

Martin Joecks
Krossener Str. 13
10245 Berlin

Das deutsche Gesundheitssystem

Aktuelle Probleme und Gestaltungsmöglichkeiten
der Gesundheitssysteme in Europa
Prof. Dr. Hermann Ribhegge
WS 2003/2004

Gliederung

1.	Einführung.	1
2.	Organisation des Systems.	1
2.1.	Der Versicherungsmarkt.	2
2.1.1.	Die Gesetzliche Krankenversicherung	2
2.1.2.	Gesetzlich Versicherte	3
2.1.3.	Die Private Krankenversicherung	4
2.1.4.	Privat Versicherte	4
2.2.	Der Versorgungsmarkt.	5
2.2.1.	Ambulante Versorgung	5
2.2.2.	Stationäre Versorgung.	6
2.2.3.	Versorgung mit Arzneimitteln.	6
2.2.4.	Öffentlicher Gesundheitsdienst	7
3.	Finanzierung	7
3.1.	Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.	8
3.2.	Finanzierung der Privaten Krankenversicherung.	9
3.3.	Finanzierung der Krankenhausversorgung	9
3.4.	Der Risikostrukturausgleich	9
4.	Verrechnungsmechanismen und Vertragsstrukturen	10
4.1.	Vergütung im ambulanten Bereich.	10
4.2.	Vergütung im stationären Bereich	11
5.	Leistungen	12
5.1.	Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.	12
5.2.	Zuzahlungen.	14
5.3.	Veränderungen durch die Gesundheitsstrukturreform	15
5.4.	Leistungen der Privaten Krankenversicherung	15
6.	Analyse des Systems	16
6.1.	Stärken und Schwächen des Systems.	16
6.2.	Ursachen des Ausgabenanstiegs.	17
6.2.1.	Systemunabhängige Faktoren.	18
6.2.2.	Systemabhängige Faktoren.	19
6.3.	Veränderungen durch das Gesetz zur Modernisierung der GKV	19
7.	Schlussbetrachtung	19

Literaturverzeichnis

Anlauf, Markus

Krankenversicherung, Anreize im Gesundheitswesen und
Konsumentenwohlfahrt
Aachen 2001

Bastiani, Adriano

Die private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union: Eine
vergleichende Analyse vor und nach der Deregulierung
Karlsruhe 1995

Beske, Fritz / Hallauer Johannes F.

Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistung – Weiterentwicklung
3., völligbearbeitete und erweiterte Auflage
Köln 1999

Jakubowski, Elke

Health Care Systems in the EU A comparative study
Luxembourg 1998

Musil, Antje

Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine agency-
theoretische Betrachtung
Wiesbaden 2003

Oberender, Anja

Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine ordnungspolitische
Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs
Freiburg im Breisgau 1996

Pimpertz, Jochen

Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Von der fiskalischen Reaktion
zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens
Köln 2002

Ribhegge, Hermann

Skript zur Veranstaltung Theorie der Sozialpolitik Teil IV

Frankfurt (Oder) 2003

Uleer, Hans Christoph

100 Fragen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

4., völlig neubearbeitete Auflage

Karlsruhe 1998

Waller, Heiko

Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health

Stuttgart 2002

Abkürzungsverzeichnis

1. NOG	Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverantwortung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
2. NOG	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverantwortung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (für ärztliche Leistungen)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SolG	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV
Fn.	Fußnote
IKK	Innungskrankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVEG	Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung
KVKG	Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

1. Einführung

Im Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes bekennt sich die Bundesrepublik Deutschland zur Sozialstaatlichkeit. Der Staat trägt Verantwortung für den bedürftigen Bürger, dem er vernünftige Lebensbedingungen sichern will. Erste sozialstaatliche Ansätze und Maßnahmen wurden durch die Sozialgesetzgebung von Bismarck geschaffen. Mit seinem 1883 verabschiedeten „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ wurden die gesetzlichen Grundlagen unseres heutigen Gesundheitssystems geformt¹.

Die vorliegende Arbeit stellt eine Übersicht über das heute vorhandene Gesundheitssystem als Teilbereich des Systems der sozialen Sicherung dar. Dazu werden in einem ersten Teil die wesentlichen Organisationsstrukturen und die Finanzierung des Systems beschrieben. Die Leistungen, über deren Umfang vor allem die Bürger die Beschaffenheit des Systems bewerten werden, sind im nächsten Abschnitt dargestellt. Die gesetzliche Grundlage für die Krankenversicherung bildet das Sozialgesetzbuch V. Ein Großteil der hier beschriebenen Darstellungen basiert auf dessen Inhalt. Um auch der Verabschiedung der Gesundheitsstrukturreform 2003 Rechnung zu tragen, ist es teilweise erforderlich, gesondert die künftig geltenden Bestimmungen darzustellen. Die Intention der Reform ist laut Bundesgesundheitsministerin Schmidt eine umfassende strukturelle Erneuerung des deutschen Gesundheitswesens für mehr Qualität, Mitsprache und Effizienz. „Außerdem werden die Krankenkassenbeiträge gesenkt und die Ausgaben im Gesundheitswesen gebremst.“² Ob die ergriffenen Maßnahmen wirksam sein können und welche Veränderungen weiterhin nötig sind, wird im letzten Teil untersucht.

2. Organisation des Systems

In Deutschland gibt es keinen staatlichen Gesundheitsdienst, die Absicherung des Gesundheitsrisikos erfolgt durch ein bipolares Krankenversicherungssystem³. Bürger, die es wirtschaftlich überfordert, selbst ihr Krankheitsrisiko abzusichern,

¹ Musil, Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2003, S. 49.

² Pressemitteilung des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 17.10.2003.

³ Uleer, 100 Fragen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, 1998, S. 1.

sind über das staatliche Krankenversicherungssystem geschützt. Finanziell besser-gestellte Personen, vor allem Selbständige, haben jedoch die Wahl, sich zu versichern oder nicht. Sie können in die Private Krankenversicherung eintreten. Die Systeme der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung unterscheiden sich vor allem im Versichertenkreis, der Versicherungspflicht sowie der Art von Finanzierung und Leistungsgewährung⁴. Für die folgenden Ausführungen wurde daher eine weitgehend getrennte Darstellung gewählt. Die oberste Institution für die Gesundheit ist in der Bundesrepublik Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit. Vor allem aber die Bundesländer verfügen über weitreichende Zuständigkeiten im Gesundheitswesen⁵. Hier ist insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst von Bedeutung.

2.1. Der Versicherungsmarkt

Auf dem Markt für Versicherungen treten gesetzliche und private Versicherungen auf. Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind in der GKV versichert. 9 Prozent haben Versicherungsschutz durch die PKV. Die Angehörigen von Polizei und Bundeswehr sind in der „freien Heilfürsorge“ und etwa 1,3 Millionen Bürger als Sozialhilfeempfänger anspruchsberechtigt. Circa 100.000 Einwohner haben keinen Krankenversicherungsschutz⁶. Privaten Krankenversicherungsschutz können auch ausländische Unternehmen im Rahmen des EG-Binnenmarktes auf dem deutschen Markt anbieten⁷. Für sie gilt jedoch die Sparten-trennung, der zufolge Krankenversicherungen aus Gründen des Verbraucherschutzes stets unabhängig von anderen Versicherungszweigen betrieben werden müssen⁸.

2.1.1. Die Gesetzliche Krankenversicherung

Zu Beginn des Jahres 2002 gab es in Deutschland 355 verschiedene Krankenkassen. Sie treten, wie alle Träger der Sozialversicherung, als Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts auf⁹. Eine Unterteilung lässt sich zum

⁴ Musil (Fn. 1), S. 61.

⁵ Beske/Hallauer, Das Gesundheitswesen in Deutschland, 1999, S. 54.

⁶ www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stattb2002/09/9.01.pdf.

⁷ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 116.

⁸ § 8 Abs. 1a VAG.

⁹ Vgl. § 4 SGB V.

Beispiel aus historischer Sicht nach Regionen, Betrieben und Berufen vornehmen¹⁰. So existierten im gleichen Jahr 17 Ortskrankenkassen, 287 Betriebs- sowie 24 Innungskrankenkassen, und 12 Ersatzkassen¹¹. Aufgrund von Zusammenschlüssen ist ihre Zahl jedoch rückläufig. Alle Pflicht- und freiwillig versicherten Personen können eine der am Wohn- oder Beschäftigungsort ansässigen Kassen frei wählen. Für die Kassen besteht grundsätzlich Kontrahierungszwang. Eine Ausnahme bilden die 3 Sondersysteme landwirtschaftliche Krankenkassen, die Seekrankenkasse und die Bundesknappschaft, die ausschließlich für Landwirte, See- bzw. Bergleute zuständig sind. Die Kassen der verschiedenen Kassenarten bilden Landes- und Bundesverbände¹².

Im Bereich der Beratung für die gesetzlichen Krankenkassen ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen tätig. Er ist als Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen organisiert und muss von ihnen bei bestimmten Krankheitsfällen zur Fertigung einer Stellungnahme eingeschaltet werden¹³.

2.1.2. Gesetzlich Versicherte

Der überwiegende Teil der Deutschen ist in den Gesetzlichen Krankenversicherungen versichert. Sie sind Mitglieder als Pflichtversicherte, Familienversicherte oder freiwillig Versicherte. Zum versicherungspflichtigen Personenkreis zählen im wesentlichen Arbeiter und Angestellte mit einem Bruttojahreseinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 41.400 € im Jahr 2003¹⁴. Weitere Pflichtversicherte sind Auszubildende und Studenten, Künstler, Publizisten und landwirtschaftlich tätige Unternehmer. Auch Rentner, die mindestens 9/10 der zweiten Hälfte ihrer Erwerbstätigkeit pflichtversichert waren und Arbeitslose. Für Ausländer gilt die Versicherungspflicht, wenn sie einer der genannten Gruppen zugeordnet werden können.

¹⁰ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 82.

¹¹ www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stattb2002/09/9.04.pdf

¹² 7. Kapitel, SGB V.

¹³ § 275 SGB V.

¹⁴ Diese Versicherungspflichtgrenze wird nach § 6 Abs. 6 SGB V zu Beginn jeden Jahres entsprechend der Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme angepasst.

Nicht beschäftigte Familienmitglieder, das sind der Ehegatte bzw. Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, sind als Familienversicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert.

Freiwillig versichern können sich in der Regel nur Personen, deren Versicherungspflicht aufgrund ihres gestiegenen Einkommens erloschen ist, die jedoch unmittelbar vorher mindestens 12 Monate oder in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate gesetzlich versichert waren. Außerdem deren familienversicherten Angehörigen und weiterhin Berufsanfänger, deren Gehalt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt.

2.1.3. Die Private Krankenversicherung

Die privaten Krankenversicherungen dürfen nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz nur in den Rechtsformen Aktiengesellschaft, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit sowie Körperschaft und Anstalt des öffentlichen Rechts betrieben werden. Die privaten Krankenversicherungen sind auf Bundesebene im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. organisiert. Er besteht aus 54 Mitgliedsunternehmen, die, gemessen am Beitragsvolumen, über 99 Prozent des Marktes repräsentieren¹⁵. Sie unterliegen staatlicher Aufsicht durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen bzw. die zuständigen Landesbehörden.

2.1.4. Privat Versicherte

Personen, die nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, können eine Krankheitskostenversicherung bei privaten Krankenversicherungen abschließen. Zu ihnen gehören insbesondere Selbständige, freiberuflich Tätige, Beamte und Arbeitnehmer, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Personen, die sich nicht mehr gesetzlich versichern müssen, beispielsweise durch ihr gestiegenes Einkommen, können in die PKV wechseln. Ihre Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist jedoch ausgeschlossen, es sei denn, sie werden arbeitslos oder beziehen wieder als Angestellte ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze. Darüber hinaus kann der Privatversicherer den Versicherungsvertrag ablehnen¹⁶. Familienmitglieder von privat Versicherten

¹⁵ Uleer (Fn. 3), S. 3.

¹⁶ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 115.

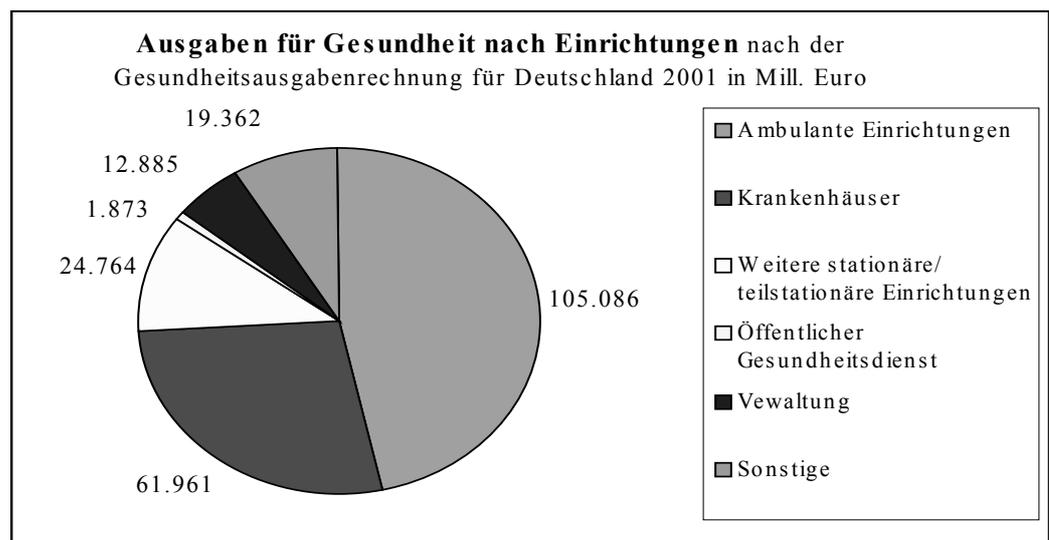
müssen sich mit einem individuellen Beitrag selbst versichern. Eine kostenlose Familienversicherung wie in der GKV gibt es nicht.

Die PKV bietet neben der Vollversicherung weitere Versicherungen an. So können auch gesetzlich Versicherte ergänzend zu ihrer Pflichtversicherung privat eine Krankentagegeld- oder eine Krankenhaustagegeldversicherung sowie weitere Teilversicherungen abschließen, um zusätzliche Leistungen zu erhalten.

2.2. Der Versorgungsmarkt

Gemäß dem relativ streng gegliederten deutschen Gesundheitssystem können die Leistungserbringer in einen ambulanten, einen stationären und einen öffentlichen Bereich aufgeteilt werden. Die folgende Graphik zeigt ihren Stellenwert bezogen auf die Ausgaben.

Abbildung 1



Quelle: Statistisches Bundesamt

2.2.1. Ambulante Versorgung

Die Versorgung im ambulanten Bereich übernehmen niedergelassene Ärzte und Zahnärzte aber auch Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Krankengymnasten und Masseure sowie Apotheken¹⁷. Die Versorgung ist in haus- und fachärztliche Versorgung gegliedert¹⁸. Jeder in der Bundesrepublik beschäftigte Arzt ist

¹⁷ Waller, Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health, 2002, S. 99.

¹⁸ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 121.

Pflichtmitglied der zuständigen Landesärztekammer¹⁹. Für die GKV tätige Ärzte bezeichnet man als Vertragsärzte. Sie sind verpflichtet, Kassenpatienten zu behandeln. Privat Versicherten können ihren Arzt frei wählen²⁰, die gesetzlich Versicherten können ihren Arzt unter den Vertragsärzten wählen.

Vertragsärzte und -zahnärzte sind Pflichtmitglieder in den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Neben der Interessenvertretung haben diese Vereinigungen des weiteren noch die Aufgabe, zu gewährleisten, dass die ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Drittens stellen sie die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen sicher. Dazu gehört die Zulassung von Ärzten als Vertragsarzt auf der Grundlage von Bedarfsplänen. Im Falle der Überversorgung von Gebieten mit Vertragsärzten sind Zulassungsbeschränkungen anzuordnen²¹. Ein ärztlicher bzw. zahnärztlicher Notdienst sichert die Versorgung rund um die Uhr.

2.2.2. Stationäre Versorgung

Einrichtungen der stationären Versorgung sind Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Rettungsdienste und das Krankentransportwesen. Krankenhäuser werden in Deutschland nach verschiedenen Kriterien, wie z.B. dem Träger in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser unterschieden²². Die Verweildauer eines Patienten, d.h. der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt in Tagen, ist in Deutschland zwar rückläufig, jedoch immer noch über dem EU-Durchschnitt. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser gewährleisten rund um die Uhr ärztliche Hilfe auch in schweren Fällen, wie etwa Verkehrsunfällen.

2.2.3. Versorgung mit Arzneimitteln

Die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln obliegt den Apotheken. Arzneimittel müssen vor ihrer Zulassung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Sera und Impfstoffe vom Paul-Ehrlich-Institut in

¹⁹ Musil (Fn. 1), Fn. 129.

²⁰ Bastiani, Die private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union, 1995, S. 23.

²¹ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 128.

Langen/Hessen geprüft werden. Für die Verkaufsbereichen von Arzneimittel gibt es in Abhängigkeit der Risiken vier Stufen. Die wichtigste Gruppe für die Patienten bilden verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nur gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung in Apotheken erhältlich sind.

Die beiden wichtigsten Arten von Apotheken bilden die öffentlichen Apotheken und die Krankenhausapotheken. Für die Errichtung einer Apotheken gibt es keine Niederlassungsbeschränkung²³, jedoch darf jeder Apotheker in der Regel nur eine Apotheke betreiben. Krankenhausapotheken haben neben der Versorgung der Bevölkerung auch die Arzneimittelversorgung und die Überwachung des Arzneimittelverkehrs innerhalb des Krankenhauses zur Aufgabe. In Deutschland gab es im Jahr 2001 21.569 öffentliche und 560 Krankenhausapotheken. Jede öffentliche Apotheke versorgte im Durchschnitt 3814 Einwohner²⁴.

Die Preise, die Apotheken für Arzneimittel verlangen können, sind gesetzlich festgelegt. Auch die Apotheken bilden einen Notdienst.

2.2.4. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst erbringt in seinen ca. 524 Gesundheitsämtern ebenfalls ambulante Leistungen. Die Aufgaben beschränken sich jedoch überwiegend auf Kontrolle der ambulanten und stationären Versorger, Diagnosen und Beratung, da das Behandlungsmonopol durch den Sicherstellungsauftrag bei den niedergelassenen Ärzten liegt²⁵.

3. Finanzierung

2000 erzielte das deutsche Gesundheitswesen Einnahmen in Höhe von 64,8 Milliarden Euro. Das sind 10,9 Prozent des BIP²⁶. Nach den USA ist Deutschland das Land mit dem höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt²⁷. Dies kennzeichnet den hohen Stellenwert der Gesundheit für die Deutschen. Die Einnahmen bestehen zu 60% aus Beiträgen der pflicht- und

²² Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 134.

²³ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 167.

²⁴ www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stattb2002/06/6.14.pdf

²⁵ Waller (Fn. 17), S. 99.

²⁶ www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra2.htm.

freiwillig Versicherten, bzw. ihrer Arbeitgeber in der gesetzlichen Krankenversicherung, zu ca. 21% aus Steuermitteln des Staates, zu 7% aus Beiträgen zur privaten Krankenversicherung. Der Rest über direkte Zuzahlungen der Patienten²⁸. 1993 wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eingeführt²⁹. Erst nach der Ausschöpfung von z.B. Wirtschaftlichkeitsreserven sollen als letztes Mittel zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung Beiträge erhöht werden.

3.1. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung gilt als Ausdruck des Solidaritätsprinzips das Versorgungsprinzip. Während Beiträge also nach individueller Leistungsfähigkeit erhoben werden, erhalten alle Versicherten den gleichen Versicherungsschutz. Resultat ist eine Umverteilung von Ledigen zu Familien, Jungen zu Alten, finanziell Stärkeren zu finanziell Schwächeren und Männern zu Frauen³⁰. Die Beitragshöhe wird für die Mitglieder allein nach der Höhe ihres Bruttoarbeitsentgelts kalkuliert. Jedoch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 Euro monatlich in 2003³¹. Das individuelle Krankheitsrisiko, die Morbidität, wird nicht berücksichtigt. Einen wichtigen Sonderfall stellt die Beitragserhebung bei freiwillig Versicherten dar. Der Ermittlung werden ihre gesamten Einkünfte, also auch Zins- und Mieteinnahmen zugrunde gelegt. Auch für sie gilt aber die Beitragsbemessungsgrenze.

Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Bei versicherungspflichtigen Rentnern zahlt der Rentenversicherungsträger den Arbeitgeberanteil. Für bestimmte Mitgliedergruppen, wie etwa Studenten, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Zwischen den einzelnen Kassen variieren die Beitragssätze jedoch. Gründe dafür sind z.B. das Einkommensniveau und das Risiko der Versicherten oder die Zahl der Familienangehörigen³².

3.2. Finanzierung der Privaten Krankenversicherung

²⁷ Anlauf, Krankenversicherung, Anreize im Gesundheitswesen und Konsumentenwohlfahrt, 2001, S.8.

²⁸ www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stattb2002/10/10.1.pdf.

²⁹ § 71 SGB V.

³⁰ Vgl. Musil (Fn. 1), S. 59.

³¹ Die Beitragsbemessungsgrenze entspricht der Versicherungspflichtgrenze (vgl. Fn. 14).

³² Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 94.

Die Privaten Krankenversicherungen in Deutschland kalkulieren die Beiträge ihrer Mitglieder nach dem Versicherungsprinzip. Der Beitrag setzt sich zusammen aus einem individuellen Risikobeitrag und weiteren Bestandteilen, z.B. der Alterungsrückstellung. Der Risikobeitrag wird einkommensunabhängig ermittelt und stellt den Betrag dar, der erforderlich ist, um das individuelle Krankheitsrisiko abzusichern. Man spricht daher vom Äquivalenzprinzip der Beitragsermittlung. Die Beiträge der unselbständig Versicherten werden wie bei der GKV unter bestimmten Voraussetzungen zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Selbständige müssen ihren Beitrag selbst tragen³³. Die Möglichkeit, weitere Familienmitglieder kostenfrei mitzuversichern, besteht nicht. Für sie wird jeweils ein eigener Betrag ermittelt.

3.3. Finanzierung der Krankenhausversorgung

Die Finanzierung der stationären Versorgung bildet den größten Kostenblock der Krankenversicherung. Rund 1/3 aller Ausgaben werden in diesem Bereich getätigt. Grundlage der Finanzierung der Krankenhäuser ist das duale Finanzierungssystem. Das heißt, das öffentliche Haushalte und Benutzer die Kosten gemeinsam übernehmen. Die Bundesländer erstellen Krankenhauspläne, um die Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Die aufgenommenen Krankenhäuser erhalten daraufhin jährlich eine Pauschale pro Planbett sowie auf Antrag Fördergelder für ihre Investitionen. Die laufenden Ausgaben, also Behandlungs- und Betriebskosten, zahlen die Patienten über Selbstbeteiligungen und ihre Krankenkassen.

3.4. Der Risikostrukturausgleich

Seit 1994 führt das Bundesversicherungsamt zwischen den verschiedenen Krankenkassen einen Risikostrukturausgleich durch. Die Beitragseinnahmen der Krankenversicherungen werden dabei entsprechend der Faktoren Höhe des Mitgliederbeitrages, Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, sowie Alter und Geschlecht der Versicherten kassenübergreifend umverteilt. Durch Gegenüberstellung von Beitragsbedarf und Finanzkraft wird ermittelt, ob eine Kasse in den RSA einzahlen muss oder Transfers erhält³⁴. In seiner weiterentwickelten

³³ Bastiani (Fn 20), S. 25.

³⁴ Musil (Fn 1), S. 75.

Form erfasst der RSA auch die Ausgaben für chronisch Kranke im Rahmen von Disease-Management-Programmen. Überdurchschnittlich hohe Aufwendungen für Versicherte werden über einen Risikopool teilweise ausgeglichen. Vom Risikostrukturausgleich werden jedoch nur die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen erfasst. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen soll durch diese Umlage vor allem für Kassen mit überdurchschnittlich vielen kostenintensiven Versicherten fairer gestaltet werden³⁵.

4. Verrechnungsmechanismen und Vertragsstrukturen

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer müssen die Versorgung der Versicherten gewährleisten. Sämtliche Leistungen müssen nach § 70 Abs. 1 SGB V dem Gebot der Wirtschaftlichkeit folgen, zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Um diesen Bedingungen unter sich wandelnden Einflüssen zu entsprechen, wird die Vergütung der Versorger jedes Jahr neu verhandelt.

4.1. Vergütung im ambulanten Bereich

Die Kassenärztlichen Vereinigungen verhandeln jedes Jahr als Interessenvertreter der Vertragsärzte mit den Gesetzlichen Krankenkassen über die Höhe der Gesamtvergütung. Darunter versteht man das Volumen der Vergütung sämtlicher Leistungen, die von den Vertragsärzten im Laufe eines Quartals erbracht wird. Dieses Budget verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf alle Ärztegruppen. Hausärzte erhalten für ihre erbrachten Leistungen eine Grundvergütung³⁶. Die vom Facharzt erbrachten Einzelleistungen werden auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in fachspezifische Fallpunktzahlen umgerechnet. Die Höhe des Honorars ergibt sich aus dem Produkt aller Fälle mit den Punktzahlen. Wenn der ermittelte Wert jedoch das fachgruppenspezifische Praxisbudget übersteigt, sinkt der Punktwert, um die Ausgaben der Krankenkassen zu begrenzen. Verfügt der Arzt über eine Zusatzqualifikation, so kann er weitere Leistungen im Rahmen eines Zusatzbudgets erbringen. Der Pflichtversicherte erhält von seiner gesetzlichen

³⁵ Vgl. www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/gesetzl/index_3440.cfm.

³⁶ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 121.

Krankenkasse als Behandlungsausweis eine Krankenversicherungskarte, mit der er ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen kann.

Als Abrechnungsgrundlage für die Behandlung von Privatpatienten hat der Gesetzgeber die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte erlassen³⁷. Auf Basis eines Gebührenverzeichnisses stellt der Arzt den privat Versicherten die Leistungen in Rechnung. Die Höhe der Gebühr richtet sich je nach Schwierigkeitsgrad, Zeitaufwand und den Umständen der Ausführung nach dem Einfachen bis 3,5fachen des Gebührensatzes³⁸. Privatpatienten reichen die Rechnung bei ihrer Versicherung ein und bekommen die Kosten erstattet.

4.2. Vergütung im stationären Bereich

Für jedes zugelassene Krankenhaus vereinbaren die Krankenkassen mit dem jeweiligen Träger einen Pflegesatz mit der Gültigkeitsdauer von einem Jahr. Über diesen Satz kann das Krankenhaus sein Budget ermitteln. Der Pflegesatz teilt sich in einen Abteilungspflegesatz für ärztliche Leistungen, Pflege und Versorgung mit Arzneimitteln und einen Basispflegesatz für Unterkunft und Verpflegung. Darüber hinaus werden Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet³⁹.

Privatpatienten können Leistungen wie die gesetzlich Versicherten in Anspruch nehmen. Eine gesonderte Berechnung wird dann nicht vorgenommen. Sie können jedoch auch Wahlleistungen in Anspruch nehmen, die dann auf Grundlage der GOÄ berechnet werden⁴⁰.

Zur Zeit wird das Vergütungssystem auf ein umfassendes Diagnosis Related Groups-Fallpauschalensystem, das bereits in vielen anderen europäischen Ländern angewendet wird, umgestellt. Die Höhe dieser Fallpauschalen richtet sich insbesondere nach Krankheitsart (Diagnose), Operation und Schweregrad der Erkrankung. Die DRG-Fallpauschalen decken jeweils den gesamten Umfang der medizinisch notwendigen Behandlung einschließlich durchzuführender Operationen sowie Unterkunft, Verpflegung und sonstiger Leistungen des Krankenhauses. Seit dem 1. Januar 2003 können Krankenhäuser ihre Leistungen freiwillig mit DRG-

³⁷ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 122.

³⁸ Im Durchschnitt sind die Privathonorare mehr als doppelt so hoch wie die Kassenvergütungen. Uleer, S. 81.

³⁹ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 149.

Fallpauschalen abrechnen. Ab dem Jahr 2004 ist das neue Vergütungssystem für alle Krankenhäuser verbindlich⁴¹.

5. Leistungen

Krankenversicherungen sichern ihre Mitglieder gegen die finanziellen Risiken von Erkrankungen ab. Die gesetzlichen Krankenkassen gewähren überwiegend Sachleistungen. In der privaten Krankenversicherung wird dagegen das Kostenerstattungsprinzip angewendet. Wie beschrieben, müssen Privatpatienten Rechnungen des Arztes bei ihrer Versicherung einreichen, um das Geld zurückzuerhalten, Sachleistungen dagegen erhält der Versicherte ohne Zuzahlung. Durchbrochen wird das Versorgungsprinzip der Gesetzlichen Kassen jedoch durch verschiedene Selbstbeteiligungsregelungen⁴². Neben den Sachleistungen erhält der Versicherte auch Geldleistungen wie z.B. das Krankengeld. Beim überwiegenden Teil der Leistungen sind Ausmaß und Dauer gesetzlich festgelegt. Hierbei handelt es sich um Regel- oder Pflichtleistungen, die von allen Krankenkassen in gleicher Höhe und gleichem Umfang gewährt werden⁴³.

5.1. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der Umfang der Leistungen ist im Dritten Kapitel des Fünften Sozialgesetzbuches durch den Leistungskatalog für alle Gesetzlichen Krankenversicherungen verbindlich geregelt⁴⁴. Die folgende Darstellung liefert eine Übersicht über die Leistungsarten, die jedoch aufgrund des Umfangs des Leistungskatalogs nicht vollständig ist.

Ein erster Teil sind Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch. So beraten die Kassen ihre Versicherten, klären über Gesundheitsgefährdungen auf und unterstützen Selbsthilfegruppen. Ebenso zur Erhaltung der Gesundheit werden Schutzimpfungen und in Zusammenarbeit mit den Zahnärzten prophylaktische Zahnuntersuchungen angeboten⁴⁵.

⁴⁰ Uleer (Fn. 1), S. 96.

⁴¹ Vgl. www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/gesetzl/index_3453cfm.

⁴² Musil (Fn. 1), S. 67.

⁴³ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 88.

⁴⁴ Oberender, Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1996, S. 158.

⁴⁵ Eine Impfpflicht besteht in Deutschland nicht mehr.

Einen zweiten Bereich bilden Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten. Versicherte haben ab dem 35. Lebensjahr einen Anspruch, sich alle 2 Jahre zur Früherkennung von Krankheiten untersuchen zu lassen. Zur Krebsfrüherkennung sind jährliche Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr für Frauen bzw. ab dem 45. Lebensjahr für Männer vorgesehen. Die für Kinder gewährten Untersuchungen sind besonders umfangreiche. Das deutsche Gesundheitssystem hat weltweit das umfassendste Angebot an Früherkennungsmaßnahmen⁴⁶.

Der wohl wichtigste Bereich sind die Leistungen zur Behandlung einer Krankheit. Dazu gehören ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich psychotherapeutischer Behandlung, die Versorgung mit Zahnersatz, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln und die häusliche Krankenpflege. Außerdem die Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu den Geldleistungen zählen Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Sterbegeld und die Übernahme von Fahrkosten. Krankengeld erhalten Versicherte, wenn sie durch Krankheit arbeitsunfähig sind, auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden oder zur Betreuung ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben⁴⁷. Das Krankengeld beträgt 70% des zuvor erzielten Arbeitsentgelts und wird ab der 7. Woche im Anschluss an die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers ausgezahlt. Durch die Finanzierung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall beteiligen sich die Arbeitgeber an der Unterstützung ihrer erkrankten Arbeitnehmer. Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung. Für dieselbe Krankheit wird es jedoch längstens über 78 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren gewährt. Für aufgrund der Erkrankung eines Kindes zu zahlendes Krankengeld bestehen verkürzte Anspruchsfristen.

Die Leistungen der GKV werden nur in Deutschland gewährt. Die Kosten für im Ausland erfolgte ärztliche Versorgung übernimmt die Krankenversicherung in der Regel nur nach vorheriger Absprache. Hierbei kommt das Prinzip der Kosten-erstattung zum Tragen.

Neben dem umfangreichen Block von Regelleistungen, bei denen Ausmaß und Dauer gesetzlich festgelegt sind, können Krankenkassen in ihren Satzungen weitere Leistungen anbieten. Auch für diese Satzungsleistungen, gilt das Wirtschaft-

⁴⁶ Waller (Fn. 17), S. 231.

⁴⁷ wenn das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert oder auf Pflege angewiesen ist. Siehe § 45, Abs. 1 SGB V.

lichkeitsgebot⁴⁸. Seit 1997 können auch die gesetzlichen Kassen im Rahmen von Gestaltungsleistungen Versicherungsmodelle mit Beitragsrückzahlungen anbieten. Die Gesundheitsreform 2003 enthält eine Ausweitung dieser Bonusregelungen.

5.2. Zuzahlungen

An den Kosten bestimmter Leistungen müssen sich die Patienten beteiligen. Diese Pflicht gilt in der Regel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Bei einer stationären Behandlung zahlen Versicherte 9 Euro für längstens 14 Tage an das Krankenhaus. Auch bei Unterbringung in bestimmten Versorgungseinrichtungen z.B. in anerkannten Kurorten und bei Rehabilitationsmaßnahmen⁴⁹ 9 Euro pro Tag. Für die Versorgung mit Zahnersatz hat der Versicherte 50 Prozent der Kosten selbst zu erbringen. Dabei mindert sich dieser Anteil, wenn er eigene Bemühungen zu Gesunderhaltung der Zähne nachweisen kann. Die Kosten für Zahnfüllungen und Zahnersatz, die das medizinisch Ausreichende und Zweckmäßige übersteigen, zahlt der Versicherte ebenfalls selbst. Differenzierte Regelungen gelten für die Beteiligung an den Kosten von Arznei- und Verbandmitteln. Patienten leisten im Allgemeinen Zuzahlungen von 4 Euro für kleine Packungen, 4,50 Euro für mittlere Packungen und 5 Euro je Packung für große Packungen, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Auch bei Heil- und Hilfsmitteln müssen prozentuale Anteile selbst gezahlt werden.

Eine Härtefallregelung verhindert die finanzielle Überforderung bestimmter Personengruppen. So sind Geringverdienende, Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, Bezieher von Ausbildungsförderung sowie Heimbewohner, deren Heimkosten von der Sozialhilfe oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge getragen werden, von den Zuzahlungen befreit. Für besonders Krankheitsgefährdete verhindert die Belastungsgrenze eine finanzielle Überforderung. Die Krankenkasse übernimmt die Zuzahlungen, wenn ihre Höhe im Jahr 2 Prozent des Jahresbruttoeinkommens des Versicherten übersteigt. Für chronisch Kranke übernimmt die Krankenkasse sogar alle entstehenden Behandlungskosten, wenn bereits erfolgte Zuzahlungen 1 Prozent des Jahreseinkommens übersteigen.

⁴⁸ Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 87.

⁴⁹ Handelt es sich um eine medizinisch notwendige Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation), ist die Zahlung auf längstens 14 Tage beschränkt.

5.3. Veränderungen durch die Gesundheitsstrukturreform

Mit dem am 17. Oktober 2003 von der Bundesregierung verabschiedeten Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung gehen neue Regelungen einher, von denen vor allem die Bereiche der Zuzahlungen und Leistungen für den Patienten von Interesse sein dürften. Daher folgt eine Zusammenstellung wesentlicher Änderungen, die zum 1. Januar 2004 in Kraft treten werden⁵⁰. Grundsätzlich gilt: bei allen Leistungen müssen künftig 10 Prozent der Kosten, mindestens 5, höchstens 10 Euro vom Versicherten zugezahlt werden⁵¹. Dies gilt im Wesentlichen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Arztbesuche werden in jedem Quartal einmal 10 Euro fällig, ausgenommen sind Vorsorgebesuche, z.B. beim Zahnarzt. Bei stationärer Behandlung zahlt der Patient künftig 10 Euro pro Tag für längstens 28 Tage pro Jahr. Befreit von Zuzahlungen sind nur noch Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Andere Versicherte müssen sich bis zum Erreichen der Belastungsgrenze von 2 Prozent ihrer Bruttoeinnahmen, chronisch Kranke bis zu einem Prozent, selbst beteiligen.

Auch der Leistungskatalog wird verändert. So besteht ab 2004 kein Anspruch mehr auf Entbindungs- und Sterbegeld oder Kostenübernahme für Brillen und Fahrkosten. Zahnersatz muss ab 2005 extra versichert werden. Von 2006 an muss auch das Krankengeld über einen Sonderbeitrag von 0,5 Prozent extra versichert werden.

5.4. Leistungen der Privaten Krankenversicherung

In der Privaten Krankenversicherung sind die Art und Höhe der Leistungen in individuellen Verträgen geregelt. Verschiedene Tarifarten und -bedingungen regeln die Ausgestaltung hinsichtlich der Erstattung von Behandlungskosten, der Höhe der Selbstbeteiligungen und ähnlichem⁵². Die wichtigste Tarifart ist die Krankheitskostenversicherung für ambulante und stationäre Behandlung (Vollversicherung). Hierbei übertrifft das Angebot der PKV das der GKV in einigen Punkten⁵³.

⁵⁰ Vgl. www.die-gesundheitsreform.de/reform/zuzahlung/zuzahlungstabelle.htm.

⁵¹ Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

⁵² Beske/Hallauer (Fn. 5), S. 114.

⁵³ Bastiani (Fn. 20), S. 23.

Krankheitskostenteilversicherungen umfassen bestimmte Leistungsbereiche, z.B. zahnärztliche Behandlung oder Kurkosten. Sie können auch von gesetzlich Versicherten als Ergänzung der gesetzlichen Leistungen abgeschlossen werden. So umfasst der Versicherungsschutz der Krankenhauszusatzversicherung Wahlleistungen wie etwa Behandlung durch den Chefarzt. Weitere Tarifarten sind Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung. Rentner, die in der PKV versichert bleiben, können in einen Standardtarif umgestuft werden, der einen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsumfang bietet⁵⁴.

6. Analyse des Systems

Das deutsche Gesundheitssystem hat einen hohen Stellenwert erreicht. Die medizinische Versorgung aller Bevölkerungsgruppen kann als gesichert angesehen werden⁵⁵. Für diesen Vorteil muss jedoch ein hoher Beitragssatz in Kauf genommen werden, der als Bestandteil der Lohnnebenkosten den Wirtschaftsstandort Deutschland in zunehmendem Maße belastet⁵⁶. Ohne wesentliche Reformen, so Pimpertz, ist spätestens ab dem Jahr 2040 ein Beitragssatz von mindestens 20 Prozent zu erwarten. Nach einer kurzen Illustration der Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems werden Ursachen für den Anstieg des Beitragssatzes dargestellt. Welche Auswirkungen die Verabschiedung der Gesundheitsreform 2003 haben kann, wird anschließend betrachtet.

6.1. Stärken und Schwächen des Systems

Die Mehrheit der Deutschen beurteilen das Gesundheitssystem als zufriedenstellend⁵⁷. Durch ein umfangreiches nationales System der Gesundheitsberichterstattung sollen in Deutschland Informationen über Struktur, Funktion und Ergebnis des Gesundheitswesens bereitgestellt werden. Verschiedene Indikatoren vergleichen und bewerten den Gesundheitszustand und den Versorgungsgrad der Bevölkerung. So ist die Bereitstellung von Krankenhausplätzen mit 9,7 Betten je 1000 Einwohner deutlich über dem EU-Durchschnitt. Zur Verbesserung der

⁵⁴ Uleer (Fn. 3), S. 37.

⁵⁵ Pimpertz, Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002, S. 4.

⁵⁶ Oberender (Fn. 44), S. 103.

⁵⁷ European Parliament, Health Care Systems in the EU A comparative study, 1998, S. 61.

Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beruft der Bundesgesundheitsminister Vertreter aller an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Unterstützt wird die Konzertierte Aktion durch einen siebenköpfigen Sachverständigenrat. Der SVRKAiG erarbeitet Jahres- und Sondergutachten zu Gesundheit. In der GKV Versicherten haben Anspruch auf den vollen Versicherungsschutz. In der Privaten Krankenversicherung existieren jedoch für bestimmte Personengruppen Wartezeiten von 3 Monaten, bevor allgemeine Leistungen in Anspruch genommen werden dürfen bzw. von 8 Monaten für bestimmte Leistungen, wie etwa Kieferorthopädie.

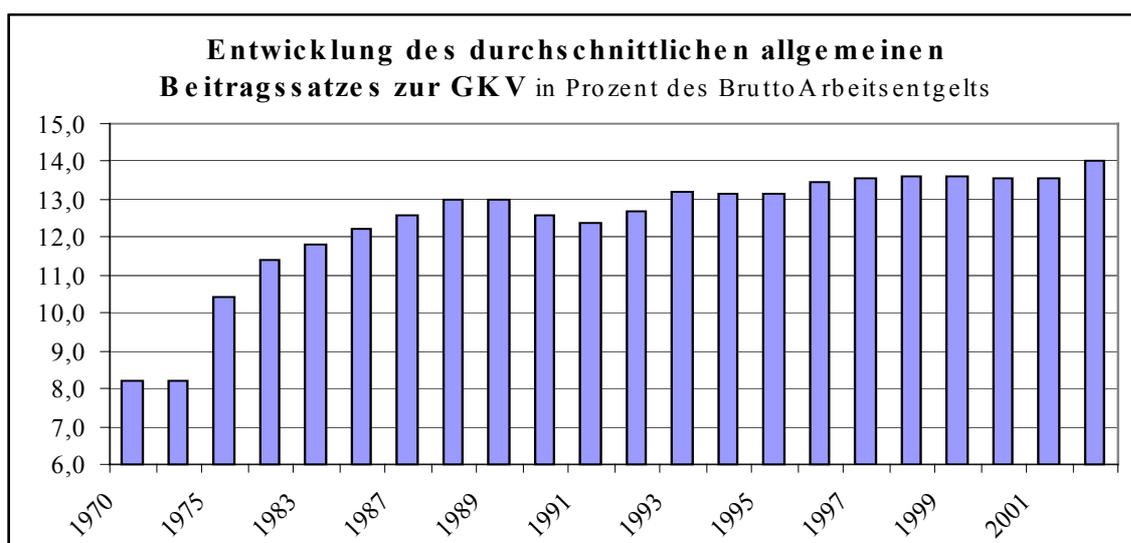
Die Bürgerorientierung des Gesundheitswesens ist in Deutschland noch stark entwicklungsbedürftig. Einrichtungen, die Patienten helfen, ihre Rechte durchzusetzen, gibt es in Deutschland bisher nur auf Freiwilligenbasis⁵⁸.

6.2. Ursachen des Ausgabenanstiegs

Bereits seit den siebziger Jahren unternehmen die deutschen Regierungen Anstrengungen, die Ausgaben zu senken. So wurde 1977 das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung erlassen. Weitere Reformen folgten 1981 (KVEG), 1989 (GRG) und 1993 (GSG). 1993 versuchte die Regierung, durch Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität das Wachstum der Ausgaben über die Erschwerung der Beitragssatzanhebung zu bremsen. Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, blieb dieser Versuch wirkungslos und auch die Reformen der Jahre 1997 (1. NOG und 2. NOG), 1998 (GKV-SolG) und 2000 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000) zeigten kaum entlastende Wirkung.

⁵⁸ Waller (Fn. 17), S. 132.

Abbildung 2



Quelle: Bundesministerium der Gesundheit⁵⁹

Was sind nun die Ursachen für den ungebremsten Anstieg der Gesundheitsausgaben? Dem Schema von Oberender folgend, werden systemunabhängige und systembedingte Faktoren unterschieden⁶⁰.

6.2.1. Systemunabhängige Faktoren

Zwei externe Ursachen für das Ausgabenwachstum sind der medizinisch-technische Fortschritt und der demografische Wandel. Nach Pimpertz verursacht der demografische Faktor bis zum Jahr 2040 ca. 2/3 des Beitragsanstiegs⁶¹. Die Änderung der Bevölkerungsstruktur führt zu einer stärkeren Belastung der jüngeren Bevölkerungsteile⁶². Rentner zahlen unterdurchschnittlich viel in die Krankenversicherung ein. Ihre Leistungsanspruchnahme ist jedoch hoch. Durch Fortschritte im Bereich der medizinischen Forschung werden Therapien für immer mehr Krankheiten möglich. Damit verbunden ist ein Kostenanstieg für die Investition in neue Behandlungsgeräte. Der medizinische Fortschritt begünstigt insbesondere die Ausgabensteigerung für Rentner. Die Patienten werden älter, weil sie Krankheiten und Unfälle aufgrund besserer medizinischer Behandlung überleben⁶³.

⁵⁹ www.bmgs.bund.de/download/statistiken/statt2003/Stb7_7.xls.

⁶⁰ Vgl. Oberender (Fn. 44), S. 105.

⁶¹ Pimpertz (Fn. 55), S. 19.

⁶² Oberender (Fn. 44), S. 106.

6.2.2. Systemabhängige Faktoren

Auch das Versorgungssystem unterliegt einer Vielzahl institutioneller Fehlsteuerungen. So bleiben Personen mit höherem Einkommen durch Austritt aus der GKV von der Finanzierung solidarischer Ausgaben befreit. Das Sachleistungsprinzip und mangelnde Eigenbeteiligung führen dazu, dass es für den Einzelnen keinerlei Anreize gibt, sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen preis- und kostenbewusst zu verhalten⁶⁴. Dieses Nullpreissystem ermöglicht es den Ärzten auch, die Nachfrage der Patienten zu erhöhen. Die anbieterinduzierte Nachfrage hat zur Folge, dass sich das Leistungsspektrum der GKV stark ausgedehnt hat. Eine weitere Schwäche des Systems ist die Fehl- oder Überversorgung durch Doppeluntersuchungen im stationären und ambulanten Bereich⁶⁵.

6.3. Veränderungen durch das Gesetz zur Modernisierung der GKV

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Ausgaben des Gesundheitswesens gebremst und die Beiträge gesenkt werden. Welche Maßnahmen werden dazu ergriffen?

Durch Auslagerung versicherungsfremder Leistungen soll sich der Leistungskatalog wieder zur Grundversorgung der Bevölkerung hinorientieren. Im Rahmen der Gesundheitsreform werden der Zahnersatz ab 2005 und das Krankengeld ab 2006 extra finanziert. Sterbe- und Mutterschaftsgeld werden, wie bereits dargestellt, ausgelagert. Anreize zu opportunistischem Verhalten könnten über Selbstbeteiligungen abgebaut werden. Das GMG unternimmt durch Erhöhung von z.B. Zuzahlungen zu Heilmitteln einen Schritt in diese Richtung.

7. Schlussbetrachtung

Hauptanliegen der Arbeit war eine Beschreibung der Elemente des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik. Dabei wurde auch die aktuelle Entwicklung in die Beschreibung des Systems mit einbezogen. Die Frage, ob die Gesundheitsreform des Jahres 2003 die erhofften Einsparungen ermöglicht, kann noch nicht beantwortet

⁶³ Vgl. Pimpertz (Fn. 55), S. 19.

⁶⁴ Oberender (Fn. 44), S. 111.

⁶⁵ Ribhegge, Skript zur Veranstaltung Theorie der Sozialpolitik Teil IV, 2003, S. 50.

werden. Die Steuerung der Ausgaben ist sehr komplex, so dass die Wirkung bestimmter Maßnahmen sehr schwer vorhersagbar ist. An einzelnen Beispielen wurde jedoch gezeigt, dass die verabschiedeten Veränderungen dazu geeignet sind, die Beitragssätze zu senken.