bevölkerung, jedem Leistungssegment des heutigen Kataloges die gleiche Wertschätzung beimessen dürften. Bei unterschiedlicher Risiko- und vor allem Nutzenbewertung durch verschiedene Versichertengruppen können bestimmte Leistungen auch unter Anwendung gesamtwirtschaftlicher Kriterien zum einen eine positive und zum anderen eine negative Nutzen-Kosten-Relation aufweisen. Ein starrer, für alle Versicherten einheitlicher Leistungskatalog der GKV negiert diese Unterschiede in den Präferenzen und erzeugt damit gesellschaftliche Wohlfahrtsverluste. Das Erfordernis einer gemeinsamen und einheitlichen Entscheidung für oder gegen die Auf- oder Herausnahme bestimmter Leistungen in den bzw. aus dem Leistungskatalog blockiert auch häufig die zuständigen Gremien der Selbstverwaltung, die hier gerade im Hinblick auf die Akzeptanz einer solchen Maßnahme bei ihren Versicherten unterschiedliche Vorstellungen besitzen. Eine gewisse Flexibilität im Leistungskatalog könnte diese Blockade zumindest in Grenzen aufbrechen und zu Entscheidungen führen, die den Präferenzen vieler Versicherten näher kommen.

Das Zuwahlmodell sieht innerhalb des solidarisch finanzierten Bereiches der GKV einen einheitlichen Kern von Grundleistungen vor und lässt ähnlich wie das geltende System keine wettbewerbliche Differenzierung auf der Leistungsseite zu. Der Wettbewerb konzentriert sich beim Zuwahlmodell auf die Wahlleistungen, die nun aus dem Leistungskatalog der GKV ausscheiden. Die Versicherten können diese Wahlleistungen gegen risikoäquivalente Prämien bei privaten Krankenversicherungen – oder je nach Rechtslage auch bei gesetzlichen Krankenkassen – versichern. Im Unterschied zum geltenden System unterliegen diese Wahlleistungen damit nicht mehr der solidarischen Finanzierung und es gelten dann auch bei der Leistungserbringung andere Vergütungssysteme, d.h. statt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM bzw. BEMA) die Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZÄ). Abgesehen von der fehlenden solidarischen Finanzierung erwerben die Versicherten die betreffenden Leistungen entweder unmittelbar im Rahmen der Selbstmedikation oder mittelbar über Versicherungsprämien zu höheren Preisen als im geltenden System. Im Vergleich zum Sta-

tus quo geht das Zuwahlmodell insofern mit distributiven Nachteilen einher, ohne dabei den Wettbewerb innerhalb der GKV zu intensivieren.

Das Abwahlmodell belässt den Versicherten die Option, durch Verzicht auf eine Abwahl den gesamten bisherigen Leistungskatalog der GKV weiterhin solidarisch finanziert zu erhalten. Die Trennung in einen Risiko- und einen Solidaranteil der jeweiligen Leistungen zielt zunächst auf eine Sicherung der solidarischen Finanzierung ab, denn junge Versicherte können bei einer Abwahl von Leistungen nur den altersspezifischen Risikoanteil aus der GKV herauslösen bzw. mitnehmen. Insofern schneidet das Abwahlmodell unter distributiven Aspekten besser ab als das Zuwahlmodell, bei dem die Finanzierung der zugewählten Leistungen risikoäquivalent erfolgt.

Die Trennung in einen Risiko- und einen Solidaranteil der abgewählten Leistungen schafft auch im Hinblick auf die zur Abwahl stehenden Leistungen erst die Grundlage für den impliziten Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Die Weitergabe des gesamten Beitragsanteils der abgewählten Leistungen ließe den Krankenkassen im Wettbewerb mit der PKV bei jungen Versicherten keine Chance. Die Beschränkung auf die Weitergabe des alters- und geschlechtsspezifischen Risikoanteils löst dieses Problem aber nur teilweise, denn die Versicherten dürften nun jene Leistungen abwählen und anschließend risikoäquivalent in der PKV versichern, bei denen sie einen Schadenseintritt für unterdurchschnittlich wahrscheinlich halten. Da Alter und Geschlecht nur unzureichende Morbiditätsindikatoren darstellen, findet dann im Hinblick auf die abwählbaren Leistungen eine Risikoselektion zuungunsten der GKV statt. Schließlich bleibt beim Abwahlmodell im Unterschied zum geltenden System und zum Zuwahlmodell offen bzw. problematisch, welcher Teil des Leistungskataloges in den RSA eingeht. Aus theoretischer Sicht bietet sich der Kern der nicht mehr abwählbaren Grundleistungen an, der hier allerdings im Prinzip einen geringeren Umfang als im Zuwahlmodell aufweist. Dies erscheint unter allokativen und distributiven Aspekten vor allem dann problematisch, wenn die Versicherten nur wenige Leistungen abwählen und der Kernkatalog, der dem RSA unterliegt, von dem Leistungsumfang, den weiterhin alle Versicherten im Rahmen der GKV beibehalten möchten, stark abweicht.

Da eine Kombination von Ab- und Zuwahlmodell die Probleme, die den isolierten Varianten anhaften, auch nicht zu lösen vermag, bietet sich aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ein Reformkonzept an, das neben den Grund- und Wahlleistungen als dritte konstitutive Kategorie Satzungsleistungen vorsieht. Unabhängig davon, ob dieses Konzept kasseneinheitliche Satzungsleistungen (obige Variante 2) oder unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen auch innerhalb einer Krankenkasse (Variante 3) umfasst, beinhaltet es u.a. folgende komparative Vorzüge:

- Es gewährt den Versicherten auch innerhalb der GKV Wahlmöglichkeiten und damit eine bessere Realisierung ihrer Präferenzen.
- Die Krankenkassen erhalten auf der Leistungsseite Wettbewerbsparameter, was einen funktionsfähigen Wettbewerb innerhalb der GKV fördert.
- Die Satzungsleistungen gehen, da sie nicht alle Kassen anbieten, nicht in den RSA ein, unterliegen aber wie die Grundleistungen weiterhin einer solidarischen Finanzierung.
- Im Hinblick auf das Spektrum von Gesundheitsleistungen bleibt die Grenze zwischen GKV und PKV bzw. Selbstmedikation weitgehend erhalten. Da dies auch für die jeweiligen Vergütungssysteme gilt, entstehen den Versicherten bzw. Patienten für die Leistungen, die jetzt nicht mehr zu den Grundleistungen gehören, keine höheren Aufwendungen.

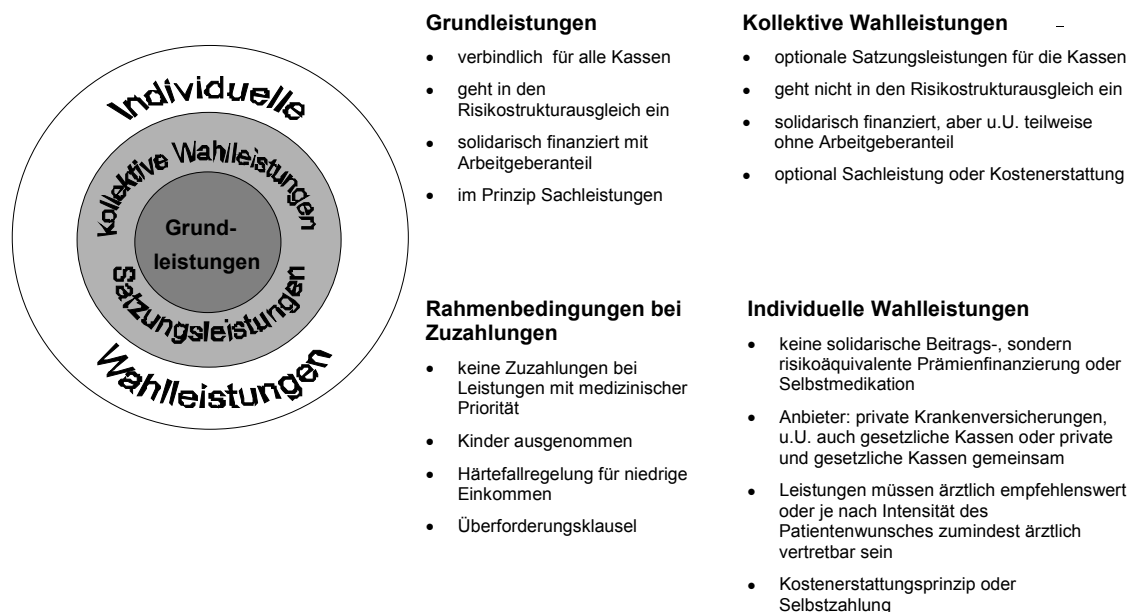
Da die Finanzierung der Satzungsleistungen ebenfalls solidarisch erfolgt und hier auch auf der Anbieterseite dieselben Vergütungssysteme zur Anwendung kommen, wirft ihre Abgrenzung von den Grundleistungen vor allem in distributiver Hinsicht geringere Probleme auf als die Trennung zwischen Grund- und risikoäquivalent tarifierten Wahlleistungen. Die Abgrenzung zwischen Grund- und Satzungsleistungen, die selbst bei Heranziehung sämtlicher (Ziel-)Kriterien immer noch einem gewissen Ermessensspielraum unterliegt, fällt letztlich in die Kompetenz der politischen Handlungsträger, die als Entscheidungsgrundlage Informationen von der Selbstverwaltung und fachärztlichen Gremien heranziehen können. Als Satzungsleistungen bieten sich exemplarisch an:

- Vorsorgekuren,
- zahnärztliche Versorgungsformen,
- kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und auch für Jugendliche, insofern die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, S. 193),
- künstliche Befruchtungstechniken,
- Formen und Indikationen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen,
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,

- Soziotherapie,
- Verfahren der sog. Alternativmedizin,
- Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie
- indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel, wie z.B. Massagen und Sehhilfen.

Vor dem Hintergrund dieser exemplarischen Auflistung von Satzungsleistungen stellt sich dann noch die Frage, ob und inwieweit unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen innerhalb einer Krankenkasse (Variante 3) Vorzüge gegenüber pro Krankenkasse einheitlichen Satzungsleistungen (Variante 2) aufweisen. Unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen erhöhen die Vielfalt des Versicherungsangebotes und damit auch die Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Wenn allerdings viele Krankenkassen zahlreiche Pakete von Satzungsleistungen anbieten, leidet darunter die Markttransparenz und damit die Wettbewerbsintensität, die mit der zunehmenden Heterogenität einer Leistung abnimmt. Zudem steht zu erwarten, dass die Versichertengruppe, die z.B. ein Paket mit Vorsorgekuren und bestimmten zahnärztlichen Versorgungsformen auswählt, schon zum Entscheidungszeitpunkt die Absicht hegt, diese Leistungen auch so intensiv wie möglich in Anspruch zu nehmen. Die Tarifierung dieses Paketes von Satzungsleistungen unterscheidet sich dann nur noch geringfügig von risikoäquivalenten Prämien. Da sich schließlich auch die solidarische Finanzierung bei einer Vielfalt von Leistungssegmenten, die sich jeweils auf unterschiedliche Versichertengruppen beziehen, schwierig gestaltet, sprechen Implementationsaspekte ebenfalls für das Reformkonzept mit pro Krankenkasse einheitlichen Satzungsleistungen, die aber zwischen den Krankenkassen divergieren können und für diese Wettbewerbsparameter darstellen.

Abbildung 21 fasst dieses Reformkonzept, das im Rahmen der GKV neben den Grundleistungen noch innerhalb einer Krankenkasse einheitliche, aber von Krankenkasse zu Krankenkasse flexible Satzungsleistungen enthält. Die Finanzierung der Satzungsleistungen erfolgt als kollektive Wahlleistungen solidarisch, sie unterliegen aber nicht dem RSA. In diesem Zusammenhang stellt das Konzept darauf ab, den RSA in seinem Kern bzw. bei den Grundleistungen morbiditätsorientiert zu härten und ihn an den „konsumnahen Rändern“ zu entlasten. Eine stärkere Morbiditätsorientierung des RSA kann auch der Gefahr bzw. Versuchung entgegenwirken, dass die Krankenkassen die Wahl der Satzungsleistungen als Mittel zur Risikoselektion einsetzen. Um den Anteil der Lohnnebenkosten zu senken oder zu stabilisieren, könnte der Arbeitgeberanteil hier auch ganz oder teilweise entfallen, was aber vom Konzept der Satzungsleistungen her nicht zwingend erscheint.



**Abbildung 21: Zur Finanzierung von Grund- Satzungs- und Wahlleistungen**

Die unterschiedlichen Angebote an Satzungsleistungen von Seiten der Krankenkassen müssen sich keineswegs vom Umfang her stark unterscheiden, sie können bei ähnlichem Volumen auch verschiedenartig ausfallen. Im Vergleich zum geltenden System erhielten die Patienten ein präferenzgerechteres Angebot, wenn sie z.B. zwischen einem Leistungspaket, das weniger auf Zahnersatz, sondern stärker auf alternative Heilverfahren setzt, und einem solchen, das statt der alternativen Medizin einen großzügigeren Zahnersatz vorsieht, wählen können.

### **3.5 Zusammenfassung in Thesen: Stabilisierung der GKV durch Flexibilisierung ihrer Struktur**

- (1) Ohne Reformmaßnahmen auf der Ausgaben- und/oder Einnahmenseite der GKV kann der durchschnittliche Beitragsatz künftig nicht konstant bleiben. Bei den entsprechenden Reformüberlegungen gilt es in normativer Hinsicht, nicht nur fiskalische Aspekte, sondern das gesamte Zielspektrum von Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen. Dieses umfasst neben dem fiskalischen Ziel der Beitragssatzstabilität vor allem die gesundheitlichen Outcomes im Sinne einer Erhöhung der Lebenserwartung und -qualität, aber auch Beschäftigungs- und Wachstumseffekte. Ein Blick auf die deutsche Abgabenbelastung im internationalen Vergleich legt weder ein primär steuerfinanziertes Gesundheitswesen, noch ein System mit vorwiegend risikoäquivalenten Prämien als zwingende Alternative nahe.
- (2) Eine empirische Analyse der Einnahmenentwicklung in der GKV macht deutlich, dass ihre Finanzierungsbasis seit Mitte der 80er Jahre eine ausgeprägte Wachstumsschwäche aufweist. Diese geht insbesondere auf die strukturelle Arbeitslosigkeit und die mäßige Steigerung der Arbeitsentgelte zurück, die ihrerseits in veränderten Arbeitsverhältnissen bzw. Berufskarrieren und dem globalisierungsbedingten Druck auf die Löhne wurzelt. Daneben wirken auch ein steigender Rentneranteil, vorgezogene Verrentungen, geringe Zunahme der Renten und ein Wechsel von Versicherten in Krankenkassen mit hohen in solche mit niedrigen Beitragssätzen restriktiv auf die Einnahmenseite der GKV ein. Da sich derzeit keine Änderung dieser Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis abzeichnet, dürften die Beitragseinnahmen der GKV selbst bei Ausschöpfung der zweifellos vorhandenen Rationalisierungspotenziale kaum ausreichen, um künftig die ausgabenseitigen Herausforderungen zu bewältigen.
- (3) Nach starkem Anstieg zwischen 1970 und 1975 blieb das Verhältnis zwischen den Leistungsausgaben der GKV und dem BIP ab Mitte der siebziger Jahre weitgehend konstant. Diese Konstanz bildet aber nicht das Ergebnis einer endogenen bzw. automatischen Entwicklung, sondern das Resultat zahlreicher staatlicher Eingriffe in Form von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen. Trotz dieser moderaten Zunahme der Ausgaben stiegen die Beitragssätze infolge der Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis auch in diesem Zeitraum an. Setzt sich dieser Trend fort, dann erfordert die Beitragssatzstabilität, dass die Ausgaben der GKV schwächer wachsen als das BIP.

- (4) Die Reform des Leistungskataloges stellt bei sich abzeichnenden Budgetdefiziten eine von mehreren globalen Handlungsmöglichkeiten dar. Von diesen Optionen kommt in normativer Hinsicht einer Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven allererste Priorität zu, sie bildet aber eine Daueraufgabe und kann andere Reformoptionen weder unter fiskalischen, noch unter allokativen und distributiven Aspekten ersetzen. Von allen Handlungsalternativen schneidet die implizite Rationierung am schlechtesten ab, denn sie enthält den Versicherten in intransparenter und willkürlicher Weise Leistungen vor. Zur Finanzierung erheblicher Budgetdefizite und/oder deutlichen Absenkung der Beitragssätze bedarf es eines komplementären Einsatzes verschiedener Reformoptionen. Für ein kombiniertes Reformpaket sprechen zum einen die fiskalische Wirkung und eine ausgewogenere Verteilung der unumgänglichen Belastungen, zum anderen die partiellen Nachteile, die jeder Reformoption anhaften. Die aktuelle Reformdiskussion in Deutschland krankt in dieser Hinsicht an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Optionen nicht mit dem notwendigen Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt, sondern nur einseitig ihre jeweiligen Vor- und Nachteile gegenüberstellt.
- (5) Das SGB V sieht keinen eindeutig abgegrenzten Leistungskatalog der GKV im Sinne einer alle Leistungsarten umfassenden Positivliste vor. Da die Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus solidarisch aufgebracht Mitteln erfolgt, bildet ein objektiver Bedarf, der sich u.a. auf professionelle Expertenurteile stützt, die Bezugsgröße für die Abgrenzung des Leistungskataloges der GKV. Eine Reform des Leistungskataloges wirft insofern medizinisch-ethische und distributive Probleme auf, als die Gesundheitsleistungen der GKV bei Bedarf allen Versicherten in gleichem Maße zur Verfügung stehen, während der Erwerb von ausgeschlossenen Leistungen von der individuellen Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der Bürger abhängt. Zu den ethischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens gehören als zentrale Ziele eine gute Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung, Versorgungssicherheit, gleicher Zugang, eine solidarische Finanzierung und die Sicherung von Freiheitsspielräumen. In diesem Kontext bildet das Wahlrecht der Versicherten nicht nur eine notwendige Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen, sondern auch einen Eigenwert. Sofern die Krankenkassen auf der Leistungsseite über keine Wettbewerbsparameter verfügen, besitzen die Versicherten nur formale Wahlrechte mit sehr bescheidenen materialen Inhalten. Im Hinblick auf die bei Gesundheitsgütern teilweise eingeschränkte Konsumentensouveränität und Patientenautonomie liegt es nahe, im Rahmen der GKV einen für alle Krankenkassen und Versicherten einheitlichen Kernkatalog von Grundleistungen verbindlich vorzuschreiben und damit die Wahlmöglichkeiten zu limitieren. Unab-

hängig von einem solchen einheitlichen Grund-, Kern- oder Vertragskatalog bietet das derzeitige Leistungsspektrum der GKV noch hinreichend Raum für präferenzorientierte Wahlentscheidungen. Die Gesundheitspolitik selbst kann die Informationsgrundlage solcher Wahlentscheidungen über eine Erhöhung der Transparenz verbessern und damit Konsumentensouveränität und Patientenautonomie stärken.

- (6) Obgleich die vorgestellten ausgewählten Vorschläge zur Neuordnung des Leistungskataloges teilweise unterschiedliche Intentionen verfolgen, gehen sie alle von der Annahme aus, dass sich vor dem Hintergrund der zu erwartenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV die Beitragssatzstabilität nur bei impliziten und damit ethisch problematischen Rationierungen aufrechterhalten lässt. Die meisten Autoren begründen die Neuordnung bzw. Aufspaltung des Leistungskataloges zudem mit den unterschiedlichen Präferenzen der Bürger und einer Stärkung der Selbstverantwortung sowie einer zunehmenden Selbstkompetenz. Die Mehrheit dieser Vorschläge empfiehlt zur finanziellen Stabilisierung der GKV über eine Neuordnung des Leistungskataloges hinaus noch den Einsatz zusätzlicher Handlungsoptionen, wie z.B. Steuererhöhungen, Anhebung der Selbstbeteiligung und Änderung der Beitragsgestaltung. Zudem plädieren die Reformkonzepte übereinstimmend für eine Ausgliederung der krankensicherungs-fremden Leistungen aus dem Katalog der GKV, da ihnen die Versicherbarkeit und/oder der Bezug zur Morbidität fehlt. Dabei herrscht auch weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich Art und Umfang der krankensicherungs-fremden Leistungen.
- (7) Abgesehen von der jeweiligen Einstufung spezifischer Gesundheitsleistungen unterscheiden sich die dargestellten Reformansätze konzeptionell vor allem in:
- der Zuordnung von Leistungen, die nicht (mehr) zum Grund- bzw. Kernleistungskatalog gehören,
  - der Behandlung bzw. Ausgestaltung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und zwischen GKV und PKV sowie
  - der Berücksichtigung des Risikostrukturausgleiches (RSA).

Bei dem Zuwahlmodell des Sachverständigenrates sowie den Vorschlägen von Schwartz und Jung sowie der ärztlichen Organisationen scheiden die Gesundheitsleistungen, die nicht mehr zu den Grundleistungen gehören, aus dem solidarisch finanzierten Bereich der GKV aus und unterliegen damit auch nicht mehr

dem RSA. Sofern die Versicherten diese Leistungen weiterhin wünschen, können sie diese im Rahmen der Selbstmedikation erwerben oder sich privat über risiko-äquivalente Beiträge absichern. Im Abwahlmodell des Sachverständigenrates bleibt zunächst der gesamte geltende Leistungskatalog innerhalb der GKV und der solidarischen Finanzierung. Im Hinblick auf die abwählbaren Leistungen stehen dann GKV und PKV zumindest mittelbar im Wettbewerb. Das Kieler Konzept sieht neben Grund- und Wahl- auch Satzungsleistungen vor, deren Finanzierung weiterhin solidarisch erfolgt, die aber nicht in den RSA eingehen. Darüber hinaus eröffnet dieses Konzept den Krankenkassen noch die Möglichkeit, pro Kasse auch unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen anzubieten.

- (8) Der Amsterdamer Vertrag überlässt die Kompetenz zur Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme zwar explizit den jeweiligen Mitgliedsstaaten, gleichwohl können von der europäischen Integration Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitsmärkte und -systeme ausgehen. Die europäische Integration stellt in Verbindung mit der Globalisierung die beitragsfinanzierten Sozialsysteme insofern vor besondere Herausforderungen, als einerseits der verschärfte Standortwettbewerb nach stabilen Beitragssätzen verlangt, andererseits die weltweit gestiegenen Informationsmöglichkeiten Druck in Richtung einer Erweiterung der gesetzlichen Leistungskataloge erzeugen können. Die bisherigen Urteile des Europäischen Gerichtshofes eröffnen den Versicherten und Patienten – und eventuell auch den Krankenkassen – die Chance, Qualitäts- und Preisunterschiede von Gesundheitsleistungen in Europa zu nutzen und damit einen europaweiten Wettbewerb der Leistungsanbieter in Gang zu setzen bzw. zu stimulieren. Diese Entwicklung konfrontiert das korporatistische deutsche Gesundheitswesen, u.a. im Hinblick auf Bedarfsplanung, Budgetierung und Qualitätskontrolle, allerdings auch mit einigen, wenn auch nicht unlösbaren, Anpassungsproblemen.
- (9) Der Leistungskatalog der französischen gesetzlichen Krankenversicherung verdient in diesem Kontext insofern Interesse, als er sich ebenfalls überwiegend auf eine Beitragsfinanzierung stützt und das französische Gesundheitswesen bei einem internationalen Benchmarking des WHO im Unterschied zum deutschen hervorragend abschnitt. Die französische gesetzliche Krankenversicherung kennt, ähnlich wie die deutsche, keinen expliziten Leistungskatalog, sie orientiert sich aber nicht am Sachleistungs-, sondern am Kostenerstattungsprinzip. Dabei fällt auf, dass die Erstattungskosten in vielen Bereichen deutlich unter denen der deutschen GKV liegen. Da über 80 % der französischen Bevölkerung aber eine Zusatzversicherung besitzen, gehen hiervon kaum Anreizwirkungen auf die Inan-

spruchnahme aus. Parallel zur deutschen Situation bilden derzeit finanzielle Probleme der französischen Krankenversicherung den Anstoß zu einer Diskussion über den Leistungskatalog. Dabei geht es neben der Frage nach den künftigen Grundleistungen u.a. auch um eine bessere zahnmedizinische Prophylaxe, distributive Aspekte der Gesundheitsversorgung und die Reform von Vergütungs- und Preissystemen.

- (10) Die künstlichen Befruchtungstechniken bilden in dieser Studie ein exemplarisches Beispiel für die umstrittene Frage, ob es sich hier um eine Grund-, eine Wahl- oder eine krankenversicherungsfremde Leistung handelt. Einige Reformvorschläge zum Leistungskatalog der GKV stufen die künstlichen Befruchtungstechniken als krankenversicherungsfremde Leistung ein, deren Finanzierung somit nicht der GKV obliegt. Diese Zuordnung entspricht unseren Kriterien, wenn bei dieser Gesundheitsleistung die Versicherbarkeit und/oder der Bezug zur Morbidität fehlt. Da bei den künstlichen Befruchtungstechniken in der Regel eine Versicherbarkeit vorliegt und es sich bei ungewollter Kinderlosigkeit infolge Sterilität nach mehreren gerichtlichen Urteilen auch um eine Krankheit handelt, bilden diese Behandlungsmethoden in Prinzip keine versicherungsfremden Leistungen. Ihre Einstufung als Wahlleistung ließe sich bei knappen Ressourcen und Grundleistungen, die eine höhere Dringlichkeit im Sinne eines objektiven Bedarfs aufweisen, zwar vertreten, was aber eine umfassende Priorisierung aller zur Diskussion stehenden Gesundheitsleistungen voraussetzt. Dieses Problem stellt sich bei den Satzungsleistungen in minderer Schärfe, da diese weiterhin im Bereich der GKV und damit der solidarischen Finanzierung verbleiben.
- (11) Wie die Diskussionen um die krankenversicherungsfremden Leistungen zeigen, wirft die Abgrenzung des Leistungskataloges der GKV auch Fragen nach der unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten adäquaten Funktionsteilung zwischen Gebietskörperschaften, Teilsystemen der Sozialversicherung und privaten Wirtschaftseinheiten im Gesundheitswesen auf. Auch wenn es hier in vielen Fällen „nur“ um Ausgabenverlagerungen geht, so erzeugen diese doch zumeist andere personelle und regionale Belastungswirkungen sowie andere arbeitsmarktpolitische Effekte. Bei den krankenversicherungsfremden Leistungen lassen sich die Geldleistungen auf der Ausgabenseite, die mit ca. 4,5 Mrd. DM etwa 0,25 Beitragssatzpunkte ausmachen, von den quantitativ erheblich gewichtigeren Einnahmen- bzw. Beitragsausfällen unterscheiden. Letztere entstehen dadurch, dass bestimmte Personengruppen keine oder ermäßigte Beiträge entrichten, wobei vor allem die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen mit rd. 60 Mrd.

DM die GKV erheblich belastet. Zu diesen krankenversicherungsfremden Leistungen gehören auch die entgangenen Zuzahlungen bei Härtefall-Patienten, nicht aber der Generationenausgleich im Rahmen des Umlageverfahrens. Vor dem Hintergrund der intertemporalen Wirkungen des Umlageverfahrens bestehen auch Bedenken gegen die Ausgliederung des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der GKV, während vornehmlich wettbewerbspolitische Argumente für eine Übertragung von Gesundheitsförderung und Prävention auf die Gebietskörperschaften sprechen.

Bei den krankenversicherungsfremden und anderen Leistungen, deren Finanzierung von der GKV auf die Gebietskörperschaften übergeht, bietet es sich aus Gründen der bestehenden Organisationsstrukturen und im Sinne einer besseren Akzeptanz durch die Versicherten an, dass die Krankenkassen diese Leistungen im Rahmen einer Auftragsverwaltung weiterhin erbringen und die entsprechenden Kosten erstattet erhalten. Die Heranziehung von Steuern auf Tabak und Alkohol zur finanziellen Entlastung der GKV besitzt abgesehen vom Budgetgrundsatz der Non-Affektation öffentlicher Einnahmen den Nachteil, die Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis nicht zu beseitigen bzw. abzumildern. Für eine Verlagerung der krankenversicherungsfremden Leistungen sprechen schließlich auch die Rechtssicherheit des RSA und arbeitsmarktpolitische Gründe. Da es sich bei den krankenversicherungsfremden Leistungen um gemeine Staatsaufgaben handelt, tritt mit dem bundesweiten RSA noch ein verdecktes Transfersystem zu dem bestehenden Länderfinanzausgleich hinzu. Eine Substitution von Beiträgen der GKV durch z.B. eine Erhöhung der Mehrwertsteuer reduziert zum einen die Lohnnebenkosten und fördert damit den Produktionsfaktor Arbeit und verbessert darüber hinaus die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen, indem sie deren Arbeitskosten senkt, ohne wegen des Bestimmungslandprinzips die Exporte zu belasten und die Importe besser zu stellen.

- (12) Nach Verlagerung der krankenversicherungsfremden und anderer Leistungen aus dem Katalog der GKV geht es bei seiner Neuordnung in erster Linie um eine Grenzziehung zwischen objektivem und subjektivem Bedarf. Dabei lassen sich die zur Diskussion stehenden Reformkonzepte unter Einschluss des geltenden Systems wie folgt charakterisieren:
- Im geltenden System stellen nahezu alle Leistungen Grundleistungen dar, so dass sich der Wettbewerb innerhalb der GKV auf den Beitragssatz und Serviceaktivitäten beschränkt.

- Eine Variante unterscheidet Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen, wobei die Grenze zwischen dem Leistungskatalog der GKV und den prämierten Wahlleistungen wie im bisherigen System verläuft. Der Leistungskatalog der GKV spaltet sich aber nun auf in Grundleistungen, die alle Krankenkassen anbieten, und kassenspezifische Satzungsleistungen, die als kollektive Wahlleistungen ebenfalls der solidarischen Finanzierung unterliegen, aber nicht in den RSA eingehen.
- Diese Variante sieht Satzungsleistungen vor. Sie eröffnet aber zusätzlich die Möglichkeit, auch innerhalb einer Krankenkasse unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen zu schnüren.
- Das Abwahlmodell geht vom bestehenden Leistungskatalog der GKV aus, wobei die Versicherten die abgewählten Leistungen privat absichern können.
- Das Zuwahlmodell reduziert den derzeitigen Katalog auf einen Kern von Grundleistungen, sodass alle Wahlleistungen in den Bereich der privaten Absicherung fallen.
- Diese Variante bildet ebenso wie die vorangehende neben Grund- und Wahlleistungen eine Kombination aus Zuwahl- und Abwahlmodell.

Die zentralen Aussagen in repräsentativen Befragungen zeigen, dass die Versicherten zwar Wahlrechte und eine wettbewerbliche Vielfalt im Bereich der Krankenkassen schätzen, aber eine hohe Sensibilität im Hinblick auf Abstriche beim Leistungskatalog und eine Einschränkung der solidarischen Finanzierung besitzen. Diese Feststellung und Wettbewerbsaspekte innerhalb der GKV sprechen sowohl gegen ein starres Festhalten am Status quo des Leistungskataloges als auch gegen Zuwahlmodelle, die einen beachtlichen Teil des heutigen Leistungskataloges aus der GKV in den privaten Bereich verlagern möchten. Das Abwahlmodell gewährt den Versicherten zwar weiterhin die Option, alle bisherigen Leistungen solidarisch finanziert zu erhalten, es treten jedoch Selektionsprobleme beim Wettbewerb um die abwählbaren Leistungen auf und der Geltungsbereich des RSA bleibt unklar bzw. problematisch. Die beiden Varianten, die sich auf Satzungsleistungen stützen, bieten demgegenüber folgende Vorzüge:

- Sie gewähren den Versicherten auch innerhalb der GKV Wahlmöglichkeiten und damit eine bessere Realisierung ihrer Präferenzen.

- Die Krankenkassen erhalten auf der Leistungsseite Wettbewerbsparameter, was einen funktionsfähigen Wettbewerb innerhalb der GKV fördert.
- Die Satzungsleistungen gehen, da sie nicht alle Kassen anbieten, nicht in den RSA ein, unterliegen aber wie die Grundleistungen weiterhin einer solidarischen Finanzierung.
- Da die Grenze zwischen GKV und PKV bzw. Selbstmedikation weitgehend erhalten bleibt, was auch für die jeweiligen Vergütungssysteme gilt, entstehen den Versicherten bzw. Patienten bei den Satzungsleistungen keine höheren Aufwendungen.

Unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen erhöhen zwar die Wahlmöglichkeiten, sofern allerdings viele Krankenkassen zahlreiche solcher Angebote unterbreiten, leidet darunter die Transparenz und damit auch die Wettbewerbsintensität. Zudem dürfte sich die Tarifierung solcher Pakete nur noch geringfügig von risikoäquivalenten Prämien unterscheiden. Das sich in diesem Kontext auch die solidarische Finanzierung schwierig gestaltet, sprechen Implementationsaspekte ebenfalls für einen Einstieg in ein Reformkonzept, das innerhalb einer Krankenkasse einheitliche, aber von Krankenkasse zu Krankenkasse flexible Satzungsleistungen beinhaltet. Die Inangriffnahme einer solchen Reform wie auch andere Handlungsoptionen bedeuten keinen Angriff auf das geltende System, sondern über eine evolutorische Flexibilisierung seiner Struktur einen Beitrag zu seiner Stabilisierung.



## 4 Literatur

- Aaron, Henry J. u. Schultze, Charles L. (Eds.) (1992): Setting Domestic Priorities. What Can Government Do?, Washington, D.C.
- Akerlof, George A. (1970): The Market for „Lemons“: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism, in: The Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, S. 488-500
- Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1995): Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform Stufe 3, Göttingen
- Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten des Europäischen Parlaments (2000): Entwurf eines Berichts über die Zusatzkrankenversicherung, Brüssel 23.05.2000, Europäisches Parlament 286.183-DT/402.876
- Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ der Diakonischen Konferenz (2000): Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Stuttgart
- Backhaus, A. (1996): Kostenübernahme bei In-vitro-Fertilisation auch in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Versicherungsrecht, Heft 13, S. 564
- Bals-Pratsch, M. und Nieschlag, E. (1996): Diagnostik und konventionelle Therapie der männlichen Infertilität, in: Gynäkologie, Vol. 29, S. 445-52
- Behrens, Johann et al. (1996): Die Hoffnung auf Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Behrens, Johann et al. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs, Baden-Baden, S. 11-19
- Beske, Fritz (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung: Kieler Konzept, Berlin
- Beske, Fritz, Hallauer, Johannes u. Kern, Axel (1996): Rationierung im Gesundheitswesen?: zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen, Institut für Gesundheits-System-Forschung, Schriftenreihe Bd. 58, Kiel
- Boetius, Jan u. Wiesmann, Hans- Olaf (1998): Die Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV, Köln
- Breyer, Friedrich u. Zweifel, Peter (1997): Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Berlin

- Bundesärztekammer (2001): Beschlüsse des 104. Deutschen Ärztetages, Köln  
25.05.2001
- Bundesdruckerei (1999): STATIS, Die Zeitreihen des Statistischen Bundesamtes, CD-Rom, Version 1.1 (ohne Ortsangabe)
- Bundeskanzleramt (2001): Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform, in: Dienst für Gesellschaftspolitik vom 05.07.2001, S. 8-10
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Statistisches Taschenbuch 1998, Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999): Statistisches Taschenbuch 1999, Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000): Statistisches Taschenbuch 2000, Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (2000): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2001): Wirtschaftsbericht 2001, Bergheim, im Juli 2001
- Busch, Susanne, Pfaff, Anita B. u. Rindsfüßer, Christian (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen, Düsseldorf
- Cahill, Kevin M. (Ed.) (1991): Public Health in a Declining Economy, New York
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM 2001a): Actualité du Régime. Stand: Mai 2001,  
[http://www.canam.fr/indexact\\_t3.htm](http://www.canam.fr/indexact_t3.htm)
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM 2001b): Présentation du Régime. L'Affiliation. Stand: Mai 2001,  
<http://www.canam.fr/indexpre.htm>
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries (CNAMTS 1999): Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins, Stand: Juli 1999,  
<http://www.cnamts.ext.fth.net/pla-stra.pdf>
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries (CNAMTS 2001a): CMU et Accès aux Soins: Présentation de la Loi CMU. Stand: Mai 2001,  
<http://www.cnamts.fr/san/pr/basdpra311.htm>

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries (CNAMTS 2001b):  
Remboursement, Stand: Mai 2001,  
<http://www.cnamts.fr/ass/remb/somremb.htm>.
- Cassel, Dieter (1997): Ausbau der Wettbewerbskonzeption der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11/12/1997, S. 10-18
- Crosignani, P. u. Rubin, B. (1996): Guidelines to the Prevalence, Diagnosis, Treatment and Management of Infertility, in: The ESHRE Capri Workshop, Excerpts on Human Reproduction, Number 4, August 1996, Human Reproduction
- Däßler, U., Häberlein, U. u. Helfferich, C. (1994): Untersuchungen zur Infertilität und Subfekundität, Deutscher Beitrag zur EG-Studie (DESYS), Schlußbericht, Anlagen zum Schlußbericht, gefördert vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT), Förderkennzeichen: 01KY9101-01Ky9105, Universität Rostock
- Daubenbüchel, Rainer (2001): Aspekte aus 2000, in: Bundesarbeitsblatt, 8/2001, S. 14-20
- Daya, S. et al. (1995): Follicle-stimulating hormone versus human menopausal gonadotropin for in vitro fertilization cycles: a meta-analysis, in: Fertility and Sterility, Vol. 64, S. 347-354
- DIR (2000): Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsches IVF-Register, Jahrbuch 1999
- Durand-Zaleski, Isabelle et al. (1999): Le Choix des Soins Garanties par l'Assurance Maladie Obligatoire. Paris: Flammarion, Médecine-Sciences
- Erbsland, Manfred u. Wille, Eberhard. (1995): Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft. Bd. 84, S. 661-686
- Felberbaum, R. u. Dahncke, W. (2000): Das Deutsche IVF-Register als Instrument der Qualitätssicherung und zur Beratung der Patienten, in: Gynäkologe, Vol. 33, S. 800-811
- Flintrop, Jens (2000): Gesetzliche Krankenversicherung: Entrümpeln vor dem Umbau, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 50, S. A-3411-3416
- Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (2000): Vertrags- und Wahlleistungen. Aktualisiertes Konzept einer Neuorientierung im Bereich der Zahnheilkunde in der sozialen Krankenversicherung, Beschluss der Hauptversammlung 2000, Köln 26.-28.10.2000
- Glander, H. (1996): Moderne Fertilisierungstechniken, in: Fortschritte der Medizin, 114 Jg., Nr. 27, S.333-336

- Government Committee on Choices in Health Care (1992): Choices in Health Care, Rijswijk, The Netherlands
- Happel, J. et al. (1996): Gebühren-Ziffern-Manual für die ambulante Fortpflanzungsmedizin, Saarbrücken
- Hartmannbund (2001a): Pressemitteilung 01/01 vom 08.01.2001
- Hartmannbund (2001b): Pressemitteilung 18/01 vom 25.07.2001
- Haut Comité de la Santé Publique (Hrsg.) (2000): Le panier de biens et services de santé: Première approche. Rapport adressé à la Conférence Nationale de Santé et au Parlement. Rennes: Editions ENSP
- Hirsch, Günter (1998): Die Auswirkungen der Europäischen Verträge auf den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr in der Gesundheitsversorgung, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, 4. Jg., H. 4, S. 121-126
- Hoffmann-La Roche Aktiengesellschaft Grenzach-Wyhlen (1987): Roche-Lexikon Medizin, München
- Hofmann, Barbara u. Kochs, Urban (1998): Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in Grenzgebieten – Grenzüberschreitendes Projekt in der Euregio Maas-Rhein, in: Die BKK, 86. Jg., H. 6, S. 306-308
- Hofmann, Uwe, Mill, Doris u. Schneider, Markus (1998): Beschäftigte im Gesundheitswesen 1996, Untersuchung im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Augsburg
- Institut der deutschen Wirtschaft (1998a): Informationsdienst IWD-Online, Nr. 50, Jg. 24, Internet, Köln
- Institut der deutschen Wirtschaft (1998b): IW-Trends 3/98, Realeinkommen in Deutschland Entwicklungstrends und Messprobleme, Internet, Köln
- Institut der deutschen Wirtschaft (2000): Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 2000, Köln
- Jacobs, Klaus (2000): Gesundheitsreform: Keine Pause in der 2. Halbzeit, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/2000, S. 10-15
- Jacobs, Klaus u. Reschke, Peter (1992): Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden
- Jacobs, Klaus, Reschke, Peter u. Wasem, Jürgen (1998): Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden

- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2001): Das Selbstbestimmungs-Prinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Beschluss der Vertreterversammlung am 10./11.11.2000 in Dresden. Berlin, im Januar 2001
- Kern, Axel et al. (1997): Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung: Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung, Institut für Gesundheits-System-Forschung, Schriftenreihe Bd. 61, Kiel
- Kleinstejn, J. (1996): Ovulationsinduktion bei der In-vitro-Fertilisation, in: Gynäkologe, Vol. 29, S.284-290
- Kliemt, M. (1996): Kostenerstattungspflicht bei In-vitro-Fertilisation, in: Versicherungsrecht, Heft 1, S. 32-34
- Knappe, Eckhard (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, europäische Integration, in: Die BKK 12/2000, S. 527-533
- Kranich, Christoph (2001): Individualität und Solidarität als Leitmotive der Gestaltung des Gesundheitswesens, in: Beske, Fritz (Hrsg.): Einstellung von Versicherten und Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel, S. 13-23
- Krimmel, Lothar (2001): Strukturierung und Ausbau des privaten Gesundheitsmarktes als Ausweg aus budgetbedingter Rationierung, in: Beske, Fritz (Hrsg.): Der Hausarzt als Partner des Versicherten – Leistungsbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konkretisierung sinnvoller Individualangebote, Kiel, S. 11-32
- Küpker, W. et al. (1996): Die intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI)- Assistierte Fertilisierung bei schwerer männlicher Subfertilität, in: Gynäkologe, Vol. 29, S. 453-463
- La Passerelle. Relais d'Information sur la Stérilité et Recueil de Témoignages (2001): La Stérilité, Stand: Mai 2001, <http://www.multimania.com/passrele/amp.htm>
- Labeit, Alexander u. Wille, Eberhard (1998): Managed-Care-Ansätze und Qualitätssicherung in der Sterilitätsbehandlung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 3. Jg., Heft 5, S. 148-155
- Lancry, Pierre-Jean u. Sandier, Simone (1999): Twenty Years of Cures for the French health Care System, in: Mossialos, Elias u. Le Grand, Julian (Hrsg.) (1999): Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate: Alderhot
- Ludwig-Erhard-Stiftung e.V. (2001): Ordnungspolitischer Bericht 2001 des Vorstands der Ludwig-Erhard-Stiftung, Bonn
- Mafo-Institut (Marktforschungsinstitut Dr. E. Bruckert GmbH) (1989): Ungewollte Kinderlosigkeit im Spiegel der Betroffenen, Schwalbach

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2001) : La Couverture Maladie Universelle, Stand: Mai 2001, [http://www.social.gouv.fr/hm/actu/couv\\_univ/cmu/dp\\_091299.htm](http://www.social.gouv.fr/hm/actu/couv_univ/cmu/dp_091299.htm)
- Mougeot, Michel (1999): Regulation du système santé. Paris: La Documentation française
- Münnich, Frank E. (1998): Wettbewerbsdruck durch Konvergenz der Gesundheitssysteme in der EU? In: Recht u. Politik im Gesundheitswesen, 4. Jg., H. 3, S. 81-85
- NAV-Virchow-Bund (2000a): Der Jahresbericht Zweitausend, Köln
- NAV-Virchow-Bund (2000b): Beschlüsse der Bundeshauptversammlung 2000 am 10.-12.11.2000 in Berlin
- Neubauer, Günter (1996): Staatlicher Interventionismus versus wettbewerbliche Selbststeuerung. Ein neuer Ansatz zur Steuerung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, in: Behrens, Johann et al. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Baden-Baden, S. 89-99
- Neumann-Duesberg, Rüdiger (1998): Die EuGH-Position ist angreifbar, in: Gesundheit und Gesellschaft, H. 10, S. 22-27
- Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP 2001): Österreichischer Krankenkassenvertragsentwurf im Europäischen Vergleich. Stand: Mai 2001, [http://www.psychotherapie.at/oebvp/aktuelles/Europaeischen\\_Vergleich.html](http://www.psychotherapie.at/oebvp/aktuelles/Europaeischen_Vergleich.html)
- Oberender, Anja (1995): Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs, Ökonomische Dissertation, Freiburg
- OECD (2000a): Revenue Statistics 1965-1999, Paris
- OECD (2000b): OECD Health-Data 2000, Paris
- Pennanen, P. (1993): Sozialmedizinische und sozialpsychologische Faktoren bei Kinderlosigkeit, Subfertilität und Infertilität und deren Untersuchungen und Behandlungen: eine epidemiologische Studie, Dissertation, Hamburg
- Pfaff, Martin u. Wassener, Dieter (1996): Risikoselektion dauerhaft vermeiden. Der Risikostrukturausgleich hat sich bewährt, in: Forum für Gesellschaftspolitik, Bonn, Juli 1996, S. 165-170
- Pfaff, Martin (1998): Die Chance für Versicherte und Patienten nutzen – die tragenden Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung stärken, in: Forum für Gesundheitspolitik, Bonn, Mai 1998, S. 109-111

- Pitschas, Rainer (1994): Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung in Deutschland im Gegenlicht europäischer Gesundheitspolitik, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Jg. 1994, H. 2, S. 85-118
- Presse- und Informationsdienst des EuGH (2001), Pressemitteilung N. 32/01 vom 12. Juli 2001. Stand Juli 2001  
<http://europa.eu.int/cj7de7aff7cp0132de.htm>
- Reichelt, Herbert (1996): Risikostrukturausgleich und Wahlfreiheit: Angleichung der Wettbewerbsbedingungen durch Verfeinerung des Ausgleichsverfahrens, in: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Die AOK im Wettbewerb, Bonn, S. 31-48
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten 1996, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997/98): Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000): „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über- Unter- und Fehlversorgung“ im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung – Herleitung grundlegender Begriffe, Arbeitspapier, Stand: April 2000
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Bonn
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/20001, Ausführliche Zusammenfassung, Bonn
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001): Chancen auf einen höheren Wachstumspfad, Jahresgutachten 2000/01, Stuttgart
- Schmidt, L. u. Münster, K. (1995): Infertility, involuntary infecundity, and the seeking of medical advice in industrialized countries 1970-1992: a review of concepts, measurements and results, in: Human Reproduction, Vol. 10, S. 1407-18

- Schneider, Markus et al. (1995): Gesundheitssysteme im Vergleich. Ausgabe 1994. Augsburg: Basys
- Schneider, Markus et al. (1998a): Gesundheitsökonomische Basisdaten für Rheinland-Pfalz, Schriftenreihe Gesundheitswesen/Gesundheitsberichterstattung des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Mainz
- Schneider, Markus et al. (1998b): Gesundheitssysteme im Vergleich. Übersichten 1997. Augsburg: Basys
- Schneider, Werner (1994): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Schulte, Bernd (1998): Europäische Gesundheitspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 9. Jg., H. 3, S. 359-395
- Schwarz, Friedrich Wilhelm u. Jung, Karl (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 4/2000, S. 70-75
- Schwarz, Friedrich Wilhelm (2001): Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates, in: Gesundheitswesen, 63. Jg., S. 1-6.
- Service Public. Portail de l'Administration Française (2001a): Santé, Contraception, Stand: Mai 2001, <http://vosdroits.service-public.fr/ARBO/170602-FXSAN228.html>
- Service Public. Portail de l'Administration Française (2001b): Santé, Interruption volontaire de grossesse (IVG), Stand: Mai 2001, <http://vosdroits.service-public.fr/ARBO/170601-NXSAN500.html>
- Service Public. Portail de l'Administration Française (2001c): Santé, Cure Thermal, Stand: Mai 2001, <http://vosdroits.service-public.fr/ARBO/1701020702-FXSAN273.html>
- Spree, Hans- Ulrich (2000): Zwischen Grundlohn und Lohnquote. Anmerkungen zur Finanzierungsgrundlage der Krankenversicherung, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 4, April 2000, S. 56-58
- Statistisches Bundesamt (1994): Statistisches Jahrbuch 1994 für die Bundesrepublik und für das Ausland, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (1995): Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik und für das Ausland, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (1999): Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik und für das Ausland, CD-Rom, Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2000a): Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik und für das Ausland, CD-Rom, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2000b): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001a): Definition Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, Internet, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001b): Definition Bruttolohn- und -gehaltssumme, Internet, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001c): Definition Bruttoinlandsprodukt, Internet, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001d): Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1998, Fachserie 12 Reihe S.2, Stuttgart
- Stepan, Adolf u. Sommersguter-Reichmann, Margit (1999): Priority-setting in Austria, in: Health Policy, Vol. 50, S. 91-104
- Stowitzki, T. (1996): Ungewollte Kinderlosigkeit: Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, Stuttgart
- Ulrich, Volker (2000): Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren?, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 5. Jg., Heft 6, S. 163-172
- Union der leitenden Angestellten (ULA 2000): Die Zukunft der Gesundheitspolitik aus Sicht der Führungskräfte. 14 Thesen für die Gestaltung eines wirtschaftlichen und solidarischen Gesundheitssystems, Schriftenreihe Nr. 40, Berlin
- Valet, A, Goerke, K. u. Steller, J.(1992): Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe, Neckarsulm
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2001): Rentenversicherung in Zeitreihen, Internet, Frankfurt am Main
- Voß, K.-Dieter (1996): Mögliche Wettbewerbsfelder der GKV, ihre Besetzung und Weiterentwicklung, in: Sozialer Fortschritt 5/96, S. 117-123
- Wasem, Jürgen (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss
- Weise, W. (1994): Epidemiologie der Sterilität, in: Der Frauenarzt, Jg. 35, Heft 5, S.553-557

- WHO (World Health Organization 1992): Recent advances in medically assisted conception, Report of a WHO Scientific Group, in: WHO Technical Report Series, 820, S. 1-111
- WHO (World Health Organization 2000): The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, France
- Wilcox, L. und Peterson, H. und Martin, M. (1994): Analyzing Pregnancy rates in assisted reproductive technologies, in: Infertility and reproductive medicine clinics of North America, Vol. 5, S. 297-308
- Wille, Eberhard (1970): Planung und Information. Eine Untersuchung ihrer Wechselwirkungen unter besonderer Berücksichtigung eines mehrjährigen Plans für die öffentlichen Finanzen, Berlin
- Wille, Eberhard (1986): Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus, in: Wille, Eberhard (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt et al., S. 91-126
- Wille, Eberhard u. Ulrich, Volker (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: Hansmeyer, Karl-Heinrich (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, N. F. Bd. 194/II, Berlin, S. 9-115
- Wille, Eberhard (1996): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Nagel, Eckhard u. Fuchs, Christoph (Hrsg.): Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit?, Köln, S. 46-53
- Wille, Eberhard u. Schneider, Udo, (1996/97): Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 2, Heft 4, S. 141-158
- Wille, Eberhard (1997): Ist § 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung) realisierbar?, in: Arzt und Krankenhaus, 7/97, S. 208-213
- Wille, Eberhard (1998a): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, 52. Jg., Heft 1/2, S. 16-27
- Wille, Eberhard (1998b): Mögliche Auswirkungen der Europäischen Währungsunion, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 9. Jg., H. 3, S. 343-358
- Wille, Eberhard (1999a): Einführung: Die Sozialabgaben als wirtschaftspolitisches Problem, in: Wille Eberhard (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung, Baden-Baden, S. 7-20

- Wille, Eberhard (1999b): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, Eberhard (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden, S. 95-156
- Wille, Eberhard (2000): Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten, in: Wille, Eberhard u. Albring, Manfred (Hrsg.): Rationalisierungsréserven im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 349-387
- Wirtschafts- und Sozialausschuss des Europäischen Parlaments (2000): Stellungnahme zur „Zusatzkrankenversicherung“, Brüssel 24.05.2000
- Wulff, Christian (2001): Aufwachen oder Weiterschlafen. Plädoyer für einen fairen Sozialstaat und eine Modernisierung der Sozialsysteme, 15.04.2001
- Würfel, Wolfgang et al. (1997): Sterilitätsmedizin in Deutschland. Im Spannungsfeld von Recht und Politik, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 94, Heft 48, S. A-3254-3255
- Zentrale Ethikkommission (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 15, 14. April 2000, S. C-786-792
- Zollner, Maximilian (2000): Definition einer Grundversorgung. Einführung im Rahmen der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes am 10.11.2000 in Berlin
- Zok, Karl (1999): Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten, WIdO-Materialien 43, Bonn
- Zweifel, Peter (2001): Eine Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert: Zehn Reformvorschläge, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Bd. 2, Heft 1, S. 81-98

## **Gesetze und Urteile**

- EuGH, Urteile vom 12.07.2001 in der Rechtssache C-157/99, B. S. M. Geraets-Smits ./ Stichting Ziekenfonds VGZ und H. T. M. Peerbooms ./ Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen
- EuGH, Urteile vom 28.04.1998 in den Rechtssachen C-120/95, Nicolas Decker ./ Caisse de maladie des employés privés und C-158/96 Raymond Kohll ./ Union des Caisses de maladie

EU-Vertrag in der Fassung vom 2. Oktober 1997 (Vertrag von Amsterdam)

Schlussanträge des Generalanwalts Dámas Ruiz Jarabo Colomer vom 18. Mai 2000 in der Rechtssache C-157/99, B. S. M. Geraets-Smits gegen Stichting Ziekenfonds VGZ H. T. M. Peerbooms gegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen

# **Anhang**

Jahr	BIP in Mrd.	Wachstum des BIP zur Basis 1980	Einnahmen der GKV Mitglieder und Rentner in Mrd.	Allg. Beitragssatz	Beitragspflichtige Einnahmen in Mrd.	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen zur Basis 1980	Fiktive beitragspflichtige Einnahmen fortgeschrieben mit dem Wachstum des BIP in Mrd.	Fiktiver Beitragssatz entsprechend den fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen
1970	675,3	-0,5412	24,98	8,20	304,58	-0,5850	336,73	7,42
1971	749,8	-0,4906	29,94	8,13	368,31	-0,4982	373,87	8,01
1972	823,1	-0,4408	34,63	8,39	412,74	-0,4377	410,42	8,44
1973	917,3	-0,3768	42,11	9,15	460,19	-0,3730	457,39	9,21
1974	983,9	-0,3316	48,43	9,47	511,45	-0,3032	490,60	9,87
1975	1026,6	-0,3026	58,16	10,47	555,51	-0,2432	511,89	11,36
1976	1120,5	-0,2388	67,52	11,30	597,48	-0,1860	558,72	12,08
1977	1195,3	-0,1880	70,24	11,37	617,78	-0,1583	596,01	11,79
1978	1283,5	-0,1281	73,19	11,41	641,48	-0,1260	639,99	11,44
1979	1388,4	-0,0568	77,10	11,26	684,73	-0,0671	692,30	11,14
1980	1472,0	0,0000	83,53	11,38	733,98	0,0000	733,98	11,38
1981	1535,0	0,0428	90,99	11,79	771,76	0,0515	765,40	11,89
1982	1588,1	0,0789	96,49	12,00	804,10	0,0955	791,87	12,19
1983	1668,5	0,1335	98,54	11,83	832,97	0,1349	831,96	11,84
1984	1750,9	0,1895	100,73	11,44	880,48	0,1996	873,05	11,54
1985	1823,2	0,2386	106,98	11,80	906,59	0,2352	909,10	11,77
1986	1925,3	0,3079	113,99	12,20	934,34	0,2730	960,01	11,87
1987	1990,5	0,3522	120,87	12,62	957,79	0,3049	992,52	12,18
1988	2096,0	0,4239	128,19	12,90	993,70	0,3538	1045,13	12,27
1989	2224,4	0,5111	134,89	12,91	1044,88	0,4236	1109,15	12,16
1990	2426,0	0,6481	141,86	12,53	1132,19	0,5425	1209,68	11,73
1991	2647,6	0,7986	147,72	12,20	1210,79	0,6496	1320,17	11,19
1992	2813,0	0,9110	161,34	12,74	1266,43	0,7254	1402,65	11,50
1993	2840,5	0,9297	178,00	13,41	1327,36	0,8084	1416,36	12,57
1994	2962,1	1,0123	184,51	13,23	1394,66	0,9001	1476,99	12,49
1995	3049,6	1,0717	188,94	13,24	1427,01	0,9442	1520,62	12,42
1996	3112,3	1,1143	195,24	13,58	1444,32	0,9678	1551,89	12,58
1997	3202,6	1,1757	198,31	13,50	1458,39	0,9869	1596,91	12,42
1998	3329,0	1,2615	202,58	13,54	1480,08	1,0165	1659,94	12,20

**Tabelle 1: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1980 im Vergleich (alte Bundesländer)**

Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

Ab 1996 wurden die beitragspflichtigen Einnahmen nicht berechnet sondern den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend ausgewiesen.

Die Zahlen beziehen sich auf die alten Bundesländer, ab 1995 wird Berlin-Ost dem früheren Bundesgebiet zugeordnet.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 2000a, eigene Berechnungen.

Jahr	BIP in Mrd.	Bruttoeinkommen aus unselbst. Arbeit in Mrd.	Volkseinkommen in Mrd.	Lohnquote I	Lohnquote II	Lohnquote I west	Lohnquote II west
1970	675,3	360,6	530,4	0,6799	0,5340		
1971	749,8	408,7	586,2	0,6972	0,5451		
1972	823,1	452,5	643,5	0,7032	0,5498		
1973	917,3	514,5	720,4	0,7142	0,5609		
1974	983,9	568,6	769,7	0,7387	0,5779		
1975	1026,6	593,6	800,6	0,7414	0,5782		
1976	1120,5	640,5	878,2	0,7293	0,5716		
1977	1195,3	688,0	933,7	0,7369	0,5756		
1978	1283,5	734,5	1007,1	0,7293	0,5723		
1979	1388,4	794,6	1084,0	0,7330	0,5723		
1980	1472,0	863,9	1139,6	0,7581	0,5869		
1981	1535,0	906,0	1179,8	0,7679	0,5902		
1982	1588,1	933,9	1214,2	0,7691	0,5881		
1983	1668,5	953,4	1278,1	0,7460	0,5714		
1984	1750,9	988,4	1347,1	0,7337	0,5645		
1985	1823,2	1026,4	1406,8	0,7296	0,5630		
1986	1925,3	1079,5	1497,5	0,7209	0,5607		
1987	1990,5	1124,7	1550,0	0,7256	0,5650		
1988	2096,0	1169,4	1635,5	0,7150	0,5579		
1989	2224,4	1221,9	1738,1	0,7030	0,5493		
1990	2426,0	1317,1	1892,2	0,6961	0,5429	0,6961	0,5429
1991	2938,0	1650,6	2282,8	0,7231	0,5618	0,6960	0,5372
1992	3155,2	1787,8	2430,3	0,7356	0,5666	0,7071	0,5381
1993	3235,4	1829,5	2456,2	0,7448	0,5655	0,7214	0,5407
1994	3394,4	1874,7	2547,9	0,7358	0,5523	0,7035	0,5246
1995	3523,0	1941,4	2657,3	0,7306	0,5511		
1996	3586,0	1965,7	2701,6	0,7276	0,5482		
1997	3666,6	1971,2	2751,5	0,7164	0,5376		
1998	3784,2	2001,8	2823,2	0,7091	0,5290		
1999	3877,1	2044,6	2863,3	0,7141	0,5274		

**Tabelle 2: Die Entwicklung der Lohnquoten**

Ab 1991 Zahlen für das gesamte Bundesgebiet.

Die Werte "Lohnquote I west" und "Lohnquote II west" beziehen sich auf die alten Bundesländer, soweit die notwendigen Daten von statistischen Bundesamt publiziert wurden.

Ab 1996 sind die Werte für Gesamtdeutschland und ab 1991 die für die alten Bundesländer vorläufige Ergebnisse.

Quelle: Statistisches Bundesamt 1994,1995, 2000a, eigene Berechnungen.

Jahr	BIP in Mrd.	Wachstum des BIP zur Basis 1985	Bruttoeinkommen aus unselbst. Arbeit in Mrd.	Wachstum der Bruttoeinkommen aus unselbst. Arbeit zur Basis 1985	Einnahmen der GKV Mitglieder und Rentner in Mrd.	Allg. Beitragssatz	Beitragspflichtige Einnahmen in Mrd.	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen zur Basis 1985
1970	675,3	-0,6296	360,6	-0,6487	24,98	8,20	304,58	-0,6640
1971	749,8	-0,5887	408,7	-0,6018	29,94	8,13	368,31	-0,5937
1972	823,1	-0,5485	452,5	-0,5591	34,63	8,39	412,74	-0,5447
1973	917,3	-0,4969	514,5	-0,4987	42,11	9,15	460,19	-0,4924
1974	983,9	-0,4603	568,6	-0,4460	48,43	9,47	511,45	-0,4359
1975	1026,6	-0,4369	593,6	-0,4217	58,16	10,47	555,51	-0,3873
1976	1120,5	-0,3854	640,5	-0,3760	67,52	11,30	597,48	-0,3410
1977	1195,3	-0,3444	688,0	-0,3297	70,24	11,37	617,78	-0,3186
1978	1283,5	-0,2960	734,5	-0,2844	73,19	11,41	641,48	-0,2924
1979	1388,4	-0,2385	794,6	-0,2258	77,10	11,26	684,73	-0,2447
1980	1472,0	-0,1926	863,9	-0,1583	83,53	11,38	733,98	-0,1904
1981	1535,0	-0,1581	906,0	-0,1173	90,99	11,79	771,76	-0,1487
1982	1588,1	-0,1289	933,9	-0,0901	96,49	12,00	804,10	-0,1131
1983	1668,5	-0,0849	953,4	-0,0711	98,54	11,83	832,97	-0,0812
1984	1750,9	-0,0397	988,4	-0,0370	100,73	11,44	880,48	-0,0288
1985	1823,2	0,0000	1026,4	0,0000	106,98	11,80	906,59	0,0000
1986	1925,3	0,0560	1079,5	0,0517	113,99	12,20	934,34	0,0306
1987	1990,5	0,0918	1124,7	0,0958	120,87	12,62	957,79	0,0565
1988	2096,0	0,1496	1169,4	0,1393	128,19	12,90	993,70	0,0961
1989	2224,4	0,2201	1221,9	0,1905	134,89	12,91	1044,88	0,1525
1990	2426,0	0,3306	1317,1	0,2832	141,86	12,53	1132,19	0,2488
1991	2647,6	0,4522	1422,2	0,3856	147,72	12,20	1210,79	0,3355
1992	2813,0	0,5429	1513,6	0,4747	161,34	12,74	1266,43	0,3969
1993	2840,5	0,5580	1535,9	0,4964	178,00	13,41	1327,36	0,4641
1994	2962,1	0,6247			184,51	13,23	1394,66	0,5384
1995	3049,6	0,6727			188,94	13,24	1427,01	0,5740
1996	3112,3	0,7071			195,24	13,58	1444,32	0,5931
1997	3202,6	0,7566			198,31	13,50	1458,39	0,6086
1998	3329,0	0,8259			202,58	13,54	1480,08	0,6326

**Tabelle 3: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit für die alten Bundesländer**

Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

Ab 1996 wurden die beitragspflichtigen Einnahmen nicht berechnet sondern den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend ausgewiesen.

Die Zahlen beziehen sich auf die alten Bundesländer, ab 1995 wird Berlin-Ost dem früheren Bundesgebiet zugeordnet.

Ab 1991 sind Werte für Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit vorläufige Ergebnisse.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Statistisches Bundesamt 1994, 1995, 2000a, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Jahr	BIP in Mrd.	Wachstum des BIP	Bruttoeinkommen aus unselbst. Arbeit in Mrd.	Wachstum der Bruttoeinkommen aus unselbst. Arbeit	Einnahmen der GKV Mitglieder und Rentner in Mrd.	Allg. durchschn. Beitragssatz	Beitragspflichtige Einnahmen in Mrd.	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen
1991	2938,0	-0,1345	1650,6	-0,1195	173,16	12,36	1400,96	-0,1785
1992	3155,0	-0,0705	1787,8	-0,0464	193,87	12,71	1525,34	-0,1056
1993	3235,4	-0,0468	1829,5	-0,0241	214,76	13,22	1624,52	-0,0474
1994	3394,4	0,0000	1874,7	0,0000	224,60	13,17	1705,38	0,0000
1995	3523,0	0,0379	1941,4	0,0356	226,58	13,15	1723,07	0,0104
1996	3586,0	0,0564	1965,7	0,0485	234,70	13,48	1738,98	0,0197
1997	3666,6	0,0802	1971,2	0,0515	239,38	13,58	1751,69	0,0272
1998	3784,2	0,1148	2001,8	0,0678	243,07	13,62	1769,12	0,0374
1999(p)	3877,1	0,1422	2044,6	0,0906	249,37	13,60	1806,80	0,0595

**Tabelle 4: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem BIP und den Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit für Deutschland zur Basis 1994**

(p) 1999 vorläufiger Wert aus KV45.

Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

Ab 1996 wurden die beitragspflichtigen Einnahmen nicht berechnet sondern den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend ausgewiesen.

Ab 1996 sind die Werte für BIP sowie Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit vorläufige Ergebnisse.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 2000a, eigene Berechnungen.

Jahr	Durchschn. beitragspfl. Einnahmen je Mitglied	BIP in Mrd.	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied	Wachstum des BIP	Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze
1970	895,73	675,3	-0,5562	-0,5412	-0,6190
1971	1036,09	749,8	-0,4866	-0,4906	-0,5476
1972	1141,22	823,1	-0,4345	-0,4408	-0,5000
1973	1250,53	917,3	-0,3804	-0,3768	-0,4524
1974	1374,43	983,9	-0,3190	-0,3316	-0,4048
1975	1499,44	1026,6	-0,2571	-0,3026	-0,3333
1976	1612,91	1120,5	-0,2008	-0,2388	-0,2619
1977	1722,39	1195,3	-0,1466	-0,1880	-0,1905
1978	1807,39	1283,5	-0,1045	-0,1281	-0,1190
1979	1909,30	1388,4	-0,0540	-0,0568	-0,0476
1980	2018,26	1472,0	0,0000	0,0000	0,0000
1981	2111,44	1535,0	0,0462	0,0428	0,0476
1982	2195,74	1588,1	0,0879	0,0789	0,1190
1983	2276,93	1668,5	0,1282	0,1335	0,1905
1984	2373,01	1750,9	0,1758	0,1895	0,2381
1985	2446,60	1823,2	0,2122	0,2386	0,2857
1986	2510,72	1925,3	0,2440	0,3079	0,3333
1987	2558,17	1990,5	0,2675	0,3522	0,3571
1988	2644,71	2096,0	0,3104	0,4239	0,4286
1989	2730,80	2224,4	0,3531	0,5111	0,4524
1990	2875,06	2426,0	0,4245	0,6481	0,5000
1991	3017,48	2647,6	0,4951	0,7986	0,5476
1992	3155,01	2813,0	0,5632	0,9110	0,6190
1993	3285,47	2840,5	0,6279	0,9297	0,7143
1994	3401,98	2962,1	0,6856	1,0123	0,8095
1995	3405,86	3049,6	0,6875	1,0717	0,8571
1996	3429,88	3112,3	0,6994	1,1143	0,9048
1997	3498,11	3202,6	0,7332	1,1757	0,9524
1998	3555,69	3329,0	0,7618	1,2615	1,0000

**Tabelle 5: Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und der Beitragsbemessungsgrenze zur Basis 1980 (alte Bundesländer)**

Quelle: Statistisches Bundesamt 1994, 1995, 2000a, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Jahr	GKV Mitglieder alte Bundesländer	Versicherte inkl. beitragsfrei Mitversicherte alte Bundesländer	Aus Einnahmen eines Mitgliedes zu finanzierende Personen alte Bundesländer	GKV Mitglieder Deutschland	Versicherte inkl. beitragsfrei Mitversicherte Deutschland	Aus Einnahmen eines Mitgliedes zu finanzierende Personen Deutschland
1990	38,27	55,83	1,46			
1991	39,01	56,84	1,46	50,69	71,28	1,41
1992	39,47	57,17	1,45	51,02	71,98	1,41
1993	39,63	57,47	1,45	50,88	72,16	1,42
1994	39,71	57,39	1,45	50,76	71,71	1,41
1995	40,67	58,71	1,44	50,89	71,89	1,41
1996	40,83	59,11	1,45	51,00	72,13	1,41
1997	40,88	58,74	1,44	50,99	71,60	1,40
1998	40,88	58,72	1,44	50,88	71,37	1,40
1999	41,25	58,96	1,43	51,20	71,46	1,40
2000	41,19	58,90	1,43	51,10	71,34	1,40

Absolutwerte sind in Mio. ausgewiesen.

**Tabelle 6: Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Jahr	Pflichtversicherte Rentner altes Bundesgebiet	Anteil pflichtversicherte Rentner an Mitgliedern altes Bundesgebiet	Pflichtversicherte Rentner Deutschland	Anteil pflichtversicherte Rentner an Mitgliedern Deutschland
1990	11,04	0,29		
1991	11,15	0,29	14,18	0,28
1992	11,28	0,29	14,34	0,28
1993	11,40	0,29	14,51	0,29
1994	11,46	0,29	14,70	0,29
1995	11,72	0,29	14,96	0,29
1996	11,78	0,29	15,08	0,30
1997	11,81	0,29	15,18	0,30
1998	11,83	0,29	15,22	0,30
1999	11,84	0,29	15,27	0,30
2000	11,85	0,29	15,28	0,30

Absolutwerte sind in Mio. ausgewiesen.

**Tabelle 7: Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Jahr	Mitglieder gesamt (in 1000)	Darunter			Wachstum Mitglieder insgesamt zur Basis 1970	Wachstum pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner zur Basis 1970	Wachstum pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber zur Basis 1970	Wachstum freiwillig versicherte Mitglieder zur Basis 1970
		Pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (in 1000)	Pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (in 1000)	Freiwillig versicherte Mitglieder (in 1000)				
1970	30646	17839	8008	4799	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
1971	31487	18406	8259	4822	102,74%	103,18%	103,13%	100,48%
1972	32181	18784	8561	4836	105,01%	105,30%	106,91%	100,77%
1973	33217	19560	9054	4603	108,39%	109,65%	113,06%	95,92%
1974	33493	19392	9349	4752	109,29%	108,71%	116,75%	99,02%
1975	33493	19137	9632	4724	109,29%	107,28%	120,28%	98,44%
1976	33582	19300	9850	4432	109,58%	108,19%	123,00%	92,35%
1977	33833	19447	10037	4349	110,40%	109,01%	125,34%	90,62%
1978	34379	19751	10175	4453	112,18%	110,72%	127,06%	92,79%
1979	34839	20205	10236	4398	113,68%	113,26%	127,82%	91,64%
1980	35395	20638	10303	4454	115,50%	115,69%	128,66%	92,81%
1981	35704	20798	10329	4577	116,50%	116,59%	128,98%	95,37%
1982	35821	20812	10404	4605	116,89%	116,67%	129,92%	95,96%
1983	35806	20777	10460	4569	116,84%	116,47%	130,62%	95,21%
1984	35992	20886	10568	4538	117,44%	117,08%	131,97%	94,56%
1985	36209	21105	10623	4481	118,15%	118,31%	132,65%	93,37%
1986	36450	21386	10652	4412	118,94%	119,88%	133,02%	91,94%
1987	36718	21559	10713	4446	119,81%	120,85%	133,78%	92,64%
1988	37001	21838	10791	4372	120,74%	122,42%	134,75%	91,10%
1989	37230	21886	10903	4441	121,48%	122,69%	136,15%	92,54%
1990	37939	22494	11010	4435	123,80%	126,09%	137,49%	92,42%
1991	38705	22967	11123	4615	126,30%	128,75%	138,90%	96,17%
1992	39241	23178	11246	4817	128,05%	129,93%	140,43%	100,38%
1993	39458	23197	11371	4890	128,75%	130,04%	142,00%	101,90%
1994	39551	23245	11449	4857	129,06%	130,30%	142,97%	101,21%
1995	40491	23754	11709	5028	132,12%	133,16%	146,22%	104,77%
1996	40684	23598	11764	5322	132,75%	132,28%	146,90%	110,90%
1997	40752	23482	11806	5464	132,98%	131,63%	147,43%	113,86%
1998	40697	23328	11825	5544	132,80%	130,77%	147,66%	115,52%
1999	40979	23476	11840	5663	133,72%	131,60%	147,85%	118,00%
2000	41187	23640	11848	5699	134,40%	132,52%	147,95%	118,75%

**Tabelle 8: Die Versichertenstruktur in den alten Bundesländern ab 1970**

Die Werte für das Jahr 2000 sind Stichtagswerte (1. Januar).

Ab 1995 alte Länder einschließlich Berlin-Ost.

Quelle: Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Jahr	Mitglieder gesamt (in 1000)	Darunter			Wachstum Mitglieder insgesamt zur Basis 1991	Wachstum pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner zur Basis 1991	Wachstum pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber zur Basis 1991	Wachstum freiwillig versicherte Mitglieder zur Basis 1991
		Pflichtversicherte Mitglieder ohne Rentner (in 1000)	Pflichtversicherte Rentner und Rentenbewerber (in 1000)	Freiwillig versicherte Mitglieder (in 1000)				
1991	50270	30990	14168	5112	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
1992	50833	31202	14303	5328	101,12%	100,68%	100,95%	104,23%
1993	50760	30773	14467	5520	100,97%	99,30%	102,11%	107,98%
1994	50606	30385	14662	5559	100,67%	98,05%	103,49%	108,74%
1995	50702	30146	14884	5672	100,86%	97,28%	105,05%	110,95%
1996	50826	29792	15050	5984	101,11%	96,13%	106,23%	117,06%
1997	50848	29579	15155	6114	101,15%	95,45%	106,97%	119,60%
1998	50685	29268	15216	6201	100,83%	94,44%	107,40%	121,30%
1999	50927	29341	15260	6326	101,31%	94,68%	107,71%	123,75%
2000	51101	29467	15283	6351	101,65%	95,09%	107,87%	124,24%

**Tabelle 9: Die Versichertenstruktur in Deutschland ab 1991**

Die Werte für das Jahr 2000 sind Stichtagswerte (1. Januar).

Quelle: Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, Bundesministerium für Gesundheit 2000, eigene Berechnungen.

Jahr	Jährl. Wachstum des BIP	Zahl der Erwerbstätigen in 1000	BIP je Erwerbst. und Jahr	Wachstum BIP je Erwerbst. seit 1980	Wachstum BIP je Erwerbst. seit 1985	Zahl der Mitglieder und Rentner im Jahresdurchschnitt in 1000	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied und Jahr	Jährl. Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zur Basis 1985
1980	6,02%	26980,4	54.558,13 DM	0,00%	-20,73%	35340	20.769,21 DM		-17,05%
1981	4,28%	26950,5	56.956,33 DM	4,40%	-17,25%	35705	21.614,85 DM	4,072%	-13,67%
1982	3,46%	26630,5	59.634,64 DM	9,30%	-13,36%	35820	22.448,25 DM	3,856%	-10,34%
1983	5,06%	26250,9	63.559,80 DM	16,50%	-7,65%	35806	23.263,54 DM	3,632%	-7,09%
1984	4,94%	26293,6	66.590,34 DM	22,05%	-3,25%	36014	24.448,36 DM	5,093%	-2,35%
1985	4,13%	26489,1	68.828,35 DM	26,16%	0,00%	36209	25.037,81 DM	2,411%	0,00%
1986	5,60%	26856,4	71.688,64 DM	31,40%	4,16%	36450	25.633,49 DM	2,379%	2,38%
1987	3,39%	27050,5	73.584,67 DM	34,87%	6,91%	36718	26.085,10 DM	1,762%	4,18%
1988	5,30%	27261,2	76.885,93 DM	40,92%	11,71%	37001	26.856,12 DM	2,956%	7,26%
1989	6,13%	27657,7	80.425,98 DM	47,41%	16,85%	37230	28.065,49 DM	4,503%	12,09%
1990	9,06%	28479,5	85.183,95 DM	56,13%	23,76%	37939	29.842,43 DM	6,331%	19,19%
1991	9,13%	29188,1	90.708,09 DM	66,26%	31,79%	38706	31.281,79 DM	4,823%	24,94%
1992	6,25%	29457,0	95.495,14 DM	75,03%	38,74%	39242	32.272,27 DM	3,166%	28,89%
1993	0,98%	29001,5	97.943,15 DM	79,52%	42,30%	39457	33.640,71 DM	4,240%	34,36%
1994	4,28%	28656,2	103.366,79 DM	89,46%	50,18%	39551	35.262,31 DM	4,820%	40,84%
1995	2,95%	28464,7	107.136,23 DM	96,37%	55,66%	40491	35.242,77 DM	-0,055%	40,76%
1996	2,06%	28156,7	110.534,92 DM	102,60%	60,60%	40683	35.501,90 DM	0,735%	41,79%
1997	2,90%	27881,5	114.864,61 DM	110,54%	66,89%	40752	35.786,91 DM	0,803%	42,93%
1998	3,95%	27914,3	119.258,01 DM	118,59%	73,27%	40697	36.368,38 DM	1,625%	45,25%
<b>Durchschnitt seit 1985</b>	4,72%							2,89%	

**Tabelle 10: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP und dem BIP je Erwerbstätigen (alte Bundesländer)**

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000, Statistisches Bundesamt 2000a, eigene Berechnungen.

## Veröffentlichungen der TA-Akademie zum Thema

### Gesundheit

Dierks, M.-L.; Bitzer, E.-M.; Lerch, M.; Martin, S.; Röseler, S.; Schienkiewitz, A.; Siebeneick, S.; Schwartz, F.-W.: Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart, 2001 (Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung). ISBN 3-934629-48-2. (Im Internet abrufbar)

\*Rohr, M.; Schade, D.: Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Ergebnisse des Workshops zu Forschungsbedarf im Bereich Medizin und Gesundheit. Stuttgart September 2000. (Arbeitsbericht Nr. 176 der Akademie für Technikfolgenabschätzung). ISBN 3-93462922-9. (Im Internet abrufbar)

Schaefer, H.: Gefährdet Elektrosmog die Gesundheit?. Stuttgart, 1995. (Gutachten der Akademie für Technikfolgenabschätzung). ISBN 3-930241-46-3.

\* = vergriffen

Arbeitsberichte, Diskursberichte, Bürgergutachten, Ergebnisse, Leitfäden, Präsentationen, Materialien und Analysen	DM 15,--	Euro 7,70
Gutachten	DM 20,--	Euro 10,25
TA-Dokumentation (inkl. CD-ROM)	DM 30,--	Euro 15,35
Empfehlungen	DM 10,--	Euro 5,15
CD-ROM	DM 15,--	Euro 7,70
Ensys	DM 27,--	Euro 13,85
Grünes Gold, Kurzinfos <i>Zzgl. Porto und Verpackung</i>	kostenfrei	