

12. 10. 94

G - Fz - In - K

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Zweiter Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Zweiter Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V)

Bundesministerium für Gesundheit
Der Staatssekretär

Bonn, den 10. Oktober 1994

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Bürgermeister
Klaus Wedemeier

Sehr geehrter Herr Präsident,
hiermit übersende ich den

Zweiten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Bericht nach § 141 Abs. 4, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Der Bericht ist den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von 3 Jahren vorzulegen. Ich habe den Bericht gleichzeitig der Präsidentin des Deutschen Bundestages übersandt.

Mit freundlichen Grüßen

Baldur Wagner

Zweiter Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Zweiter Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V)

Gliederung	Seite
Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse	3
A. Berichtsgegenstand	7
I. Berichtsauftrag	7
II. Aufbau und Grundlagen des Berichts	7
B. Entwicklung der Beitragssätze	8
I. Ausgangssituation vor 1992	8
II. Entwicklung im Jahr 1992	8
III. Ursachen der Beitragssatzsteigerungen vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes	10
IV. Entwicklung in den Jahren 1993 und 1994	11
V. Stabilisierung des Beitragssatzniveaus durch das Gesundheitsstrukturgesetz	16
VI. Ausblick auf die weitere Entwicklung	23

	Seite
C. Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion und ihre Umsetzung	25
I. Aufgaben und Gegenstand von Empfehlungen	25
II. Sitzungen der Konzertierten Aktion im Berichtszeitraum	25
III. Empfehlungen der Konzertierten Aktion seit Dezember 1991	26
1. Empfehlungen zur Krankenhausversorgung	26
2. Empfehlungen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung	29
3. Empfehlungen zum Bereich Rettungsdienst/Krankentransport	31
IV. Beitrag der Konzertierten Aktion zur Sicherung der Beitragssatzstabilität	33
V. Erweiterung des Teilnehmerkreises der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen	34
VI. Notwendigkeit von Verfahrensregeln zum Inhalt und Ablauf der Sitzungen der Konzertierten Aktion	34
D. Anhang	35
I. Tabellen, Graphiken, Übersichten	35
II. Wortlaut von Empfehlungen und Vorschlägen der Konzertierten Aktion	82

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Mit dem vorliegenden Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V gibt das Bundesministerium für Gesundheit Bundestag und Bundesrat einen Überblick über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), über die Empfehlungen und Vorschläge der Konzentrierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie über die Umsetzung dieser Empfehlungen in den Jahren 1992 bis 1994.

Beitragssatzentwicklung

Bei der Beurteilung der Beitragssatzentwicklung muß unterschieden werden zwischen der Entwicklung vor und nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes.

In den alten Ländern hatte sich im Jahr 1992 die dramatische Finanzentwicklung der GKV, die sich bereits im Jahr 1991 ankündigte, weiter beschleunigt. Der Anstieg der Leistungsausgaben je Mitglied lag 1992 bei 9,2 %, nach einem Zuwachs von 10,7 % im Jahr 1991. Demgegenüber lag der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen in beiden Jahren nur bei etwa 5 %. Die Ausgabensteigerungen der Jahre 1991 und 1992 und in deren Folge die Expansion der Beitragssätze der Krankenkassen lassen sich weder durch demographische Entwicklung noch durch medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt erklären. Für die kurzfristige Ausgabenexpansion sind vielmehr folgende Faktoren maßgebend:

- fehlende Anreize für Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit bei allen Beteiligten,
- eine stark steigende Zahl der Leistungserbringer insbesondere der Ärzte mit der Folge einer Mengenexpansion, vor allem im Bereich der veranlaßten Leistungen,
- Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten im Bereich der stationären Versorgung.

Neben der Ausklammerung wichtiger Problemfelder aus dem Maßnahmenkatalog des Gesundheits-Reformgesetzes hat zu dieser Entwicklung auch die mangelnde Umsetzung wichtiger Regelungen dieses Gesetzes durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern beigetragen.

Die Folge des Auseinanderklaffens von Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in den alten Bundesländern war nach einem Ausgabenüberhang von 5,6 Mrd. DM in 1991 ein Rekorddefizit von 9,1 Mrd. DM in 1992. Diese defizitäre Finanzentwicklung führte dazu, daß die gesetzliche Krankenversicherung ihre Finanzreserven aufzehren mußte, und es bereits Anfang 1992 zu einem Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes auf 12,5 %

kam, nachdem die Krankenkassen den Beitragssatz von 1988 bis 1991 schrittweise von 12,9 % auf 12,2 % senken konnten.

Im Laufe des Jahres 1992 mußten die meisten Krankenkassen ihren Beitragssatz anheben; zur Jahreswende 1992/1993 wurde ein neuer Höchstwert von 13,42 % erreicht. Auch die Beitragssatzspanne zwischen den einzelnen Krankenkassen und Kassenarten ging parallel zur Erhöhung des Beitragssatzniveaus weiter auseinander. So lag der höchste Beitragssatz Ende 1992 bei 16,8 % und der niedrigste bei 8,0 %. Selbst in den einzelnen Regionen gab es Beitragssatzunterschiede von bis zu 7,5 Prozentpunkten. Bei annähernd gleichem Leistungskatalog und eingeschränkten Kassenwahlmöglichkeiten der Versicherten waren diese Unterschiede überwiegend auf ungleiche Risikostrukturen zurückzuführen. Sie führten zu sozial- und wirtschaftspolitisch nicht hinnehmbaren und verfassungsrechtlich problematischen Beitragsbelastungen der Arbeitnehmer und der Betriebe und zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen im gegliederten System der GKV.

Auch in den neuen Bundesländern war die finanzielle Situation im Jahr 1992 nach dem positiven Finanzergebnis des Jahres 1991 erstmalig durch eine defizitäre Entwicklung gekennzeichnet. Nach einem Überschuß von rund 2,8 Mrd. DM im Jahr 1991 ergab sich ein Defizit von rund 0,3 Mrd. DM im Jahr 1992.

Die Beitragssatzentwicklung in den neuen Bundesländern war zunächst im Jahr 1992 noch durch die günstige Finanzentwicklung im Jahr 1991 geprägt. Nach Ende der bis zum 31. Dezember 1991 befristeten Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes auf 12,8 % ergab sich im Jahresdurchschnitt 1992 ein Beitragssatz von 12,6 %.

Die positive Beitragssatzentwicklung des Jahres 1992 konnte in den neuen Bundesländern nicht über die bereits defizitäre Finanzentwicklung, insbesondere im AOK-Bereich, hinwegtäuschen. Als zwangsläufige Folge mußten dort bereits zur Jahreswende 1992/1993 Beitragssatzanhebungen vorgenommen werden. Dadurch ging auch die Beitragssatzspanne auseinander und deutete bereits auf eine ähnliche Entwicklung hin wie in den alten Bundesländern.

Die Ausgaben- und Beitragssatzsteigerung der Jahre 1992 und 1993 erforderte ein rasches und umfassendes Handeln des Gesetzgebers. Die steigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung waren mit ihren gesundheits-, sozial- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen eine gefährliche Belastung der Arbeitnehmer und der Betriebe. Dies galt gerade vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen durch den Aufbau der Wirtschafts- und Sozialordnung in den neuen Ländern und angesichts

der schwierigen Konkurrenzsituation der deutschen Unternehmen im internationalen Wettbewerb.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz, das zum 1. Januar 1993 in Kraft trat, haben sich die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsfraktionen gemeinsam mit der SPD-Opposition und den Bundesländern auf ein Reformpaket verständigt, das im Rahmen einer „Sofortbremsung“ eine unmittelbar wirksam werdende Ausgabenbegrenzung sicherstellte und darüber hinaus entscheidende strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vorsah.

Die Erfahrungen nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zeigen, daß durch die Ausgabenbegrenzung in zentralen Leistungsbereichen erhebliche Einsparpotentiale realisiert werden konnten, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen. Im Jahr 1993 gingen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den alten Bundesländern um 1,6 % je Mitglied zurück. Dem Rekorddefizit des Jahres 1992 folgte im Jahr 1993 ein Überschuß von 9,1 Mrd. DM. Die Krankenkassen nutzten die Überschüsse des Jahres 1993 überwiegend dazu, die durch die defizitäre Entwicklung der Jahre 1991 und 1992 abgeschmolzenen Rücklagen und Betriebsmittel wieder aufzubauen. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz blieb im Laufe des Jahres 1993 weitgehend konstant.

Anfang bis Mitte 1994 kam es erstmals wieder zu nennenswerten Beitragssatzsenkungen insbesondere im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen und zum Teil auch im Bereich der Innungskrankenkassen. Hingegen waren bei einem Teil der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen sowie der Betriebskrankenkassen unter Hinweis auf die Auswirkungen des ab 1994 eingeführten Risikostrukturausgleichs auch Beitragssatzanhebungen festzustellen. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ging von 13,4 % zum 1. Januar 1994 auf 13,2 % zum 1. Juli 1994 zurück.

Auch die Beitragssatzspanne konnte deutlich verringert werden. So lag die Differenz zwischen dem höchsten (15,6 %) und dem niedrigsten (9,0 %) Beitragssatz zum 1. Juli 1994 deutlich unter den Werten vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes. Auch wurden zum 1. Juli 1994 nur noch 21 % der Mitglieder (ohne Rentner) mit einem Beitragssatz belastet, der mehr als 1 Prozentpunkt oberhalb oder unterhalb des Durchschnittsbeitragssatzes lag (39 % zum 1. Juli 1992). Ein Beitragssatz von mehr als 2 Prozentpunkten oberhalb oder unterhalb des Durchschnittsbeitragssatzes wurde am 1. Juli 1994 nur noch bei 4 % aller Mitglieder (ohne Rentner) erhoben (18 % zum 1. Juli 1992). Diese spürbare Verringerung der Beitragssatzunterschiede ist vor allem auf den seit dem 1. Januar 1994 geltenden Risikostrukturausgleich und die seit Anfang 1993 durchgeführten Zusammenschlüsse von Krankenkassen (insbesondere der Allgemeinen Ortskrankenkassen) zurückzuführen.

1993 blieb auch in den neuen Ländern die Steigerung bei den Leistungsausgaben mit 10,1 % je Mit-

glied deutlich unter dem Anstieg bei den beitragspflichtigen Einnahmen mit 16,5 %. Aus dieser Entwicklung resultierte ein Überschuß von 1,35 Mrd. DM. Im Unterschied zu den alten Bundesländern kam es im Beitrittsgebiet nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zunächst noch zu einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz stieg bis zur Jahreswende 1993/1994 auf knapp 13 % und näherte sich damit dem Niveau des früheren Bundesgebiets. Dieser Anstieg kam insbesondere durch Anhebungen im AOK-Bereich und bei den großen Angestelltenersatzkassen zustande. Im Laufe des Jahres 1994 kam es auch hier zu einer Stabilisierung und wieder leicht rückläufigen Tendenz beim Beitragssatzniveau.

Die insgesamt stabile und seit 1994 sogar leicht rückläufige Beitragssatzentwicklung darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß bei einer Reihe von Kassenarten und einer Vielzahl von Einzelkassen weitere Spielräume und zum Teil auch gesetzliche Notwendigkeiten von Beitragssatzsenkungen bestehen. Bereits Ende 1993 wurden in vielen Fällen die rechtlich zulässigen Finanzreserven (Rücklagen und Betriebsmittel in Höhe des maximal 1,5fachen der jahresdurchschnittlichen Monatsausgaben) erreicht und zum Teil deutlich überschritten. Auch unter Berücksichtigung der Finanztransfers im Rahmen des Risikostrukturausgleichs bleiben erhebliche Spielräume für weitere Beitragssatzsenkungen. Dabei sind die Entscheidungsträger in der Selbstverwaltung der Krankenkassen gefordert, aktuell mögliche und notwendige Beitragssatzsenkungen durchzuführen. Die zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind gehalten, eine Überschreitung der rechtlich zulässigen „Eigenmittelquote“ nicht zu dulden.

Die Finanzentwicklung des 1. Halbjahres 1994 hat gezeigt, daß die gesetzliche Krankenversicherung im laufenden Jahr weiterhin Überschüsse erzielt und die Grundlohnanbindung zentraler Ausgabenbereiche auch für die Jahre 1994 und 1995 eine weitgehend einnahmenorientierte Ausgabenentwicklung sicherstellt. Mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung werden die Krankenkassen durch den Wegfall der Leistungen für Schwerpflegebedürftige aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung zum 1. April 1995 eine weitere finanzielle Entlastung erfahren.

Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, daß spätestens zum 1. Januar 1995 zusätzliche Beitragssatzsenkungen realisiert werden müssen. Dabei muß sorgfältig darauf geachtet werden, daß die Krankenkassen nicht im Hinblick auf die aufgrund der Einführung der Wahlfreiheit für alle Versicherten veränderten Wettbewerbssituation ab 1996 mögliche Beitragssatzsenkungen hinausschieben und unzulässige Finanzpolster anlegen.

Auch mittelfristig erscheinen stabile Beitragssätze auf einem abgesenkten Niveau unter Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung erreichbar. Dazu ist es notwendig, daß neben der Einhaltung der vorgegebenen Budgetierungsregelungen die strukturellen, im Gesundheitsstruktur-

gesetz angelegten Maßnahmen konsequent umgesetzt werden. Erste wichtige Weichenstellungen dazu wurden mit der Reform der Krankenhausfinanzierung, der Begrenzung der Zahl der Vertragsärzte, den verbesserten Anreizen für wirtschaftliche Verordnungen und der Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz bereits vorgenommen. Die Organisationsreform der Krankenversicherung mit ihren Eckpunkten des Risikostrukturausgleichs und der verbesserten Wahlmöglichkeiten der Versicherten hat bereits jetzt zu einer Reduzierung der Beitragssatzdifferenzen zwischen den Krankenkassen und Kassenarten geführt. Sie wird auch wesentliche Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen und einen Wettbewerb über niedrige Beitragssätze entfalten.

Langfristig ergibt sich vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts zusätzlicher gesundheitspolitischer Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung. Deshalb hat das Bundesministerium für Gesundheit den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, hierzu entsprechende Vorschläge zu erarbeiten. Ein erster Sachstandsbericht wurde Anfang 1994 vorgelegt und dient als Grundlage für eine intensive Diskussion mit den Beteiligten im Gesundheitswesen. Auf der Grundlage des Endberichts, der im Frühjahr 1995 vorliegen soll, ist dann der Gesetzgeber gefordert, in der nächsten Legislaturperiode die notwendigen Weichenstellungen für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf das Jahr 2000 und darüber hinaus zu treffen.

Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion

Im Berichtszeitraum wurden im Rahmen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen im Laufe von vier Sitzungen lediglich vier Empfehlungen verabschiedet. Diese bezogen sich auf den Krankenhausbereich in den alten und neuen Bundesländern, die Heil- und Hilfsmittelversorgung und das Krankentransportwesen.

Die Empfehlungen zum Krankenhausbereich wurden im Berichtszeitraum noch nicht vollständig umgesetzt. Dies gilt vor allem für den Abschluß von zwei- und dreiseitigen Verträgen durch die Selbstverwaltung und den Abbau nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten durch die Länder.

Erst durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist es gelungen, Unwirtschaftlichkeiten zu verringern und die Ausgabensteigerungsrate stärker an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die festzustellende teilweise erhebliche Verkürzung der Verweildauer.

In den neuen Bundesländern wird das mit dem Gesundheitsstrukturgesetz beschlossene gemeinsame Förderprogramm von Bund, Ländern und Krankenkassen dazu beitragen, das Niveau der stationären Versorgung zügig und nachhaltig an die Situation im

übrigen Bundesgebiet bis zum Jahr 2004 anzupassen.

Die Empfehlung zum Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung vom Dezember 1991 wurde im Berichtszeitraum kaum umgesetzt. Das gilt für die in der Empfehlung geforderte Verbesserung der Markttransparenz bei den Beteiligten im Bereich der Hilfsmittelversorgung ebenso wie für die Umsetzung von Festbeträgen in verschiedenen Hilfsmittelbereichen. Auch den Vorschlägen zur Vereinbarung von Richtgrößen für Heilmittel wurde von den Beteiligten bislang nicht entsprochen. Aus der mangelnden Umsetzung der Empfehlungen resultierte u. a. die Notwendigkeit für den Gesetzgeber, im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Voraussetzungen für mehr Markttransparenz bei Hilfsmitteln zu verbessern und mit der Budgetierung der Heilmittelausgaben, die erst durch die Vereinbarung wirksamer Richtgrößen abgelöst werden kann, Voraussetzungen für eine wirksame Mengensteuerung zu schaffen.

Die Empfehlung zum Bereich Rettungsdienst vom 14. Dezember 1993 ist vor dem Hintergrund der besorgniserregenden Ausgabenentwicklung in diesem Leistungsbereich zu sehen. Die Konzertierte Aktion fordert die stärkere Einbindung preisgünstiger Leistungsanbieter, die Verbesserung der Transparenz der Kosten und des Einsatzgeschehens in diesem Bereich, eine verbesserte Infrastrukturplanung unter Beteiligung der Krankenkassen sowie mehr Wirtschaftlichkeit bei ärztlichen Krankentransportverordnungen. Zwar kann die Umsetzung gut ein halbes Jahr nach Verabschiedung der Empfehlung noch nicht abschließend beurteilt werden; jedoch ist bereits jetzt erkennbar, daß die überproportionale Ausgabenentwicklung in diesem Bereich auch 1994 mit weiterhin zweistelligen Steigerungsraten anhält. Die Konzertierte Aktion hatte in ihrer Empfehlung den Gesetzgeber aufgefordert, eine Korrektur des geltenden Rechts zu prüfen, wenn sich im Jahr 1994 die überproportionale Ausgabenentwicklung fortsetzen sollte. Insofern befindet sich die vom Deutschen Bundestag im Rahmen des Gesetzes zur Anpassung krankensicherungsrechtlicher Vorschriften – GKV-Anpassungsgesetz (GKVAnpG) – (BT-Drucksache 12/6958) beschlossene Regelung, nach der die Krankenkassen bei einer Festlegung der Benutzerentgelte eine erleichterte Möglichkeit zur Festsetzung von Festbeträgen eingeräumt werden soll, im Einklang mit den Forderungen der Konzertierten Aktion. Nachdem dieses Gesetz jedoch die Zustimmung des Bundesrates nicht erhalten hat, sind die Bundesländer gefordert zu erklären, wie sie die Ausgabenexpansion entsprechend ihrer Zusicherung in der Konzertierten Aktion in den Griff bekommen wollen. Die Bundesregierung sieht aufgrund der aktuellen Entwicklung im Jahr 1994 auch weiterhin gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß die Konzertierte Aktion mit ihren Empfehlungen, der in § 141 Abs. 2 SGB V erhobenen Forderung, „zur Sicherung der Beitragssatzstabilität beizutragen“, im Berichtszeitraum nicht entsprochen hat. Die Beitragssatzexpansion ab 1991 resultiert nicht zuletzt aus der Tatsache,

daß die Konzertierte Aktion keine wirksamen Empfehlungen zur Sicherstellung einer grundlohnorientierten Ausgabenentwicklung abgegeben und umgesetzt hat. So kamen keinerlei Empfehlungen zu den zentralen Leistungsbereichen ambulante ärztliche Behandlung, ambulante zahnärztliche Behandlung sowie zum Arzneimittelbereich zustande. Die im Dezember 1991 verabschiedeten Empfehlungen zu den Bereichen der Krankenhausversorgung und der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln konnten die Ausgabenexpansion in diesen Bereichen nicht stoppen.

Insofern wurde die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der ihr vom Gesetzgeber zugedachten Steuerungsfunktion nicht gerecht. Der Handlungsbedarf für den Gesetzgeber zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung und zur Stabilisierung der Beitragssätze der GKV resultierte somit auch aus der mangelnden Handlungsfähigkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen.

Die in diesem zweiten und auch bereits im ersten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BT-Drucksache 12/1901 vom 7. Januar 1992) dargestellte Entwicklung der Konzertierten Aktion macht deutlich, daß die mangelnde Funktionsfähigkeit dieses Gremiums u. a. darauf zurückzuführen ist, daß es bislang keine wirksamen Verfahrensregeln zum Inhalt und Ablauf der Sitzungen gibt.

Das eingefahrene „Gesetz der Einstimmigkeit“, das der Verabschiedung von Empfehlungen und Vor-

schlägen der Konzertierten Aktion häufig im Wege stand, verhinderte angesichts des heterogenen Teilnehmerkreises das Zustandekommen einer erkennbaren Meinungsbildung. Der Versuch, im Rahmen der Sitzung der Konzertierten Aktion vom 14. Dezember 1993 zu einem Konsens über entsprechende Verfahrensregeln zu kommen, scheiterte an der Ablehnung einiger weniger Teilnehmer.

Die Bundesregierung sieht auch weiterhin die Notwendigkeit, die Funktionsfähigkeit der Konzertierten Aktion durch wirksame Verfahrensregeln sicherzustellen.

Unabhängig von den angesprochenen Funktionsdefiziten wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Erweiterung des Teilnehmerkreises der Konzertierten Aktion vorgenommen. Danach hat der Bundesminister für Gesundheit zusätzlich zu den Mitgliedern, die dem Gremium bereits seit seiner Einführung im Jahr 1978 angehörten, „je einen Vertreter der Gesundheitshandwerker, der Heilmittelerbringer, des Kur- und Bäderwesens, der Pflegeberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behindertenverbände und der Verbraucherverbände“ berufen.

Vertreter der entsprechenden Organisationen, die in der gesundheitspolitischen Diskussion eine wichtige Rolle spielen, nahmen erstmals an den Beratungen der Frühjahrssitzung im April 1993 teil. Aus der Erweiterung des Teilnehmerkreises ergibt sich zusätzlicher Bedarf für wirksame Verfahrensregeln.

A. Berichtsgegenstand

I. Berichtsauftrag

Mit dem vorliegenden Bericht erfüllt das Bundesministerium für Gesundheit den in § 141 Abs. 4 SGB V festgelegten Auftrag, „den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu berichten“.

Dieser zweite Bericht analysiert die Entwicklung in den Jahren 1992 bis 1994 und schließt damit an den ersten Bericht an, den das Bundesministerium für Gesundheit Ende 1991 dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt hat (BT-Drucksache 12/1901 vom 7. Januar 1992) und der sich auf den Zeitraum von 1989 bis 1991 bezieht. Der Bericht gibt dem Gesetzgeber die Möglichkeit,

- die Entwicklung der Beitragssätze in den alten und neuen Bundesländern nachzuvollziehen und zu bewerten sowie
- die Konzertierte Aktion als Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens zu beurteilen und daraus Konsequenzen zu ziehen.

II. Aufbau und Grundlagen des Berichts

Der Bericht konzentriert sich gemäß dem Auftrag des Gesetzgebers auf zwei Schwerpunkte, die in den Teilen B und C behandelt werden.

Im Teil B wird die Entwicklung der Beitragssätze im Berichtszeitraum von 1992 bis 1994 dargestellt. Dabei werden auch die der Beitragssatzentwicklung

zugrundeliegende finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung, die Einflußfaktoren auf die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung sowie die Vermögenslage der Krankenkassen analysiert und jeweils vor und nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes betrachtet. In diesem Zusammenhang werden die finanzwirksamen Maßnahmen dieses Gesetzes und die im Berichtszeitraum vollzogenen Umsetzungsschritte dargestellt und analysiert. Darüber hinaus wird auf die im letzten Bericht dargestellte Ausgangssituation aus den Jahren 1989 bis 1991 eingegangen sowie sich abzeichnende Entwicklungstendenzen für die Jahre nach 1994 erläutert.

Im Teil C werden die von der Konzertierten Aktion im Berichtszeitraum erarbeiteten Empfehlungen und Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und – soweit dies zum Berichtszeitpunkt schon möglich ist – ihre Umsetzung dargestellt und bewertet. Dabei werden die Empfehlungen der Sitzung der Konzertierten Aktion vom 14. Dezember 1991, die in den ersten Bericht noch nicht mit einbezogen werden konnten, berücksichtigt. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Erweiterung des Mitgliederkreises der Konzertierten Aktion eingegangen, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehen und durch entsprechende Berufungen durch das Bundesministerium für Gesundheit umgesetzt wurde. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit beschrieben, mit Hilfe von wirksamen Verfahrensregeln zu einer verbesserten Effizienz des Gremiums zu gelangen.

Im Teil D (Anhang) werden die Beitragssatzentwicklung und ihre Einflußfaktoren anhand von Tabellen und graphischen Darstellungen erläutert. Außerdem wird der Wortlaut der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion dokumentiert.

B. Entwicklung der Beitragssätze

I. Ausgangssituation vor 1992

Alte Bundesländer

Im Jahr 1991, dem letzten Jahr des Berichtszeitraums des ersten vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Berichts, hatte der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen in den alten Bundesländern einen Wert von 12,2% erreicht. Dieser Wert lag um 0,7 Prozentpunkte unter dem Beitragssatz des Jahres 1988, dem Jahr vor Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes. Diese Entwicklung legt zunächst die Vermutung nahe, daß die Zielsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes, durch verbesserte Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Gesundheitswesen zu gelangen, den Mitte der 80er Jahre festzustellenden kontinuierlichen Anstieg der Beitragssätze zu stoppen und das Beitragssatzniveau zu reduzieren, erreicht werden konnte. Die auf den ersten Blick positive Tendenz wurde insbesondere durch den Rückgang der Leistungsausgaben der Krankenkassen im Jahr 1989, dem ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes ermöglicht.

Die Beitragssatzentwicklung von 1989 bis 1991 täuscht jedoch darüber hinweg, daß bereits seit Mitte des Jahres 1990 die Ausgaben der Krankenkassen wieder stärker stiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Diese Entwicklung, die sich in der Folgezeit weiter beschleunigte, führte dazu, daß die Steigerung der Leistungsausgaben der GKV je Mitglied im Jahr 1991 mit 10,7% mehr als doppelt so hoch lag wie die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen, die in jenem Jahr 5,0% betrug. Die Folge der sich 1991 immer stärker öffnenden Schere zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung war ein Defizit von 5,6 Mrd. DM nach Überschüssen von 9,8 Mrd. DM im Jahr 1989 und 6,1 Mrd. DM im Jahr 1990. Die Defizite führten damit zwangsläufig bis Ende 1991 zu einer Abschmelzung der Ende 1990 noch auf einem insgesamt hohen Niveau stehenden Rücklagen und Betriebsmittel der Krankenkassen und führten zur Jahreswende 1991/1992 mit der Perspektive einer weiterhin stark defizitären Finanzentwicklung bei einem Teil der Krankenkassen zu Beitragssatzerhöhungen.

Neue Bundesländer

Im Beitrittsgebiet galt zunächst seit Einführung der gegliederten Krankenversicherung bis 31. Dezember 1991 ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz von 12,8% für alle Krankenkassen. Auf dieser Grundlage verlief die Ausgabenentwicklung im Jahr 1991 außerordentlich positiv. Die gesetzliche Krankenversicherung schloß in den neuen Bundesländern das

Jahr 1991 insgesamt mit einem Überschuß von ca. 2,8 Mrd. DM ab, wobei sich die Überschüsse auf die einzelnen Kassenarten und Krankenkassen sehr unterschiedlich verteilten. Die Ursachen für den positiven Finanzierungssaldo waren insbesondere ein gegenüber den alten Bundesländern 1991 um 0,6 Prozentpunkte höheres Beitragssatzniveau, die im Einigungsvertrag festgelegte Orientierung der Vergütungen an den wirtschaftlichen Verhältnissen im Beitrittsgebiet, ein im Vergleich zu den alten Bundesländern 1991 erheblich niedrigerer Krankenstand verbunden mit einer insgesamt geringeren Leistungsanspruchnahme sowie eine sich erst allmählich aufbauende Angebots- und Infrastruktur auf Seiten der Leistungserbringer.

Die insgesamt günstige Ausgangssituation bei der Finanzentwicklung führte bereits zur Jahreswende 1991/1992 bei einem Teil der Krankenkassen im Beitrittsgebiet zu Beitragssatzsenkungen.

II. Entwicklung im Jahr 1992

Alte Bundesländer

Als Folge der seit Mitte 1990 immer stärker auseinanderklaffenden Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung stieg der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bereits Anfang 1992 von 12,2% auf 12,5%. Dieser Beitragssatzanstieg führte dazu, daß auch der Beitragssatz in der Krankenversicherung der Rentner zum 1. Juli 1992 auf 12,5% angehoben werden mußte. Die Beitragssatzsteigerungen erfolgten zunächst überwiegend im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen sowie der Bundesknappschaft, deren Finanzreserven bereits Ende 1991 wesentlich stärker abgeschmolzen waren als bei den übrigen Kassenarten. Demgegenüber konnten der größere Teil der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen sowie der Betriebs- und Innungskrankenkassen die Beitragssätze zu Jahresanfang 1992 zunächst noch konstant halten. Auch sie wurden allerdings bei einer weiter defizitären Finanzentwicklung im Laufe des Jahres 1992 zu Beitragssatzsteigerungen gezwungen. So wurde bereits im Oktober 1992, nachdem auch die großen Angestellten-Ersatzkassen ihre Beitragssätze angehoben hatten, das bisherige Höchstniveau aus dem Jahr 1988 von 12,9% erreicht und die 13%-Grenze überschritten. Im Jahresdurchschnitt lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz 1992 bei 12,74% und damit um 0,54 Prozentpunkte über dem Niveau des Vorjahres. Einen höheren Anstieg innerhalb eines Jahres hatte es zuletzt Mitte der 70er Jahre gegeben, als der Begriff von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ in der politischen Diskussion geprägt wurde.

Die Beitragssatzexplosion seit Anfang 1992 resultierte aus der defizitären Finanzentwicklung, die sich nach 1991 in verstärktem Maße im Jahr 1992 fortsetzte. Trotz des erhöhten Beitragssatzniveaus hatten die Krankenkassen in den alten Bundesländern 1992 ein Rekorddefizit von 9,1 Mrd. DM zu verzeichnen. Zusammen mit dem Defizit von 5,6 Mrd. DM aus dem Jahr 1991 ergibt sich damit im Laufe von zwei Jahren ein negativer Finanzsaldo von fast 15 Mrd. DM und dies trotz des in beiden Jahren hohen Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen von 5,0 % je Mitglied im Jahr 1991 und 5,1 % im Jahr 1992. Entscheidend für die defizitäre Finanzentwicklung war, daß nach 1991 auch im Jahr 1992 die Orientierung der Ausgabenentwicklung an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen völlig verloren ging und mit einer Steigerungsrate von 9,2 % je Mitglied (1991 +10,7 %) das Wachstum der Leistungsausgaben wiederum fast doppelt so hoch lag wie der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen (5,1 %).

Wie aus der Tabelle 11 hervorgeht, lagen die Ausgabensteigerungen in sämtlichen größeren Ausgabenbereichen mehr oder weniger deutlich über der Grundlohnentwicklung. Besonders hohe, im zweistelligen Bereich liegende Steigerungsraten ergaben sich dabei bei den Leistungsbereichen Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittelversorgung und den Fahrkosten, die maßgeblich durch eine Ausgabenexplosion bei den Ausgaben für Krankentransporte und Rettungsdienste beeinflußt wurden. Dabei hat es bei den Ausgaben für Zahnersatz und Arzneimittel in der zweiten Jahreshälfte 1992 auch „Vorzieheffekte“ im Hinblick auf die bevorstehenden ausgaben senkenden Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes gegeben.

Neue Bundesländer

Auch in den neuen Bundesländern war die finanzielle Situation im Jahr 1992 nach dem positiven Finanzergebnis des Jahres 1991 erstmalig durch eine defizitäre Entwicklung gekennzeichnet. Nach einem Überschuß von rund 2,8 Mrd. DM im Jahr 1991 ergab sich ein Defizit von rund 0,3 Mrd. DM im Jahr 1992. Die differenzierte Entwicklung nach Kassenarten zeigt allerdings, daß diese Entwicklung sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Kassenarten verteilte. Einem Defizit von rund 750 Mio. DM bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen standen Überschüsse bei den übrigen Kassenarten gegenüber. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern stiegen 1992 gegenüber dem Vorjahr je Mitglied um 44,2 %. Dem stand ein Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von 29,3 % gegenüber.

Besonders hohe Steigerungsraten hatten dabei die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz sowie für Hilfsmittel aufzuweisen, die bereits im Jahr 1991 auf einem auch im Vergleich zu den alten Bundesländern hohen Niveau standen (vgl. Tabellen 11 und 31).

Die Beitragssatzentwicklung in den neuen Bundesländern (vgl. Tabellen 1 und 2) war zunächst im Jahr 1992 durch die Ausgabenentwicklung im Jahr 1991

geprägt. Nach Ende der bis zum 31. Dezember 1991 befristeten Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes auf 12,8 % kam es zu Jahresanfang 1992 insbesondere bei den Betriebskrankenkassen zu Beitragssatzsenkungen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß diese Kassenart die personellen Verwaltungskosten im Jahr 1992 auf den Arbeitgeber übertragen konnte und dadurch auf der Ausgaben-seite spürbar entlastet wurde. Zum 1. Januar 1992 ging der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz im Beitrittsgebiet um 0,1 Prozentpunkte auf 12,7 % zurück. Dementsprechend wurde auch der Beitragssatz in der Krankenversicherung der Rentner zum 1. Juli 1992 auf 12,7 % reduziert. Im Laufe des Jahres 1992 kam es bei weiteren Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Seekrankenkasse sowie den Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen zu Beitragssatzsenkungen. Lediglich die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Bundesknappschaft nahmen keine Beitragssatzveränderungen vor. Im Jahresdurchschnitt ergab sich ein Beitragssatz von 12,61 %, der damit um 0,2 Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 1991 lag.

Die positive Beitragssatzentwicklung des Jahres 1992 darf auch in den neuen Bundesländern nicht über die in jenem Jahr defizitäre Finanzentwicklung hinwegtäuschen. Als zwangsläufige Folge mußten im AOK-Bereich deshalb zur Jahreswende 1992/1993 Beitragssatzanhebungen vorgenommen werden.

Ausweitung der Beitragssatzdifferenzen

Die Beitragssatzentwicklung vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes war nicht nur durch einen starken Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes gekennzeichnet. Vielmehr war die Entwicklung auch geprägt durch ein weiteres Auseinanderdriften der Beitragssatzdifferenzen zwischen den einzelnen Kassenarten und Krankenkassen (vgl. Tabellen 1 und 2) bei unterschiedlichen Risikostrukturen und unterschiedlichen Kassenwahlmöglichkeiten von Arbeitern und Angestellten.

1991 lag in den alten Bundesländern bei einem Durchschnittsbeitragssatz von 12,2 % der Beitragssatz im AOK-Bereich mit 12,8 % um rund 2 Prozentpunkte über dem Durchschnittswert der Betriebskrankenkassen (10,8 %) und um rund 0,8 Prozentpunkte über dem Wert der Angestellten-Ersatzkassen (12,0 %).

1992 ging bei einem Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes auf 12,7 % diese Spanne weiter auseinander. Der AOK-Bereich lag mit 13,5 % um 2,2 Prozentpunkte oberhalb des Durchschnittswertes der Betriebskrankenkassen (11,3 %) und rund 1,1 Prozentpunkte oberhalb des Durchschnittswertes der Angestellten-Ersatzkassen (12,4 %).

Auch der Anteil der GKV-Mitglieder, deren Beitragssatz um mehr als 1 (bzw. 2) Prozentpunkt(e) oberhalb oder unterhalb des Durchschnittsbeitragssatzes lag, hat sich bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes deutlich erhöht.

Diese Anteile lagen, bezogen auf die Gesamtmitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV)

zum 1. Juli 1991 bei 32,4 % (10,2 %), zum 1. Juli 1992 bei 38,9 % (bzw. 18,2 %) und zum 1. Juli 1993 bei 36,6 % (14,8 %) (vgl. Figur 4).

Auch die Extremwerte bei den Beitragssätzen der einzelnen Krankenkassen entwickelten sich weiter auseinander. Gab es zum 1. Juli 1991 noch eine Beitragssatzspanne zwischen 8,0 % bei einer kleineren Betriebskrankenkasse und 15,5 % bei einer Allgemeinen Ortskrankenkasse, so öffnete sich diese Spanne 1992 im Zuge der erneuten Beitragssatzexpansion noch stärker. Bei gleichem Leistungskatalog mußten die Mitglieder einer kleineren Betriebskrankenkasse zum 1. Juli 1992 einen Beitragssatz von 8 % aufbringen, während bei drei Allgemeinen Ortskrankenkassen in Nordrhein-Westfalen der Beitragssatz einen Spitzenwert von 16,8 % erreichte. Selbst innerhalb einer Region gab es im Jahr 1992 zwischen einzelnen Kassenarten Beitragssatzdifferenzen von bis zu 7,5 Prozentpunkten. Bei unterschiedlichen Kassenwahlmöglichkeiten der Versicherten – insbesondere von Arbeitern und Angestellten – dokumentierten die krassen Beitragssatzdifferenzen im Jahr vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes nachdrücklich den Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.

Dies gilt auch für die neuen Bundesländer, in denen nach dem einheitlichen Beitragssatz von 12,8 % im Jahr 1991 die Beitragssätze erstmalig im Jahr 1992 auseinander gingen. Während Anfang des Jahres 1992 zunächst nur Beitragssatzbewegungen nach unten festzustellen waren, und die Beitragssatzspanne durch einen niedrigsten Beitragssatz von 9,5 % und Höchstbeitragssätze von 12,8 % gekennzeichnet war, lagen die Extremwerte nach ersten Beitragssatzerhöhungen im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen Ende 1992 bereits zwischen 9,5 % und 13,8 %. Auch wenn hierdurch der Handlungsbedarf für den Gesetzgeber in den neuen Bundesländern durch die noch geringere Beitragssatzspanne nicht so offenkundig wurde, war ohne entsprechende Maßnahmen des Gesetzgebers mit einer ähnlichen Entwicklung wie in den alten Bundesländern zu rechnen.

III. Ursachen der Beitragssatzsteigerungen vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes

Die Ausgabenexplosion der Jahre 1991 und 1992 und in deren Folge die Expansion der Beitragssätze der Krankenkassen lassen sich weder aus der demographischen Entwicklung noch aus dem medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt erklären. Darauf hat auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in einem Anfang 1992 vorgelegten Gutachten hingewiesen. Diese Faktoren können allenfalls langfristig zum Tragen kommen und werden vom Sachverständigenrat im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Sondergutachtens „Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000“ näher untersucht.

Für die kurzfristige Ausgabenexplosion sind vielmehr folgende Faktoren maßgebend:

- fehlende Anreize für Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit bei allen Beteiligten,
- eine stark steigende Zahl der Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, mit der Folge einer Ausgabenexplosion, insbesondere im Bereich der veranlaßten Leistungen,
- Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten im Bereich der stationären Versorgung.

Die Ausgabenexplosion der Jahre 1991 und 1992 kann nicht als Indiz dafür gewertet werden, daß das Gesundheits-Reformgesetz von 1988 als gescheitert anzusehen ist. Ohne die Maßnahmen dieses Gesetzes hätte das Beitragssatzniveau bereits beim Übergang von den 80ern in die 90er Jahre ein Niveau erreicht, das deutlich über dem Anfang 1993 erreichten Höchststand gelegen hätte.

Schon bei der Beratung des Gesundheits-Reformgesetzes hat die Bundesregierung betont, daß nicht alle Probleme des Gesundheitswesens in einem Schritt gelöst werden können. Zur weiteren Begrenzung von Überkapazitäten, insbesondere der steigenden Zahl niedergelassener Ärzte, zur Schaffung von mehr Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung und zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen wurde bereits bei der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes auf die Notwendigkeit weiterer Reformschritte hingewiesen.

Die Ausgabenexplosion seit Mitte 1990 hat den Handlungsbedarf des Gesetzgebers in diesen Bereichen besonders verdeutlicht. Neben der Ausklammerung wichtiger Problembereiche aus dem Maßnahmenkatalog des Gesundheits-Reformgesetzes hat zu dieser Entwicklung auch die mangelnde Umsetzung wichtiger Regelungen dieses Gesetzes durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern beigetragen. Deren Organisationen hatten in vielen Bereichen den Auftrag erhalten, wirksame Regelungen für mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der sozialen Krankenversicherung zu vereinbaren und umzusetzen. Solche Vereinbarungen kamen u. a. deshalb kaum zustande, weil entsprechende Konfliktlösungsmechanismen in den Regelungen des Gesundheits-Reformgesetzes häufig nicht vorgesehen waren.

In diesem Zusammenhang sind insbesondere zu nennen:

- die fehlende Umsetzung arztgruppenspezifischer Richtgrößen und wirksamer Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Arznei- und Heilmittel,
- die nicht erfolgte Umsetzung entscheidender Maßnahmen zur Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz in der GKV – insbesondere die Einführung der Versichertenkarte und der Pharmazentralnummer sowie
- die nur zum Teil erfolgte Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel.

In den einzelnen Leistungsbereichen der GKV haben insbesondere folgende Steuerungsdefizite zur Ausgabenexpansion geführt:

Im Krankenhaussektor, dem größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, hat das Selbstkostendeckungsprinzip in Verbindung mit dem tagesgleichen Pflegesatz maßgeblich zu Unwirtschaftlichkeit und Überversorgung beigetragen, die ihren Ausdruck in stark steigenden Ausgaben gefunden haben. Da hier grundsätzlich das belegte Bett, nicht aber die Leistung, die der Patient benötigt, Maßstab für die Einnahmen, die Personalausstattung und die pauschale Investitionsförderung war, waren Fehlsteuerungen und zu hohe Verweildauern die ökonomisch logische Konsequenz falscher Rahmenbedingungen. Mit ursächlich für diese Fehlentwicklung war auch die unzureichende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die 1992 noch ausstehende Umsetzung der Instrumente des Gesundheits-Reformgesetzes, wie z. B. die praktische Bedeutungslosigkeit des Instituts der Kündigung von Krankenhäusern. Die Folge waren 1991 und 1992 Steigerungsraten, die mit 8,0% bzw. 8,3% je Mitglied in den alten Bundesländern jeweils rund 3 Prozentpunkte über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen lagen und damit vor dem Hintergrund des hohen Ausgabenanteils der stationären Versorgung zu einem großen Teil die defizitäre Entwicklung der Jahre 1991 und 1992 in der GKV mit verursachten (vgl. Tabelle 26).

Der Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung war vor dem Hintergrund ständig steigender Arztzahlen 1991 und 1992 ebenfalls durch Wachstumsraten gekennzeichnet, die mit 7,5% bzw. 6,7% je Mitglied im Gegensatz zu den Vorjahren deutlich über den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgingen (vgl. Tabelle 12). Ursachen dafür waren eine in ihrem Ausmaß medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung, die Herausnahme einzelner Leistungsbereiche aus der Deckelung der Gesamtvergütung und bei gestiegenen Arztzahlen weiter zunehmende Ungleichgewichte zwischen allgemeinärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Auch die ausgebliebenen oder unzureichenden Umsetzungen wesentlicher Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Richtgrößen und Transparenzvorschriften) haben hier mit zur Ausgabenexpansion beigetragen.

Im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung hatten insbesondere die Ausgaben für Zahnersatz nach den Rückgängen im Jahr 1989 in den Jahren 1991 mit +13,7% und 1992 mit +20,2% je Mitglied wieder explosionsartige Steigerungsraten zu verzeichnen (vgl. Tabelle 14). Diese Entwicklung ist auch ein Indiz dafür, daß hohe Zuzahlungen wie beim Zahnersatz nicht als geeignetes Steuerungsinstrument angesehen werden können, um Ausgabenexpansionen zu vermeiden. Im Bereich der zahnärztlichen Behandlung lagen die Steigerungsraten mit 9,5% in 1991 und 9,8% in 1992 je Mitglied etwa doppelt so hoch wie der Anstieg bei den beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. Tabelle 13). Die hohen Wachstumsraten dürften hier zu einem Teil

auf verstärkte Prophylaxeleistungen zurückzuführen sein.

Die Expansion der Arzneimittelausgaben, die nach einem Rückgang von 1,7% je Mitglied im Jahr 1989 bereits im Jahr 1990 mit +6,0% wieder steigende Ausgaben und 1991 sowie 1992 mit +9,9% bzw. +9,1% jeweils fast zweistellige Wachstumsraten aufzuweisen hatten (vgl. Tabelle 16), findet ihre Ursache vor allen Dingen in einer steigenden Zahl von Verordnungen durch niedergelassene Ärzte (vgl. Figuren 10 und 11), in den Veränderungen des Wertes je Verordnung sowie in Preisanhebungen im Nicht-Festbetragsbereich; bis zum Jahr 1992 wurden nur für ca. 40% der GKV-Arzneimittelausgaben Festbeträge festgesetzt. Entscheidend für die Ausgabenexpansion waren jedoch insbesondere fehlende Steuerungsinstrumente zur Begrenzung der Mengenexpansion. Die im Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Richtgrößen und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Arzneimittel wurden von der Selbstverwaltung nicht umgesetzt.

Im Heil- und Hilfsmittelbereich waren die Ausgaben je Mitglied 1991 (+12,2%) und 1992 (+10,4%) ebenfalls durch zweistellige Wachstumsraten gekennzeichnet (vgl. Tabellen 17 bis 25). Bei Hilfsmitteln ist festzustellen, daß nur in den Bereichen, in denen die Umsetzung von Festbeträgen erfolgte (Sehhilfen, Hörhilfen), Einsparpotentiale für die Krankenkassen erschlossen werden konnten. In den übrigen Hilfsmittelbereichen blieb das Festbetragsinstrumentarium weitgehend ungenutzt. Bei Heilmitteln waren die in den Jahren 1990 bis 1992 jeweils zweistelligen Steigerungsraten – wie im Arzneimittelbereich – insbesondere das Resultat einer starken Mengenexpansion und fehlender Richtgrößen.

Auch im Bereich der Kuren fand eine Ausgabenexpansion statt, die seit 1991 und 1992 durch zweistellige Steigerungsraten gekennzeichnet war. Die Ausgabenexpansion konzentrierte sich dabei insbesondere auf den Bereich der stationären Kuren.

Im Bereich der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen war ebenfalls eine im Vergleich zur Grundlohnentwicklung überproportionale Ausgabenexpansion in den Jahren 1991 mit +7,6% und 1992 mit +9,2% je Mitglied festzustellen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß diese Grundlohnüberschreitung z. T. Resultat des Aufbaus der gegliederten Krankenversicherung in den neuen Bundesländern war.

IV. Entwicklung in den Jahren 1993 und 1994

Alte Bundesländer

Im Jahr 1993, dem Jahr nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes steht die gesetzliche Krankenversicherung wieder auf soliden finanziellen Grundlagen. Dem Defizit von 9,1 Mrd. DM im Jahr 1992 folgte 1993 ein Überschuß von ebenfalls 9,1 Mrd. DM (vgl. Tabelle 6). Den höchsten Überschuß erzielten die Angestellten-Ersatzkassen mit rund 3,9 Mrd. DM, während die Allgemeinen Orts-

krankenkassen ein Plus von 2,8 Mrd. DM erreichten (vgl. Tabelle 7). Das positive Finanzergebnis des Jahres 1993 ist in erster Linie auf den Rückgang der Leistungsausgaben zurückzuführen. Sie sind gegenüber dem Vorjahr je Mitglied um -1,6 % gesunken, während gleichzeitig die beitragspflichtigen Einnahmen um 4,0 % zugenommen haben. In fast allen Leistungsbereichen blieben die Ausgabensteigerungen nicht nur deutlich unterhalb der Expansionsraten des Vorjahres. Sie blieben zumeist auch unterhalb der Grundlohnsteigerung und häufig sogar deutlich unterhalb des Ausgabenlevels des Jahres 1992.

Sorgenkind der Ausgabenentwicklung bleibt insbesondere der Bereich der Fahrkosten, der mit 13,8 % je Mitglied gegenüber dem Vorjahr stieg und dabei insbesondere der Bereich Krankentransporte/Rettungswesen, dessen Ausgaben je Mitglied um fast 15 % über dem Vorjahresniveau lagen und der damit bereits seit mehreren Jahren zweistellige Steigerungsraten aufweist (zur besonderen Problematik dieses Bereichs vgl. Abschnitt C.III.3).

In allen übrigen Bereichen hat das Gesundheitsstrukturgesetz zu beachtlichen Einsparungen geführt (vgl. Figur 6). In den Ausgabenbereichen ärztliche und zahnärztliche Behandlung, stationäre Kuren und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen blieben die Ausgaben deutlich unterhalb der Grundlohnsteigerung und weitgehend im Rahmen der Budgetgrenzen. Die im Krankenhaus festzustellende über dem Grundlohnanstieg liegende Steigerung ist im wesentlichen auf gesetzlich vorgesehene Ausnahmebestimmungen zurückzuführen (vgl. Abschnitt B.V). Besonders günstig verlief die Ausgabenentwicklung in den Bereichen Zahnersatz, Arzneimittel und Heilmittel, die seit Anfang der 90er Jahre zumeist durch zweistellige Steigerungsraten geprägt waren und 1993 erheblich unter den Ausgaben des Jahres 1992 bei Arzneimitteln auch deutlich unter den Werten des Jahres 1991 blieben. Die starken Ausgabenrückgänge bei Zahnersatz und Arzneimitteln in 1993 müssen zum Teil aber auch vor dem Hintergrund von Vorzieheffekten vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes gesehen werden, die im Jahr 1992 zu höheren Steigerungsraten führten.

Auch im Jahr 1994 setzt sich die positive Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen fort. Nach den vorliegenden Daten des 1. Halbjahres 1994 erzielten die Krankenkassen in den alten Bundesländern erneut einen Überschuss von rund 0,6 Mrd. DM. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das Beitragssatzniveau bereits um mehr als 0,1 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert lag und insofern der aktuelle Überschuss geringer ausfiel als bei konstantem Beitragssatzniveau.

In den Finanzierungssalden der einzelnen Kassenarten (vgl. Tabelle 4) kommen neben den Auswirkungen durch die Einsparungen des Gesundheitsstrukturgesetzes erstmals auch die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs zum Tragen. Wegen erheblicher Zahlungen in den Risikostrukturausgleich haben die Arbeiter-Ersatzkassen und die Betriebskrankenkassen im 1. Halbjahr 1994 Defizite verzeichnet. Die Angestellten-Ersatzkassen erzielten trotz

der mit Abstand höchsten Zahlungen in den Risikostrukturausgleich auch die höchsten Überschüsse (rund 0,8 Mio. DM). Innungskrankenkassen und Bundesknappschaft verzeichneten als Zahlungsempfänger Überschüsse, während im AOK-Bereich trotz Ausgleichszahlungen von fast 1,3 Mrd. DM bei deutlich reduziertem Beitragssatz ein leichtes Defizit entstand.

Die Leistungsausgaben je Mitglied sind im Vergleich zum 1. Quartal 1993 in den alten Bundesländern insgesamt um 6,5 % gestiegen. Dem steht ein Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von rund 2,5 % gegenüber. Allerdings bieten die Finanzschätzungen für das 1. Halbjahr 1994 aufgrund statistischer Besonderheiten bei der üblichen Betrachtung der Steigerungsraten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ein stark verzerrtes Bild über die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen im 2. Jahr nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes. Aufgrund der extrem niedrigen Basiswerte des 1. Halbjahres 1993 ergeben sich insbesondere in den Ausgabenbereichen Arzneimittel, Zahnersatz und Heilmittel statistisch überhöhte Steigerungsraten.

Vergleicht man die Ausgaben des 1. Halbjahres 1994 nicht mit dem Vorjahreshalbjahr, sondern mit dem 1. Halbjahr 1992, so wird deutlich, daß die Ausgaben in diesem Zeitraum in den alten Ländern um 3,6 % und damit weniger als halb so stark gestiegen sind wie die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten mit 7,3 % (vgl. Tabelle 32).

Beim Zahnersatz blieben die Ausgaben je Mitglied im 1. Halbjahr 1994 um 13 % unter den Werten des Jahres 1992 und nur um 0,8 % über den Werten des Jahres 1991. Im Arzneimittelbereich werden die Einsparungen noch deutlicher: Hier lagen die Werte des 1. Halbjahres 1994 um 16,7 % unter den Werten von 1992 und um 9,3 % unter den Werten von 1991.

In den Budgetierungsbereichen, die ca. 70 % der Krankenkassenausgaben umfassen, bleibt auch 1994 der Steigerungsrahmen im wesentlichen durch die Begrenzung auf den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen vorgegeben. Das gilt für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, den Krankenhausbereich, die stationären Kuren und die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, wobei im Bereich der ärztlichen Behandlung und vor allem im Krankenhausbereich durch Sondertatbestände höhere Steigerungsmöglichkeiten bestehen. Der vom Bundesministerium für Gesundheit für 1994 geschätzte Steigerungswert für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied beträgt 3,2 %. Im 1. Halbjahr betrug der Anstieg der Grundlöhne 2,5 %. Maßgeblich für die Budgetierung ist die Entwicklung im gesamten Jahr 1994 und nicht die Entwicklung in den einzelnen Quartalen. Insofern können die Quartalsergebnisse der Statistik KV 45 auch nicht als Maßstab für die Budgetausschöpfung herangezogen werden.

Für Arznei-, Verband- und Heilmittel wurde 1994 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine Empfehlung verabschiedet, die erstmals gemeinsame Budgets für diese Leistungsbereiche vorsieht.

Das Gesamtbudgetvolumen entspricht mit rund 27,9 Mrd. DM der Summe der Budgets des Jahres 1993. Bei einer Überschreitung wird die Differenz zu Lasten der ärztlichen Gesamtvergütung ausgeglichen.

Aber auch in den nicht budgetierten Bereichen ist Ausgabendisziplin erforderlich. Zweistellige Steigerungsraten bei Fahrkosten und Hilfsmitteln, die sich nicht durch statistische Effekte erklären lassen, können nicht hingenommen werden.

Im Bereich der Fahrkosten hat sich die Ausgabenentwicklung im 1. Halbjahr 1994 nochmals beschleunigt, obwohl hier bereits im vierten Jahr hintereinander zweistellige Steigerungsraten zu verzeichnen sind (zu den notwendigen Maßnahmen in diesem Bereich vgl. auch Abschnitt C.III.3). Auch bei Hilfsmitteln, die im Unterschied zu den Heilmitteln keinerlei Ausgabenbudgetierung unterliegen, muß geprüft werden, in welchem Maße medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen vorliegen. Eine Rückkehr zu den zweistelligen Expansionsraten, wie sie bei Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln lange Zeit üblich waren, ist nicht hinnehmbar.

Insgesamt ist in der GKV im Jahr 1994 ebenso wie 1993 von erheblichen Überschüssen der gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen. In den alten Bundesländern werden sich Überschüsse bei leicht rückläufigem Beitragssatzniveau selbst dann einstellen, wenn die Ausgabensteigerungen höher liegen als die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich die Überschüsse erfahrungsgemäß im Laufe des Jahres erst aufbauen und insbesondere durch die Berücksichtigung des 13. Monatsgehalts bei den Beitragseinnahmen im 4. Quartal zwangsläufig weiter ansteigen müssen. Insofern ist in der 2. Jahreshälfte 1994 mit einem deutlich höheren Überschuß zu rechnen als im 1. Halbjahr.

Die günstige Finanzentwicklung des Jahres 1993 hatte bereits dazu geführt, daß die Krankenkassen ihre Betriebsmittel und Rücklagen wieder deutlich aufstocken konnten. Verfügt die Krankenkassen zum 31. Dezember 1992 in den alten Bundesländern nur noch über Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe von 6,4 Mrd. DM (dies entspricht dem 0,43fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben des Jahres 1992), so konnten die Betriebsmittel und Rücklagen bis zum Jahresende 1993 auf rund 15,0 Mrd. DM aufgestockt werden. Dies entspricht dem 1,02fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben des Jahres 1993. Die Krankenkassen haben somit die positive Entwicklung des Jahres 1993 dazu genutzt, die durch die defizitäre Entwicklung der Jahre 1991 und 1992 abgeschmolzenen Finanzreserven wieder aufzustocken (vgl. Tabellen 4 und 6).

Zum Jahresende 1993 befanden sich die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen jedoch auf einem höchst unterschiedlichen Niveau. Dabei bleibt festzustellen, daß in den alten Bundesländern insbesondere die Innungskrankenkassen, die Arbeiter-Ersatzkassen und die Betriebskrankenkassen bereits im Durchschnitt der jeweiligen Kassenart Rücklagen und Betriebsmittel in einer Höhe aufgebaut hatten, die über das gesetzlich zulässige Maß von 1,5 Mo-

natsausgaben hinausging oder an diesen Wert heranreichte. Auch die Ersatzkassen für Angestellte wiesen überdurchschnittliche Finanzreserven auf, während die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Bundesknappschaft Ende 1993 ihre Finanzreserven gegenüber dem Vorjahr zwar deutlich aufstocken konnten, aber erheblich unter den Werten der übrigen Kassenarten blieben (vgl. Tabelle 4).

Insgesamt zeigt die Analyse der Vermögensbestände der gesetzlichen Krankenversicherung Ende 1993, daß alle Kassenarten wieder über befriedigende Finanzreserven verfügten, bei einer Reihe von Kassenarten und einer Vielzahl von Einzelkassen jedoch Finanzreserven vorhanden waren, die Beitragssatzsenkungen möglich und z. T. zwingend erforderlich machen.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ist als Folge der Ausgabenexplosionen der Jahre 1991 und 1992 zum 1. Januar 1993 nochmals gestiegen und erreichte ein Rekordniveau von 13,42 % (gegenüber 12,74 % im Jahresdurchschnitt 1992 und rund 13,2 % im Dezember 1992). Im weiteren Verlauf des Jahres 1993 gab es kaum Beitragssatzbewegungen.

Nach der Stabilisierung des Beitragssatzniveaus im Jahr 1993 ergab sich seit Anfang 1994 in der GKV insgesamt eine Tendenz zu Beitragssatzsenkungen. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz lag zum 1. Januar 1994 bei 13,35 % im Vergleich zu 13,40 % im Dezember 1993. Zum 1. Juli 1994 ist ein weiterer Rückgang auf 13,22 % festzustellen.

Beitragssatzsenkungen gab es insbesondere bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen, deren durchschnittlicher Beitragssatz mit 13,6 % zum 1. Juli 1994 um rund 0,5 Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 1993 lag. Diese Beitragssatzsenkungen erfolgten häufig zu den Zeitpunkten, zu denen sich kleinere AOKen zu größeren und leistungsfähigeren Kassen zusammenschlossen. Die Fusionen in Schleswig-Holstein, Rheinland und Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg sind Beispiele hierfür. Bei den Innungskrankenkassen lag der Durchschnittsbeitragssatz im Juli 1994 bei 12,8 % und damit um rund 0,4 Prozentpunkte unter dem Durchschnittswert des Jahres 1993. Eine Anhebung des durchschnittlichen Beitragssatzes weisen die Betriebskrankenkassen mit einem Durchschnittswert von 12,01 % im Juli 1994 gegenüber 11,86 % im Jahr 1993 (Jahresdurchschnitt) auf. Leicht angestiegen ist auch der Durchschnittsbeitragssatz bei den Angestellten-Ersatzkassen mit 13,3 % gegenüber 13,18 % und den Arbeiter-Ersatzkassen mit 12,44 % gegenüber 12,39 % (vgl. Tabellen 1 und 2).

Auch die Beitragssatzspanne hat sich bis zum 1. Juli 1994 deutlich verringert. So lag die Differenz zwischen den höchsten (15,6 %) und dem niedrigsten (9,0 %) Beitragssatz zum 1. Juli 1994 deutlich unter der Differenz vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes. Hierdurch wurden zum 1. Juli 1994 nur noch 21 % der Mitglieder in der allgemeinen Krankenversicherung mit einem Beitragssatz belastet, der um mehr als 1 Prozentpunkt vom Durchschnittsbeitragssatz abwich (39 % zum 1. Juli 1992). Einen Beitragssatz, der mehr als 2 Prozentpunkte vom Durch-

schnittsbeitragssatz abwich, mußten am 1. Juli 1994 nur noch 4% aller Mitglieder in der allgemeinen Krankenversicherung entrichten (18% zum 1. Juli 1992).

Die Stabilisierung des Beitragssatzniveaus der GKV nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes, der leichte Rückgang des Beitragssatzniveaus seit Anfang 1994 und die Verringerung der Beitragssatzspanne sind insgesamt positiv zu bewerten und dokumentieren eindrucksvoll den finanziellen Erfolg des Gesundheitsstrukturgesetzes. Allerdings darf diese Entwicklung nicht darüber hinwegtäuschen, daß vorhandene Spielräume für Beitragssatzsenkungen bislang bei weitem nicht von allen Krankenkassen in adäquater Weise ausgeschöpft wurden. Bei der Beurteilung von aktuellen Spielräumen für weitere Beitragssatzsenkungen sind insbesondere die Ende 1993 vorhandenen Finanzreserven, die sich abzeichnende Finanzentwicklung des Jahres 1994 und die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu berücksichtigen. Unter Abwägung dieser Faktoren bleibt festzustellen, daß vor allem bei den Innungs- und Betriebskrankenkassen, aber auch bei den Arbeiter- und auch den Angestellten-Ersatzkassen vorhandene Möglichkeiten und z. T. auch Notwendigkeiten zu Beitragssatzsenkungen nicht genutzt wurden. Hierbei liegt die Vermutung nahe, daß die Entscheidungsträger bei einer Reihe von Krankenkassen im Hinblick auf die veränderte Wettbewerbssituation nach 1996 zielgerichtet hohe und zum Teil auch über die zulässigen Eigenmittelquoten hinausgehende Finanzpolster aufbauen. Hier sind zunächst die Vertreter der Arbeitnehmer und Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen gefordert, aktuelle Spielräume für Beitragssatzsenkungen im Interesse der Versicherten und der Arbeitgeber nicht hinauszuschieben und bereits jetzt zu nutzen. Außerdem stehen die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder in der Pflicht, Überschreitungen der zulässigen Eigenmittelquoten nicht zuzulassen und auf entsprechende Beitragssatzsenkungen der Krankenkassen hinzuwirken.

Neue Bundesländer

Auch in den neuen Bundesländern hat sich die finanzielle Situation nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes deutlich verbessert. Dem Defizit von rund 300 Mio. DM in 1992 stand ein Überschuß von rund 1,35 Mrd. DM im Jahr 1993 gegenüber. Allerdings verteilte sich dieses Finanzergebnis sehr ungleich auf die einzelnen Kassenarten (vgl. Tabelle 7). So erzielten die Angestellten-Ersatzkassen mit 512 Mio. DM, die Innungskrankenkassen mit 301 Mio. DM, die Betriebskrankenkassen mit 285 Mio. DM und auch die Bundesknappschaft mit 150 Mio. DM einen wesentlich höheren Überschuß als die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die als mitgliederstärkste Kassenart lediglich ein Einnahmeplus von insgesamt 49 Mio. DM erzielten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß im AOK-Bereich der geringe Überschuß im wesentlichen auf den positiven Finanzergebnissen der sächsischen AOKen beruht, während in den übrigen Ländern des Beitrittsge-

biets bei dieser Kassenart zumeist auch 1993 Defizite auftraten.

Das positive Finanzergebnis des Jahres 1993 resultiert auch in den neuen Bundesländern zu einem großen Teil darauf, daß der Anstieg der Leistungsausgaben deutlich hinter dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen zurückblieb. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Leistungsausgaben je Mitglied um 10,1% gestiegen; die beitragspflichtigen Einnahmen hingegen um 16,5%. Die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied lag damit deutlich oberhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit Anfang Februar 1993 geschätzten Steigerungsrate von 9,5%. Die unerwartet hohe Grundlohnsteigerung je Mitglied ist dabei offensichtlich auch durch eine Abwanderung von Beitragszahlern mit niedrigen Grundlöhnen in die Familienmitversicherung zu erklären. Von dieser Entwicklung sind insbesondere die Allgemeinen Ortskrankenkassen betroffen. Entsprechend sind auch die Grundlohnzuwächse je Mitglied wesentlich höher als die Grundlohnsteigerung insgesamt.

Eine isolierte Betrachtung der Steigerungsraten in den einzelnen Leistungsbereichen kann nur ein sehr eingeschränktes Bild über die tatsächliche Entwicklung vermitteln. Deshalb ist ein gleichzeitiger Blick auf den Vergleich der entsprechenden Ausgaben je Mitglied und je Versicherten zwischen neuen und alten Bundesländern hilfreich (vgl. Tabelle 31).

Der Niveauvergleich zwischen neuen und alten Bundesländern zeigt einerseits, daß das Verhältnis bei den Leistungsausgaben je Mitglied 1993 fast exakt der entsprechenden Quote bei den beitragspflichtigen Einnahmen entsprach. Starke Ausgabenanstiege etwa bei Heilmitteln, Kuren oder Krankengeld müssen vor dem Hintergrund des im Vergleich zu den alten Bundesländern immer noch sehr niedrigen Ausgabenniveaus gesehen werden. Andererseits kann ein starker Ausgabenrückgang etwa im Bereich Zahnersatz nicht darüber hinwegtäuschen, daß sich dieser Leistungsbereich im Vergleich von neuen zu alten Bundesländern nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau befindet. Problematisch erscheinen überproportionale Ausgabenanstiege insbesondere dann, wenn sie bereits von einem sehr hohen Ausgangsniveau erfolgen. Dies ist insbesondere im Hilfsmittelbereich aber auch bei den Fahrkosten erreicht, die wie in den alten Bundesländern nach wie vor einen Problembereich der Ausgabenentwicklung darstellen.

Auch in den neuen Bundesländern ergab sich nach dem positiven Finanzsaldo des Jahres 1993 im 1. Halbjahr 1994 erneut ein Überschuß in Höhe von rund 0,4 Mrd. DM. Bei diesem Überschuß ist allerdings zu berücksichtigen, daß das Beitragssatzniveau im 1. Halbjahr 1994 ca. 0,4 Prozentpunkte über dem entsprechenden Vorjahreswert liegt. Bei den nach Kassenarten differenzierten Finanzentwicklungen spielen neben den unterschiedlichen Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs auch differenzierte Beitragssatzanhebungen eine entscheidende Rolle (vgl. Tabellen 2 und 5).

Der Anstieg der Leistungsausgaben betrug im Beitrittsgebiet gegenüber dem Vorjahreszeitraum 18,6 %. Auch hier spielen statistische Basiseffekte aus dem 1. Halbjahr 1993 insbesondere durch starke Ausgabenrückgänge in den Leistungsbereichen Zahnersatz und Arzneimittel nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes eine entscheidende Rolle. Im Arzneimittelbereich muß darüber hinaus berücksichtigt werden, daß der den Kassen in den neuen Ländern zu gewährende Rechnungsabschlag auf Medikamente zum 1. Juli 1993 aufgehoben wurde. Eliminiert man die statistischen Verzerrungen des 1. Halbjahres 1993, so ergibt sich im Vergleich des 1. Halbjahres 1994 im 1. Halbjahr 1992 eine Steigerungsrate der Leistungsausgaben, die mit +30,3 % je Mitglied noch unterhalb der Steigerung der Grundlöhne mit 36,3 % lag (vgl. Tabelle 32).

Die beitragspflichtigen Einnahmen stiegen gegenüber dem 1. Halbjahr 1993 um 11,3 % und lagen damit über dem vom Bundesministerium für Gesundheit im Februar 1994 geschätzten und für die Budgetierungsbereiche relevanten Anstieg von 7,5 %. In der 2. Jahreshälfte ist mit einer weiteren Abflachung des Grundlohnanstiegs zu rechnen.

Ebenso wie bei der Betrachtung der Entwicklung des Jahres 1993 bedarf die nach Leistungsarten differenzierte Betrachtung der Steigerungsraten insofern einer Relativierung, als sie vor dem Hintergrund des Verhältnisses zum Ausgabeniveau in den alten Bundesländern gesehen werden muß (vgl. Tabelle 31).

Eine Prognose für die Finanzentwicklung der GKV für das Beitrittsgebiet im weiteren Verlauf des Jahres 1994 ist ungleich schwieriger als für die alten Bundesländer, zumal die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes eine Reihe von Ausnahmebestimmungen der Budgetierung für die neuen Bundesländer vorsehen. Noch unklar ist insbesondere, inwieweit die starke Abweichung der tatsächlichen von der geschätzten Grundlohnentwicklung 1993 zu Nachzahlungen in verschiedenen Leistungsbereichen führt. Andererseits gilt im Beitrittsgebiet 1994 erstmalig auch ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbartes Budget für Arznei- und Heilmittel, das in diesen Leistungsbereichen ein Ausgabenvolumen von maximal 6,9 Mrd. DM zuläßt.

Auch im Beitrittsgebiet hat die insgesamt günstige Finanzentwicklung des Jahres 1993 dazu geführt, daß die gesetzliche Krankenversicherung ihre Finanzreserven wieder deutlich aufstocken konnte. Während die Krankenkassen zum 31. Dezember 1992 in den neuen Bundesländern über Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe von knapp 2 Mrd. DM verfügten (dies entspricht dem 0,65fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben des Jahres 1992), so konnten diese Eigenmittel bis zum Jahresende 1993 auf rund 2,8 Mrd. DM (0,94 Monatsausgaben) aufgestockt werden.

Bei einer differenzierten Betrachtung der Vermögenssituation ergeben sich noch krassere Unterschiede bei einzelnen Kassenarten als in den alten Bundesländern (vgl. Tabelle 7). Dabei muß festgestellt werden, daß etwa bei den Innungskrankenkassen,

den Arbeiter-Ersatzkassen, der Bundesknappschaft und den Betriebskrankenkassen im Durchschnitt der jeweiligen Kassenart Ende 1993 Finanzmittel in einer Höhe aufgebaut waren, die den gesetzlich zulässigen Höchstwert von 1,5 Monatsausgaben zum Teil um ein Vielfaches überschritten. Auch die Angestellten-Ersatzkassen konnten ihre Finanzreserven gegenüber 1993 wieder auf das 1,1fache ihrer durchschnittlichen Monatsausgaben aufstocken, während die Allgemeinen Ortskrankenkassen im Beitrittsgebiet die Finanzreserven auch gegenüber dem Jahresende 1992 weiter reduzieren mußten. Ihre Betriebsmittel erreichten zum 31. Dezember 1993 lediglich einen Wert von 0,12 Monatsausgaben, wobei allerdings deutliche regionale Unterschiede bei dieser Kassenart (günstigere Finanzsituation in Sachsen gegenüber den übrigen neuen Ländern) erkennbar werden.

Im Beitrittsgebiet stellt sich die Vermögenssituation der gesetzlichen Krankenversicherung Ende 1993 so dar, daß bei einer Reihe von Kassenarten und einer Vielzahl von Einzelkassen außerhalb des AOK-Bereichs Finanzreserven vorhanden waren, die Beitragssatzsenkungen zwingend erforderlich machen.

Die Beitragssatzentwicklung des Jahres 1993 ist in den neuen Bundesländern im Unterschied zum früheren Bundesgebiet durch einen Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes gekennzeichnet. Während dieser Wert zum Jahresanfang 1993 noch bei 12,54 % lag, stieg er bis zum Jahresende 1993 auf 12,74 % und zum Jahresanfang 1994 auf 12,97 % an. Der Durchschnittswert des Jahres 1993 lag bei 12,62 %. Im Laufe des Jahres 1993 haben insbesondere der überwiegende Teil der Ortskrankenkassen, zum Jahresanfang 1994 die größeren Angestellten-Ersatzkassen ihren Beitragssatz angehoben, während sich bei den übrigen Kassenarten – wenn man von der kleineren See-Krankenkasse abieht – keine signifikanten Beitragssatzänderungen ergaben (vgl. Tabelle 2).

Bei dem Anstieg des Beitragssatzniveaus in den neuen Bundesländern ist einerseits zu berücksichtigen, daß der Durchschnittswert trotz des Anstiegs Mitte 1994 immer noch um ca. 0,2 Prozentpunkte unterhalb des Werts der alten Bundesländer lag. Andererseits erscheinen Beitragssatzsenkungen aufgrund überhöhter Finanzreserven insbesondere im Bereich der Innungskrankenkassen, der Arbeiter-Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Bundesknappschaft zwingend erforderlich. Hier sind bei z. T. krassen Überschreitungen der zulässigen Eigenmittelquoten die Aufsichtsbehörden gefordert, entsprechende Beitragssatzsenkungen zu veranlassen. Auch in den neuen Bundesländern dürfen Zahlungen in den Risikostrukturausgleich nicht als Alibi dienen, um Beitragssatzsenkungsmöglichkeiten ungenutzt zu lassen oder im Hinblick auf die erweiterte Wahlfreiheit der Versicherten hinauszuschieben. Erst Mitte des Jahres 1994 angekündigte oder vorgenommene Beitragssatzsenkungen deuten darauf hin, daß auch in den neuen Bundesländern allmählich Beitragssatzsenkungsspielräume genutzt werden.

V. Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung durch das Gesundheitsstrukturgesetz

Steigende Ausgaben und steigende Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit ihren gesundheits-, sozial- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen eine gefährliche Belastung der Arbeitnehmer und der Betriebe. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen durch den Aufbau der Wirtschafts- und Sozialordnung in den neuen Ländern und angesichts der schwierigen Konkurrenzsituation der deutschen Unternehmen im internationalen Wettbewerb. Steigende Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung führen zudem nicht nur zu geringeren Nettolöhnen der Arbeitnehmer, sondern mindern auch die niedrigeren jährlichen Rentenanpassungen.

Vor dem Hintergrund der dramatischen Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1991 und 1992 war deshalb der Gesetzgeber gefordert, wirksame Regelungen zu einer sofortigen Begrenzung der Ausgabenexplosion zu treffen und darüber hinaus wirksame strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der GKV einzuleiten.

Die dringende Notwendigkeit einer Strukturreform wurde von allen politischen Parteien gesehen; die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsfraktionen haben deshalb im Juni 1992 Eckpunkte für eine Reform der sozialen Krankenversicherung vereinbart. Im September 1992 hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesundheitsstrukturgesetzes und eines Dritten Gesetzes zur Änderung des SGB V in den Bundestag eingebracht (BT-Drucksachen 12/3209 und 12/3210) und der Fraktion der SPD die Erarbeitung eines gemeinsamen Reformkonzeptes vorgeschlagen. Nach intensiven Verhandlungen unter Beteiligung der Sozialminister der Länder wurden im Oktober 1992 mit den „Eckpunkten von Lahnstein“ die Grundzüge des Gesundheitsstrukturgesetzes auf der Basis eines parteiübergreifenden Konsenses vereinbart.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz, das nach der Verabschiedung durch den Gesetzgeber zum 1. Januar 1993 in Kraft treten konnte, werden notwendige Sofortmaßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze mit dauerhaft, d. h. mittel- und langfristig, wirksamen strukturellen Maßnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung verknüpft. Das Gesetz sah allein für das Jahr 1993 in der gesetzlichen Krankenversicherung finanzielle Entlastungen von rund 10,7 Mrd. DM vor. Zu diesen Entlastungen sollten die Leistungsanbieter ca. 8,2 Mrd. DM und die Versicherten ca. 2,5 Mrd. DM beitragen. Durch diese Verteilung der Belastungen wird u. a. der Tatsache Rechnung getragen, daß beim Gesundheits-Reformgesetz die Einsparungen überwiegend auf seiten der Versicherten zustande kamen, da durch die fehlende Umsetzung wichtiger Maßnahmen des Gesetzes auf seiten der Leistungserbringer Einsparpotentiale nicht ausgeschöpft wurden. Gleichzeitig wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz bezogen auf 1993 Mehrausgaben für Leistungsverbesserungen von ca. 0,6 Mrd. DM vorgesehen.

Eckpunkte des Gesundheitsstrukturgesetzes

Der zwingende Handlungsbedarf, insbesondere zur Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, erforderte eine Sofortbremsung der Ausgabenexplosion. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde deshalb sichergestellt, daß die Ausgaben in zentralen Leistungsbereichen in den Jahren 1993 bis 1995 nicht stärker steigen dürfen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen. Von dieser Regelung sind die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, stationäre Kuren und die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen betroffen. Ausgangsbasis für die Budgetierung sind – bis auf den Krankenhausbereich – die um die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1992 erhöhten Rechnungsergebnisse des Jahres 1991. Auf diese Weise wurde sichergestellt, daß die Ausgangsbasis für die Budgetierung nicht durch „Vorzieheffekte“ vor Inkrafttreten des Gesetzes künstlich erhöht wurde. Im Krankenhausbereich erfolgt die Budgetierung auf der Grundlage der für 1992 vereinbarten Budgets.

Die mögliche jährliche Anpassungsrate der budgetierten Größen, nämlich der geschätzte jährliche Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV, ist vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 270a SGB V bis zum 15. Februar eines jeden Jahres bekanntzumachen.

Neben diesen ausgabenbegrenzenden Regelungen kommen in den einzelnen Leistungsbereichen eine Vielzahl von strukturell wirksamen Maßnahmen zum Tragen, die die Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei den verschiedenen Gruppen der Leistungserbringer, den Krankenkassen und den Versicherten nachhaltig verbessern.

Krankenhaus

Der Krankenhausbereich, der beim Gesundheits-Reformgesetz weitgehend ausgeklammert wurde, wird grundlegend reformiert. Das bisher geltende Selbstkostendeckungsprinzip wird durch eine leistungsorientierte Vergütung mit Fallpauschalen und Sonderentgelten abgelöst. Das Selbstkostendeckungsprinzip sicherte den Krankenhäusern die prospektive Deckung der Kosten. Dies hat in der Praxis dazu geführt, daß teilweise auch Unwirtschaftlichkeit finanziert wurde. Mit seiner Aufhebung wird ein grundlegender Strukturfehler im Krankenhausbereich beseitigt.

Die Bundesregierung hat mittlerweile mit Zustimmung des Bundesrates die Bundespflegesatzverordnung entsprechend reformiert und damit die Voraussetzungen für die verbindliche Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten zum 1. Januar 1996 geschaffen. Krankenhäuser, die das neue Entgeltsystem bereits zum 1. Januar 1995 einführen, sind bereits 1995 von der Budgetierung entbunden.

Neben dieser einschneidenden Reform der Krankenhausfinanzierung sieht das Gesundheitsstrukturgesetz im stationären Sektor insbesondere folgende Maßnahmen vor:

- Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren,
- Einführung der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus,
- stärkere Beteiligung von liquidationsberechtigten Krankenhausärzten an den Kosten der Nutzung von Einrichtungen und Krankenhauspersonal,
- Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern unter Beteiligung von Bund, neuen Ländern und Krankenkassen (Bundesmittel in Höhe von insgesamt 7 Mrd. DM),
- Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für die Einrichtung von neuen Stellen im Pflegedienstbereich.

Insgesamt wird durch die vorübergehende feste Budgetierung der Krankenhausaussgaben und die parallel dazu entwickelten strukturellen Maßnahmen sichergestellt, daß im Krankenhausbereich als dem größten Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidende Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit, zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufnahmen sowie zum Abbau überhöhter Verweildauern geschaffen werden.

Ambulante ärztliche Versorgung

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde durch die Budgetierung der Gesamtvergütung der Vertragsärzte sichergestellt, daß Grundlohnüberschreitungen wie in den Jahren 1991 und 1992 ausbleiben. Für Maßnahmen der Prävention und ambulante Operationen wird jedoch zusätzlicher Vergütungsspielraum bereitgestellt. In den neuen Bundesländern wird bei der Budgetierung durch eine veränderte Ausgangsbasis und die Berücksichtigung von Zuwachskomponenten für gestiegene Arztlizenzen den dortigen Besonderheiten Rechnung getragen.

Mit den Regelungen zur Begrenzung der Zahl der zugelassenen Vertragsärzte werden Tendenzen zu einer Überversorgung abgebaut, die durch die ständig steigenden Arztlizenzen in den letzten Jahren zu einem erheblichen Kostendruck für die gesetzliche Krankenversicherung und bei zunehmender Konkurrenz unter den Ärzten, insbesondere zu Mengenexpansionen, bei den veranlaßten Leistungen geführt haben.

Über diese Regelungen hinaus sollen Fehlentwicklungen zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung korrigiert werden und gerechtere Vergütungsformen und Umstrukturierungen durch die Selbstverwaltung im Honorarbereich erfolgen. Internisten und Kinderärzte müssen zukünftig wählen, ob sie als Gebietsarzt oder als Hausarzt praktizieren wollen.

Ambulante zahnärztliche Versorgung

Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wird wie bei der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Budgetierung der konservierend-chirurgischen Zahnbehandlung eine Grundlohnorientierung in den Jahren 1993 bis 1995 gewährleistet.

Um bestehende Überversorgungen im Zahnersatzbereich abzubauen und gleichzeitig verbesserte Anreize zur Zahnerhaltung und Prophylaxe einzuführen, wurden die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung 1993 sowie die Preise für zahntechnische Leistungen dauerhaft um 10 % bzw. 5 % abgesenkt. Der Leistungsumfang der Krankenkassen bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung wurde auf das zahnmedizinisch Notwendige eingegrenzt.

Gleichzeitig wurden eine verbesserte Qualitätssicherung durch verlängerte Gewährleistungen für Füllungen und Zahnersatz sowie Maßnahmen zur verbesserten Individual- und Gruppenprophylaxe eingeführt.

Arzneimittelversorgung

Zur Begrenzung der Ausgabenexpansion und Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelsektor wurden eine Vielzahl preis- und mengensteuernder Maßnahmen eingeführt:

- Für das Jahr 1993 wurde in den alten Bundesländern ein mit Hilfe verschiedener Berechnungskriterien ermitteltes Arzneimittelbudget festgelegt, das ein maximales Verordnungsvolumen in der Größenordnung des Jahres 1991 zuließ, bei dessen Überschreitung Ärzte und Pharmazeutische Industrie Ausgleichszahlungen hätten leisten müssen. In den neuen Bundesländern wurde diese Budgetierung erst ab 1994 wirksam. Der Gesetzgeber räumt den Vertragspartnern die Möglichkeit der Ablösung des Arzneimittelbudgets durch wirksame Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufgrund von Richtgrößen für die ärztliche Verordnung von Medikamenten ein.
- Die Bildung von Festbeträgen für die Stufen 2 und 3 wurden mit dem Ziel erleichtert, 70 % bis 80 % des GKV-Marktes abzudecken. Für Arzneimittel ohne Festbetrag wurden die Herstellerabgabepreise zum 1. Januar 1993 bis einschließlich 31. Dezember 1994 um 5 % (nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: 2 %) abgesenkt.
- Mit Hilfe eines Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung“, das sich aus unabhängigen Sachverständigen zusammensetzt, soll bis Ende 1995 durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel erarbeitet werden.
- Für die Versicherten wurde eine gestaffelte Zuzahlung (3 DM, 5 DM, 7 DM für jedes verordnete Arzneimittel) eingeführt, die sich 1993 am Preis und ab 1994 an der Verordnungsmenge orientiert.

Durch Härtefallregelungen werden die Bezieher niedriger Einkommen von Zuzahlungen befreit.

Gleichzeitig bleibt eine unzumutbare finanzielle Belastung chronisch Erkrankter ausgeschlossen.

Heil- und Hilfsmittel

Im Bereich der Heilmittelversorgung (physikalisch-therapeutische Leistungen wie Krankengymnastik, Bäder und Massagen u. a.) finden die im Arzneimittelbereich vorgesehenen Regelungen einer Budgetierung sowie die Einführung von Richtgrößen für entsprechende ärztliche Verordnungen mit bestimmten Modifikationen ebenfalls Anwendung.

Im Hilfsmittelbereich (Sehhilfen, Hörhilfen, orthopädische Hilfsmittel u. a.) soll die bereits begonnene Umsetzung des Festbetragskonzepts grundsätzlich fortgesetzt werden. Hierzu können Krankenkassen und Ärzte die Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die zum Festbetrag anbieten, informieren.

Preissteigerungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel dürfen in den Jahren 1993 bis 1995 nicht über den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehen.

Kuren

Die Ausgaben für stationäre Kuren (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationskuren sowie Maßnahmen der Anschlußheilbehandlung) dürfen in den Jahren 1993 bis 1995 nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Die Ausgaben für ambulante Kuren und Ausgaben für Mütterkuren bleiben von diesen Maßnahmen unberührt.

Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

Ebenso wie zentrale Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie die Ausgaben des Medizinischen Dienstes in den Jahren 1993 bis 1995 budgetiert. In diesem Zeitraum dürfen die entsprechenden Ausgaben nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten.

Sonstige Maßnahmen

Neben den spezifischen auf die einzelnen Ausgabenbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichteten Maßnahmen enthält das Gesundheitsstrukturgesetz eine Vielzahl von Regelungen, die die Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern, zu mehr Beitragsgerechtigkeit führen oder über die Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit in der GKV beitragen. Hierzu zählen u. a.:

- die flächendeckende Einführung der Krankenversichertenkarte bis zum 1. Januar 1995 und die verbesserten Voraussetzungen zur Information der Versicherten über in Anspruch genommene Leistungen und die damit verbundenen Kosten;
- die Einbeziehung von Versorgungsbezügen und sonstigen Einkommen bei der Beitragsbemessung

für freiwillig Versicherte im Ruhestand (mit einer Übergangsregelung);

- die Einführung einer Mindestbeitragsbemessungsgrenze für krankenversicherte Selbständige.

Organisationsreform der GKV

Zentraler Bestandteil des Gesundheitsstrukturgesetzes ist die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, die für alle Versicherten eine umfassende Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Krankenkassen schafft und mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs die Voraussetzungen für Chancengleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen um die Gunst der Versicherten herstellt. Damit werden gleichzeitig die extremen Beitragssatzunterschiede (vgl. Abschnitte B.II und B.IV), die ihre Ursache in den unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen finden und die nicht auf der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Versicherungsträger beruhen, abgebaut.

Die bisherigen Unterschiede in den Kassenwahlrechten von Arbeitern und Angestellten in der GKV werden nach einer Übergangsfrist grundsätzlich beseitigt. Die bestehende Mitgliederkreisbeschränkung der Krankenkassen wird mit Ablauf des 31. Dezember 1995 aufgehoben, soweit nicht spezifische Organisationsmerkmale der historisch gewachsenen Gliederung der GKV auch zukünftig Berücksichtigung finden. Diese Neuregelung der Kassenwahlrechte soll dazu führen, daß ab 1996 innerhalb der GKV zu den Krankenkassen (insbesondere Orts- und Ersatzkrankenkassen), die derzeit bereits mehr als 80 % aller Mitglieder der GKV versichern, freies Wahlrecht bei Kontrahierungszwang der Kasse besteht.

Im Vorfeld sollen mit der Einführung des bundesweiten kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs die Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen neu geordnet und damit die Voraussetzungen für Chancengleichheit geschaffen werden. Im Rahmen des Risikostrukturausgleichs werden die Faktoren beitragspflichtige Einnahmen, mit-versicherte Familienangehörige sowie alters- und geschlechtsbedingte Belastungsfaktoren der Versicherten berücksichtigt. Der Risikostrukturausgleich wird seit 1. Januar 1994 zunächst in der allgemeinen Krankenversicherung und ab 1. Januar 1995 unter Ein-schluß der Krankenversicherung der Rentner durchgeführt. Dabei erfolgt eine getrennte Durchführung für die alten und neuen Länder, wobei Berlin ab 1995 in den Risikostrukturausgleich des alten Bundesgebietes einbezogen ist.

Mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs wurden nicht nur die Voraussetzungen für Chancengleichheit unter den Krankenkassen, sondern gleichzeitig auch entscheidende Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen geschaffen. Insbesondere die Abschaffung des ausgabenorientierten und auf Unwirtschaftlichkeit ausgerichteten Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner durch den Risikostrukturausgleich leistet hierzu einen wichtigen Beitrag.

Überdies schaffen die im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehenen verbesserten Möglichkeiten für die Zusammenschlüsse von Krankenkassen die Voraussetzung für mehr Wirtschaftlichkeit und die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der beteiligten Kassen. Fusionen kleinerer Krankenkassen können durch Synergieeffekte Wirtschaftlichkeitsreserven bei den beteiligten Krankenkassen mobilisieren und zugleich Beitragssatzunterschiede im Fusionsbereich abbauen.

Bisherige Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Entscheidende Voraussetzung für die Begrenzung der Ausgabenentwicklung und die Stabilisierung der Beitragssätze war die zügige Umsetzung der Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes ab dem 1. Januar 1993. Neben den Regelungen, die unmittelbar zum 1. Januar 1993 in Kraft traten, gab es dabei eine Vielzahl von Aufträgen an die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer sowie an den Verordnungsgeber. Die wichtigsten, bislang erfolgten, ausgaben- und beitragsatzwirksamen Umsetzungsschritte werden im folgenden aufgeführt:

Umsetzung der Budgetierungen in den einzelnen Leistungsbereichen

Alte Bundesländer

Erste zuverlässigere Aussagen über die Umsetzung der Budgetierungen in den einzelnen Ausgabenbereichen lassen sich anhand der Jahresrechnungsergebnisse des Jahres 1993 treffen. Für das Jahr 1994 liegen zum Berichtszeitpunkt lediglich die vorläufigen Finanzschätzungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1994 vor, die erste Trends, jedoch keine zuverlässigen Aussagen über die konkrete Einhaltung der Budgetierungen eröffnen. Entscheidend ist, daß auch für den Budgetierungszeitraum 1994 und 1995 durch die Vertragspartner und die zuständigen Aufsichtsbehörden eine Begrenzung der möglichen Ausgabenentwicklung auf den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen sicherzustellen ist.

In den Budgetierungsbereichen ambulante ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, stationäre Kuren und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, deren mögliche Steigerungsraten sich nach den tatsächlichen Ausgaben des Jahres 1991 und dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 1992 richtete, ergab sich 1993 gegenüber dem Ausgangsniveau von 1991 rechnerisch ein maximal zulässiger Steigerungswert je Mitglied von 9,3 % (durch Multiplikation der Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen von 5,1 % in 1992 und 4,0 % in 1993). Unter Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgabenentwicklung des Jahres 1992 ergibt sich bei einem bundesweiten Budgetvergleich, daß der vom Gesetzgeber gesteckte Rahmen weitgehend eingehalten wurde (vgl. Tabelle 33).

Aus der Übersicht ergibt sich für die ambulante ärztliche Behandlung auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse des Jahres 1993 zwar eine geringfügige Budgetüberschreitung von 0,3 Prozentpunk-

ten, der jedoch eine Budgetunterschreitung bei den präventiven ärztlichen Leistungen gegenübersteht. Hier hatte der Gesetzgeber im Rahmen der Budgetierungsregelungen ebenso wie bei ambulanten Operationen über den Grundlohnanstieg hinausgehende, zusätzliche Steigerungsmöglichkeiten eröffnet. Bundesweit kann für den Bereich der ärztlichen Behandlung durchaus von einer Budgeteinhaltung gesprochen werden.

Der Bereich der zahnärztlichen Behandlung (ohne Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung) ist nach den vorliegenden Jahresrechnungsergebnissen von einer Budgetüberschreitung von rund 1,4 % gekennzeichnet. Bei der zahnärztlichen Behandlung resultiert die Überschreitung eindeutig aus der Expansion der bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführten Leistungen der Individualprophylaxe für 12- bis 20jährige Versicherte (Steigerungsraten in 1993 je Mitglied: +145 %), die im Gegensatz zu den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz neu eingeführten Prophylaxeleistungen in die Budgetierung einbezogen sind.

Auch bei den stationären Kuren ist bundesweit eine Budgetüberschreitung von 1,4 % je Mitglied festzustellen. Bei den Kuren liegt die Budgetüberschreitung hauptsächlich an den hohen Zuwachsraten der Anschlußheilbehandlung.

Eine Budgetunterschreitung ist bei den Bruttoverwaltungskosten festzustellen, die 1993 bundesweit um rund 1,2 % unter den aufgrund der Budgetregelungen zulässigen Werten lagen.

Die aufgrund der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegenden Jahresrechnungsergebnisse in den einzelnen Budgetierungsbereichen können nur Anhaltspunkte, nicht jedoch Auskunft über die konkrete Einhaltung der Budgetierungsregelungen in den einzelnen Leistungsbereichen vermitteln. Zum einen sind gewisse Ausnahmetatbestände wie z. B. erhöhte Steigerungsmöglichkeiten für ambulantes Operieren in der Statistik der GKV für 1993 noch nicht erfaßbar. Zum anderen handelt es sich bei den im Budgetvergleich errechneten möglichen Veränderungsraten lediglich um Durchschnittswerte für die alten Länder. Die möglichen Veränderungsraten in den einzelnen regionalen Vertragsbereichen bzw. bei den einzelnen Krankenkassen können sich jedoch davon unterscheiden. Die Kontrolle der Budgeteinhaltung obliegt deshalb den zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder. Ihnen sind einerseits die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vorzulegen. Andererseits haben sie die Verträge auf Beachtung des geltenden Rechts, insbesondere der Vorschriften zur Begrenzung des Preis- und Gebührenerhöhungs zu überprüfen und bei Verstoß zu beanstanden. Ebenso obliegt den Aufsichtsbehörden die Kontrolle der Haushaltsführung der Krankenkassen in den Budgetierungsbereichen (stationäre Kuren und Verwaltungsausgaben), in denen die Ausgabenentwicklung nicht durch vertragliche Vereinbarungen von Krankenkassen und Leistungserbringern, sondern durch die Entscheidungen der Krankenkassen geprägt sind. Die Aufsichtsbehörden haben die

entsprechenden Verträge überprüft und in zahlreichen Fällen beanstandet. Sofern sich im Jahr 1993 Budgetüberschreitungen ergeben haben, sind diese in den Folgejahren durch entsprechend geringere Steigerungsmöglichkeiten auszugleichen.

Im Krankenhausbereich sind im Unterschied zu den übrigen Leistungsbereichen die frei und unter Selbstkostenbedingungen prospektiv vereinbarten Budgets der Krankenhäuser für das Jahr 1992 die Ausgangsbasis für die Budgetierung. Sie wird in den Jahren 1993 bis 1995 jeweils um den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied erhöht. Darüber hinaus können folgende Kostentatbestände berücksichtigt werden:

- Ausgabensteigerungen, die auf die Umsetzung der neuen Pflege-Personalregelung, die Psychiatrie-Personalverordnung und die Empfehlung der Selbstverwaltung zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern zurückzuführen sind,
- Mehrkosten aufgrund neuer krankenhausspezifischer Rechtsvorschriften,
- höhere Ausgaben infolge von Veränderungen des Leistungsangebots des Krankenhauses, wenn diese nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes erfolgen,
- lineare und strukturelle Erhöhungen des BAT, wenn diese über den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hinausgehen.

Da sich die Budgetierung der Krankenhäuser nicht an den Jahresrechnungsergebnissen der Krankenkassen und den dort ausgewiesenen Ausgaben für stationäre Behandlung orientiert, ist auch ein Budgetvergleich anhand der GKV-Statistik nicht möglich. Der Ausgabenanstieg für stationäre Krankenhausbehandlung weist in den alten Bundesländern 1993 einen Zuwachs von 5,6% (je Mitglied 5,0%) und in den neuen Bundesländern von 12,0% (je Mitglied 14,0%) aus. Da die zunächst als Orientierungsgröße für die Budgetabschlüsse herangezogene Schätzung der Steigerungsrate von 3,1% in den alten und 9,5% in den neuen Bundesländern deutlich unter den amtlich festgestellten endgültigen Steigerungsraten von 4,0% in den alten und 16,5% in den neuen Bundesländern liegen, ergeben sich für den Bereich der Krankenhausversorgung Nachzahlungen. Die gesetzliche Regelung sieht allerdings vor, daß diese Ausgleichs erst mit den Budgets für 1995 verrechnet werden.

Nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen über das Leistungsgeschehen im stationären Sektor ist die Verweildauer deutlich zurückgegangen. Dem steht ein im Durchschnitt nur moderater Anstieg der Fallzahlen gegenüber, so daß die Belegungstage der Krankenhäuser im Jahr 1993 in aller Regel rückläufig waren. Die Vorgabe fester Budgets hat Anreize geschaffen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, was zunächst für die Krankenhäuser von Vorteil ist, dauerhaft aber zur Dämpfung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im stationären Sektor beitragen wird.

Budgetierung von Arznei- und Heilmitteln

Das Arzneimittelbudget ermöglichte 1993 in den alten Bundesländern ein Verordnungsvolumen von rund 24 Mrd. DM zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dem Budget stand somit für 1993 ein um ca. 3 Mrd. DM geringerer Betrag als 1992 zur Verfügung. Dabei muß beachtet werden, daß aufgrund der erhöhten Zuzahlung der Versicherten seit dem 1. Januar 1993 und der Preisabsenkung bei Arzneimitteln im Nicht-Festbetragsbereich und aufgrund der Festsetzung weiterer Festbeträge mit einem Ausgabenvolumen der Krankenkassen von 24 Mrd. DM 1993 etwa genau so viele Arzneimittel finanziert werden konnten, wie mit einem Ausgabenvolumen von 26 Mrd. DM im Jahr 1992. D. h. gegenüber 1992 mußte effektiv ein Einsparvolumen von ca. 1 Mrd. DM durch eine wirtschaftlichere Verordnungsweise der Ärzte sichergestellt werden.

Nach den Jahresrechnungsergebnissen der GKV für das Jahr 1993 lagen die Arzneimittelausgaben mit ca. 21,6 Mrd. DM um mehr als 2 Mrd. DM unterhalb der Budgetmarge. Die Budgetunterschreitung hat keineswegs zu einer qualitativen Einschränkung der Arzneimittelversorgung geführt. Das veränderte Verordnungsverhalten der Ärzte im Jahr 1993 findet seinen Niederschlag nach den Erkenntnissen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) in

- einer Verringerung der Zahl der Verordnungen um -9%,
- dem Einsatz preiswerter qualitativ gleichwertiger Arzneimittel (Generika bzw. Arzneimittel, deren Preise unter den Festbeträgen liegen),
- durch konsequentere Einhaltung des bereits seit Jahren bestehenden Ausschlusses bestimmter (z.B. unwirtschaftlicher) Arzneimittel aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen,
- durch eine kritische Bewertung von Arzneimitteln mit ungesicherten Wirkungen (z. B. waren von den Verordnungsrückgängen durchblutungsfördernde Mittel mit -26% oder Venentherapeutika mit -32% am stärksten betroffen),
- im Unterschied dazu stiegen die Verordnungen in den Indikationsgruppen wie Antibiotika/Chemotherapeutika (4 %) oder Antidiabetika (7 %).

Diese Daten lassen darauf schließen, daß die Ärzte die Einsparungen bei der Verordnung von Arzneimitteln in medizinisch verantwortlicher Weise vornehmen.

In den neuen Bundesländern gilt die Budgetierung erstmals ab dem Jahr 1994 auf Grundlage der verdoppelten Ausgaben des 1. Halbjahres 1992. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Vertragsärzte hat die zur Umsetzung erforderlichen Vereinbarungen abgeschlossen.

Für die alten Bundesländer sollen nach dem Willen der Selbstverwaltung Arznei- und Heilmittelbudgets für 1994 entsprechend der Budgethöhe des Vorjahres gelten.

Das Heilmittelbudget (Bäder, Massagen, Krankengymnastik, sonstige Heilmittel) ermöglichte in den alten Bundesländern 1993 ein Ausgabenvolumen von rund 3,9 Mrd. DM. Dieses Budgetvolumen wurde nach den vorliegenden Jahresrechnungsergebnissen um 0,2 Mrd. DM unterschritten. Auch im Heilmittelsektor zeigten die differenzierten Veränderungsraten in den einzelnen Leistungsbereichen den Trend zu einem stärker an den therapeutischen Notwendigkeiten ausgerichteten Ordnungsverhalten. So verteilten sich die Rückgänge der Heilmittelausgaben je Mitglied von insgesamt -6,6% sehr unterschiedlich: Die Ausgaben für medizinische Badebetriebe gingen um -22,4% und für Massagen um -20,0% zurück, dagegen stiegen die Ausgaben für Krankengymnasten mit + 7,8% und der sonstigen Heilmittelerbringer (Logopäden, Ergotherapeuten etc.) sogar um +16,6% an (vgl. Tabellen 21 bis 25).

Budgetierung in den neuen Bundesländern

Erstmals läßt sich auch für die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern eine Aussage über die Entwicklung in den durch die Grundlohnorientierung gekennzeichneten Budgetierungsbereichen treffen, die allerdings durch zahlreiche Ausnahmeregelungen erschwert wird. So basiert etwa die Budgetierung bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung auf den verdoppelten Halbjahreswerten des Jahres 1992. Darüber hinaus kommen hier Zuschlagsfaktoren bei Ärzten und die Bereinigung einer überproportionalen Mengenentwicklung bei Zahnärzten zum Tragen. Auch bei der Budgetierung der Verwaltungskosten finden zahlreiche, zwischen den Aufsichtsbehörden der neuen Länder und dem Bundesversicherungsamt vereinbarte Ausnahmetatbestände Anwendung. Schließlich ermöglicht die Budgetierung der stationären Kuren im Beitrittsgebiet über den Grundlohnanstieg hinausgehende Steigerungsraten, solange das Verhältnis der Ausgaben je Mitglied im Vergleich zu den alten Bundesländern unterhalb des Verhältnisses der jeweiligen Bezugsgrößen bleibt.

Der Tabelle 34 lassen sich mit gewissen Vorbehalten Aussagen über die Budgeteinhaltung entnehmen. Daraus wären bei Ärzten Budgetunterschreitungen, bei Zahnärzten und Verwaltungsausgaben Budgetüberschreitungen abzuleiten.

Weitere beitragsatz- und ausgabenstabilisierende Umsetzungsschritte

Neben den Budgetierungen in den einzelnen Leistungsbereichen sind durch die Selbstverwaltung und den Ordnungsgeber eine Vielzahl weiterer struktureller Maßnahmen umgesetzt worden, die vor allem mittelfristig zur Ausgabenbegrenzung und damit zur Beitragsatzstabilisierung sowie auch zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen beitragen. Bis Mitte 1994 wurden insbesondere folgende Regelungen umgesetzt:

Begrenzung der Arztzahlen

Die gesetzlichen Vorgaben der verschärften Bedarfsplanung wurden von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen durch den Erlass der Bedarfsplanungsrichtlinien umgesetzt.

In den Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen werden die Stadt- und Landkreise zu Planungsgebieten bestimmt. Es werden für insgesamt zwölf Arztgruppen Verhältniszahlen für das bedarfsgerechte Arzt-Einwohner-Verhältnis bestimmt. Die Verhältniszahlen werden dann nochmals nach Kriterien wie Bevölkerungsdichte und Infrastruktur für verschiedene Kreistypen differenziert. Wird die nach den Richtlinien ermittelte Verhältniszahl von Arzt zu Einwohnern überschritten, ist das Planungsgebiet überversorgt. Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ordnet dann eine Zulassungsbeschränkung an.

Die Richtlinien enthalten auch Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsätze, wenn dies aus Qualitätsgründen erforderlich ist.

Derzeit sind noch etwa 40% aller Planungsgebiete für weitere Zulassungen offen.

Ambulante ärztliche Versorgung

Die Selbstverwaltung hat zum 31. März 1993 einen Katalog aller ambulant durchführbaren Operationen erstellt, welche von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern unter gleichen Bedingungen im Hinblick auf die Vergütung und Qualitätssicherung erbracht werden können. Der Katalog ist, ebenso wie die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegten Bewertungen der ambulanten Operationen zum 1. Januar 1994 überarbeitet worden. Die Neuregelung ist zum 1. Januar 1994 in Kraft getreten. Zur Qualitätssicherung bei diesen Leistungen hat die Selbstverwaltung eine weitere Vereinbarung geschlossen, die zum 1. Oktober 1994 wirksam werden soll.

Als ersten Schritt zur Umsetzung der vom Gesundheitsstrukturgesetz vorgeschriebenen hausärztlichen Grundvergütung hat die Selbstverwaltung eine pauschale hausärztliche Vergütung in Höhe von 45 Punkten je Quartal und je ambulant-kurativem Behandlungsfall in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel wurden durch eine Neuordnung der Laborleistungen aufgebracht. Danach steht der Arztpraxis für eine bestimmte Gruppe von Laborleistungen ein Praxisbudget als Höchstbetrag für die Summe der Behandlungsfälle je Quartal zur Verfügung. Die Neuregelung ist zum 1. April 1994 in Kraft getreten.

Arzneimittelversorgung

Im Bereich der Arzneimittelversorgung hat es seit Anfang 1993 eine Reihe von Regelungen zur Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes gegeben: Die Selbstverwaltung hat auf regionaler Ebene unterschiedliche flankierende Maßnahmen zur Einhaltung

des Arzneimittelbudgets ergriffen, wie z. B. statistische Frühinformationen zur Budgeteinhaltung oder Regelungen zur Beratung und Prüfung von Ärzten mit auffälligem Ordnungsverhalten.

Die Erfassung der Verordnungskosten kann wesentlich vereinfacht werden durch eine elektronische Rezeptbedruckung mit Hilfe der Pharmazentralnummer. Die Auftragung der Pharmazentralnummer muß spätestens ab dem 1. Januar 1995 in der Apotheke maschinenlesbar erfolgen. Apotheker und Krankenkassen verhandeln derzeit noch über eine Umsetzungsvereinbarung. Neue Rezeptvordrucke für das maschinelle Verfahren werden schrittweise bis Ende 1994 eingeführt.

Für die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern galt vom 1. April 1991 bis zum 31. Dezember 1993 ein Rechnungsabschlag auf die in der ambulanten Versorgung verordneten Arzneimittel. Durch die Regelung sollte sichergestellt werden, daß die Krankenkassen für Arzneimittelausgaben von mehr als 15,6% der Beitragseinnahmen einen Deckungsbeitrag durch Rabatte der Leistungserbringer erhalten. Die Höhe der Rabatte wurde auf Grundlage von Vorausschätzungen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung, die mit den Leistungsanbietern abgestimmt worden sind, insgesamt dreimal angepaßt. Zum 1. Januar 1993 wurden die Abschläge um 2 Prozentpunkte ermäßigt und zum 1. Juli 1993 zunächst für vier Monate, im Oktober 1993 für die Restlaufzeit ausgesetzt.

Die Versichertenanzahlung für Arzneimittel wurde Anfang 1994 von einer preis- auf eine mengenabhängige Zuzahlung umgestellt. Die entsprechende Verordnung über die Zuzahlung bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ist am 9. September 1993 erlassen worden und am 1. Januar 1994 in Kraft getreten. Sie regelt die Versichertenanzahlung für zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Arznei- und Verbandmittel in Abhängigkeit von der Packungsgröße.

Aufgrund der am 7. April 1993 erlassenen Verordnung über die Tätigkeit des Institutes „Arzneimittel in Krankenversicherung“ hat dieses Gremium die Arbeit an der Übersicht der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen Arzneimittel nach § 34a SGB V im September 1993 aufgenommen. Die entsprechende Rechtsverordnung ist erstmals bis zum 31. Dezember 1995 zu erlassen.

Auch die Umsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel ist seit Anfang 1993 weiter fortgeschritten. Der Umsetzungsgrad der Festbeträge gemessen am Umsatz, bezogen auf das Basisjahr 1989 beträgt am 1. Juli 1994 ca. 60%. Dem entsprechen 14 140 Fertig-arzneimittelpackungen mit 141 Wirkstoffen nach Stufe 1, 18 Wirkstoffgruppen nach Stufe 2 und sieben Wirkstoffkombinationen nach Stufe 3. Der Umsatz der mit Festbeträgen ausgestatteten Arzneimittel beträgt zu dem o. g. Zeitpunkt ca. 12,1 Mrd. DM.

Der am 10. März 1993 zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband geschlossene Rahmenver-

trag über die Arzneimittelversorgung ist am 1. Juli 1993 in Kraft getreten. Er regelt insbesondere die Abgabe von preisgünstigen Arzneimitteln in den Fällen, in denen der Arzt unter einer Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches durch den Apotheker zugelassen hat. Gegenstand des Vertrages sind weiterhin die Abgabe von Re-Importen und die Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen sowie die Angabe des Apothekenabgabepreises auf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimitteln.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat am 31. August 1993 eine Neufassung der Arzneimittelrichtlinien beschlossen. Sie ist am 1. Januar 1994 in Kraft getreten und gibt den Vertragsärzten Hinweise der wirtschaftlichen und an den therapeutischen Notwendigkeiten ausgerichteten Verordnung von Arzneimitteln.

Krankenhausversorgung

Im Bereich der Krankenhausversorgung wurden entscheidende Weichenstellungen für leistungsbezogene Entgelte und damit eine wirtschaftlichere Leistungserbringung vorgenommen. Die Bundesregierung hat nach Zustimmung des Bundesrates die Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts im Juli 1994 endgültig verabschiedet.

Mit der Bundespflegesatzverordnung 1995 wird die vom Gesundheitsstrukturgesetz vorgegebene Wende in der Finanzierung von Krankenhausleistungen vollzogen. Das neue Pflegesatzrecht löst das unwirtschaftliche Selbstkostendeckungsprinzip ab und hebt die gedeckelte Budgetierung im Krankenhausbereich ab 1996 auf. Anstelle des bisherigen vollpauschalierten Pflegesatzes werden leistungsorientierte Entgelte eingeführt. Die Krankenhäuser können in Zukunft Gewinne erwirtschaften, ohne daß dies automatisch zu Budgetkürzungen im Folgejahr führt. Entscheidend ist, daß die Kosten dort transparent gemacht werden, wo sie entstehen. Damit werden Grundvoraussetzungen für mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit geschaffen.

Das Herzstück des neuen Systems sind die Fallpauschalen und Sonderentgelte. Es werden 40 Fallpauschalpositionen für 26 Krankheitsarten und 104 Sonderentgelte eingeführt. Fallpauschalen umfassen die gesamte Krankenhausbehandlung des Patienten, Sonderentgelte nur die medizinischen Hauptleistungen (Operationen). Für diese Entgelte werden bundesweit Bewertungsrelationen (Punktzahlen) vorgegeben. Die Kalkulation der Punktwerte erfolgte auf der Basis von Erhebungen in Krankenhäusern und unter Zugrundelegung von Pauschalsätzen. Dabei wurde unter anderem eine erwartete Verweildauersenkung in Höhe von 15% eingerechnet. Die durch das Selbstkostendeckungsprinzip verfälschten und z. T. überhöhten Kostenstrukturen wurden aufgrund einer Durchschnittsbildung bei der Ermittlung der Entgelte nicht übernommen. Die Höhe der Entgelte wird mit Hilfe eines Punktwertes, den die Verbände der Krankenhäuser und Krankenkassen auf Landesebene vereinbaren, bestimmt. Durch die neuen Fall-

pauschalen und Sonderentgelte und damit über landesweit einheitliche Entgelte dürften ca. 20 bis 30 % der Krankenhausleistungen in Zukunft finanziert werden.

Für die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte erfaßten Leistungen wird – wie bisher – ein krankenhausindividuelles Budget verhandelt, allerdings nicht mehr auf der Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips. Als Abschlagszahlungen auf dieses Budget werden Abteilungspflegesätze für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie ein Basispflegesatz für die nicht-medizinischen Leistungen einschließlich Unterkunft und Verpflegung zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen anstelle des bisherigen pauschalen Pflegesatzes vereinbart. Die Abteilungspflegesätze werden zu mehr Kostentransparenz und zu mehr Kostenverantwortlichkeit der Abteilungen führen. Die Bündelung der abteilungsspezifischen Kosten in einem Pflegesatz wird – wie die Fallpauschalen und Sonderentgelte – entscheidende Impulse zur weiteren Senkung der Kosten und zur Verkürzung der Verweildauer geben.

Das neue Pflegesatzrecht tritt für die Krankenhäuser, die schon mit Beginn des Jahres 1995 damit arbeiten wollen, zum 1. Januar 1995 in Kraft. Ab 1. Januar 1996 müssen alle Krankenhäuser das neue Entgeltsystem einführen.

Organisationsreform

Im Jahr 1993 wurden die organisatorischen Vorbereitungen zur fristgerechten Umsetzung des Risikostrukturausgleichs getroffen und in einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit das Verfahren geregelt. Seit dem 1. Januar 1994 wird der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen in der allgemeinen Krankenversicherung durchgeführt. Krankenkassen, die aufgrund der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder, der Zahl der Familienversicherten und des Alters oder Geschlechts der Versicherten ungünstige Risikostrukturen haben, erhalten zu Lasten von Krankenkassen mit günstigeren Versichertenstrukturen Ausgleichsleistungen. Vor allem Orts- und Innungskrankenkassen sowie die Bundesknappschaft werden dadurch im Durchschnitt finanziell entlastet und Betriebskrankenkassen und einige Ersatzkassen belastet.

Die Neuregelung des Gesundheitsstrukturgesetzes zur Vereinigung von Krankenkassen (§ 145 SGB V) haben bereits kurz nach ihrem Inkrafttreten erhebliche Wirkungen ausgelöst: Die Zahl der Ortskrankenkassen hat sich von 269 im Januar 1993 auf 94 im Juli 1994 erheblich verringert. In Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen wurden AOK-Zusammenschlüsse auf Landes- oder Landesverbandsebene durchgeführt. Weitere Vereinigungen sind auch bei Innungskrankenkassen zu erwarten. Bereits jetzt wird deutlich, daß die Ziele der Neuregelung schneller als erwartet erreicht und die Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit zahlreicher Krankenkassen spürbar verbessert werden.

Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz

Das Gesundheitsstrukturgesetz sieht vor, daß die Abrechnung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ab dem 1. Januar 1995 maschinenlesbar erfolgt. Hierbei sind auch Verfahren zum Datenträgeraustausch vorgesehen. Hierdurch soll die Leistungsabrechnung vereinfacht und die Kosten- und Leistungstransparenz verbessert werden. Die damit verbundenen Verfahren sind datenschutzrechtlich abgesichert. Umsetzungsvereinbarungen werden von der Selbstverwaltung derzeit vorbereitet.

In der vertragsärztlichen Versorgung ersetzt die Krankenversichertenkarte bis Ende 1994 den Krankenschein. Sie ist ein Versicherungsnachweis, vom Patienten beim Arzt vorzulegen und enthält Angaben zum Versicherungsverhältnis, jedoch keinerlei medizinische Daten.

Mit Hilfe der Krankenversichertenkarte werden künftig die Versichertendaten maschinell auf Abrechnungsformulare, Rezepte und andere Vordrucke aufgetragen, so daß diese elektronisch verarbeitet werden können. Damit werden Verwaltungsvorgänge vereinfacht; die Transparenz der vertragsärztlichen Versorgung wird verbessert, wobei die entsprechenden Verfahren datenschutzrechtlich abgesichert sind.

Durch die Krankenversichertenkarte wird auch die mißbräuchliche Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen begrenzt, da die Karte namensgebunden ausgestellt ist mit Angabe des Geburtsdatums und des Wohnorts. Außerdem erhält jeder Versicherte nur eine Karte, wobei ein Verlust der Krankenkasse anzuzeigen ist.

Die hausärztliche Versorgung wird durch die Versichertenkarte nach dem Ergebnis der empirischen Begleitforschungen bisher nicht beeinträchtigt. Zwar ist die Zahl der Überweisungen zurückgegangen, doch handelt es sich hierbei vor allem um Überweisungen, die bisher ohne zusätzliche Behandlungsleistungen des überweisenden Arztes ausgestellt worden sind. Das Gesundheitsstrukturgesetz sieht außerdem vor, daß die weiterbehandelnden Ärzte dem Hausarzt die Behandlungsdaten mitteilen.

Für die Abrechnung der Krankenhäuser mit den Krankenkassen gelten ab dem 1. Januar 1995 ebenfalls neue Regelungen. Es ist unter anderem vorgesehen, daß die Krankenhäuser maschinenlesbar Angaben zu den Diagnosen nach dem ICD-Schlüssel und zu den behandelnden Fachabteilungen übermitteln. Die durchgeführten Operationen sollen ebenfalls nach einem amtlichen Operationenschlüssel angegeben werden, der im Bundesanzeiger bekanntgegeben wird.

VI. Ausblick auf die weitere Entwicklung

Die Finanzentwicklung der Jahre 1993 und 1994 zeigt, daß es mit Hilfe des Gesundheitsstrukturgesetzes gelungen ist, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wirksam zu begrenzen.

zen und den Anstieg des Beitragssatzniveaus zu bremsen. Insbesondere die Maßnahmen der Budgetierung der zentralen Ausgabenbereiche und der Absenkung überhöhter Preisniveaus – etwa bei Arzneimitteln und Zahnersatz – waren die Garanten für die unmittelbare Ausgabenstabilisierung nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes. Parallel zu diesen Maßnahmen einer „Sofortbremsung“ wurden eine Vielzahl struktureller Maßnahmen eingeleitet, die auch mittelfristig zu einer Ausgabenstabilisierung beitragen werden. Hierzu zählen insbesondere

- das neue leistungsorientierte Vergütungssystem im Krankenhausbereich,
- die Begrenzung der Arztzahlentwicklung,
- die Stärkung der hausärztlichen gegenüber der fachärztlichen Versorgung,
- eine verbesserte Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor,
- verstärkte Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit bei ärztlich verordneten Leistungen,
- weitere Umorientierung vom Zahnersatz zur Zahnerhaltung im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung,
- Schaffung der Voraussetzungen für einen auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Kassenwettbewerb im Rahmen der Organisationsreform.

Langfristig sind jedoch über die Maßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes hinaus vor dem Hintergrund der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung sowie des demographischen Wandels zusätzliche Maßnahmen erforderlich, um die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung auf Dauer sicherzustellen. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag erteilt, Vorschläge für die langfristige Weiterentwicklung der sozialen

Krankenversicherung zu erarbeiten. Ein erster Sachstandsbericht wurde im Februar 1993 vorgelegt und mit den Mitgliedern der Konzertierte Aktion im April 1994 erörtert. Auf der Grundlage des Endberichts, der in der ersten Jahreshälfte 1995 vorliegen soll, wird der Gesetzgeber gefordert sein, entsprechende Weichenstellungen für die langfristige Entwicklung der GKV nach dem Jahr 2000 vorzunehmen.

Kurz- und mittelfristig schafft das Gesundheitsstrukturgesetz die Voraussetzungen für stabile Beitragssätze auf abgesenktem Niveau. Nach 1994 werden auch im Jahr 1995 durch die Budgetierungsregelungen die Ausgaben in zentralen Leistungsbereichen nicht stärker steigen können als die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Durch diese einkommensorientierte Ausgabenentwicklung entsteht nach den Überschüssen des Jahres 1993, der sich abzeichnenden positiven Finanzentwicklung 1994 durch den weiteren Aufbau der Betriebsmittel und Rücklagen spätestens zum 1. Januar 1995 Spielraum für ein zusätzliches Absenken des Beitragssatzniveaus. Hinzu kommt, daß die gesetzliche Krankenversicherung durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 entlastet wird. Auch für die mittelfristige Beitragssatzstabilität hat das Gesundheitsstrukturgesetz die entscheidenden Voraussetzungen geschaffen. Entscheidend ist dafür auch die weitere zügige Umsetzung der strukturellen Maßnahmen durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern.

Ein entscheidender Garant für mehr Wirtschaftlichkeit wird zukünftig der Wettbewerb der Krankenkassen um die Gunst der Versicherten sein. Niedrige Beitragssätze werden bei den erweiterten Wahlmöglichkeiten zum zentralen Aktionsparameter im Wettbewerb der Krankenkassen. Hieraus werden sich zwangsläufig beitragsstabilisierende und beitragsatzsenkende Tendenzen ergeben.

C. Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion und ihre Umsetzung

I. Aufgaben und Gegenstand von Empfehlungen

Die an der Konzertierte Aktion Beteiligten haben nach § 141 Abs. 1 SGB V die gemeinsame Aufgabe, „mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

zu entwickeln und miteinander abzustimmen“. Dabei sind „auf der Grundlage der medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben, insbesondere hinsichtlich des Abbaus von Überversorgung und des Ausgleichs von Unterversorgung, zu bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen“. Die Konzertierte Aktion soll nach § 141 Abs. 2 SGB V Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen abgeben, auch über die Veränderungen der Vergütungen. Dabei können die Empfehlungen für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden.

Eine entscheidende Bedeutung hat dabei der in § 141 Abs. 2 Satz 3 verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Danach sind „in den Empfehlungen die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten“. Neu eingeführt wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die in § 141 Abs. 2 Satz 4 enthaltene Ausnahmeregelung, daß „Ausgabensteigerungen aufgrund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen“. Diese Ausnahmeregelung findet jedoch im Betrachtungszeitraum dieses Berichts 1992 bis 1994 noch keine Anwendung, da sie im Jahr 1992 vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes noch keine Gültigkeit hatte und in den Jahren 1993 bis 1995 die Steigerung der Ausgaben in zentralen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung strikt auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen limitiert ist. Überproportionale Steigerungsmöglichkeiten bei präventiven Leistungen bestehen nur insofern, indem die Budgetierungsregelungen etwa im Bereich der ärztlichen Gesamtvergütung eine über die Grundlohnsteigerung hinausgehende zusätzliche Steigerungsmöglichkeit von jeweils 6% in den Jahren 1993, 1994 und 1995 bei Präventionsleistungen ermöglicht (§ 85 Abs. 3 a Satz 7 SGB V) oder mit dem

Gesundheitsstrukturgesetz neu eingeführte Präventionsleistungen im zahnärztlichen Bereich (§ 85 Abs. 3 c Satz 4 SGB V) ausdrücklich außerhalb der Budgetierung vergütet werden.

Auch der bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes geltende Ausnahmetatbestand, der Beitragssatzerhöhungen dann ermöglicht, wenn „die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist“, findet im Budgetierungszeitraum von 1993 bis 1995 keine Anwendung. Die aus der Ausgabenexpansion der Jahre 1991 und 1992 resultierenden Beitragssatzerhöhungen wären bei Ausschöpfen der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven vermeidbar gewesen. Dies hat die Nutzung der Einsparpotentiale durch das Gesundheitsstrukturgesetz eindrucksvoll aufgezeigt.

Ferner weist § 141 Abs. 2 den Beteiligten die Aufgabe zu, über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse zu berichten.

II. Sitzungen der Konzertierten Aktion im Berichtszeitraum

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat im Berichtszeitraum von 1992 bis 1994 drei Sitzungen durchgeführt:

- am 16. Juni 1992,
- am 26. April 1993,
- am 14. Dezember 1993.

Über diese Sitzungen hinaus fand eine Besprechung des Zwischenberichts des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit den Mitgliedern der Konzertierte Aktion am 27. April 1994 statt. Diese Veranstaltung hatte jedoch nicht den formellen Charakter einer Sitzung der Konzertierte Aktion. Die Sitzung vom 3. Dezember 1991 fällt zwar nicht in den aktuellen Betrachtungszeitraum. Allerdings konnten die Ergebnisse dieser Sitzung noch nicht in den ersten Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V eingebunden werden. Die Darstellung der Ergebnisse dieser Sitzung, der darin getroffenen Empfehlungen und die Analyse ihrer Umsetzung sind deshalb – wie im ersten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit angekündigt – ebenfalls Gegenstand dieses zweiten Berichts.

Die Konzertierte Aktion gab in den angesprochenen Sitzungen die im folgenden beschriebenen Empfehlungen, Erklärungen und Entschlüsse ab:

In der Sitzung vom 3. Dezember 1991 wurden drei Empfehlungen verabschiedet:

- Empfehlungen zum Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Empfehlungen zum Krankenhausbereich in den alten Bundesländern,
- Empfehlungen zum Krankenhausbereich in den neuen Bundesländern.

In der Sitzung am 16. Juni 1992, die in den Zeitraum der aktuellen Diskussion über das Gesundheitsstrukturgesetz fiel, wurden keine Empfehlungen verabschiedet, allerdings wurde vom Bundesministerium für Gesundheit als Ergebnis der Sitzung eine Reihe von Konsenspunkten festgestellt und veröffentlicht (vgl. Anhang), u. a. die von allen Beteiligten gesehene Notwendigkeit zu einer umfassenden Strukturreform im Gesundheitswesen.

In der Sitzung vom 17. April 1993 wurden zwar vom Vorbereitenden Ausschuß der Konzertierte Aktion erarbeitete Empfehlungen zum Bereich der Krankenhausversorgung und der Arzneimittelversorgung diskutiert. Aufgrund fehlender Konsensbereitschaft der Beteiligten kamen entsprechende Empfehlungen letztendlich jedoch nicht zustande.

Bei der Sitzung am 14. Dezember 1993 faßte die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine Entschließung zum Bereich „Krankentransporte/Retungswesen“. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegter und im Vorbereitenden Ausschuß diskutierter Entwurf über Verfahrensregeln zum Ablauf und Inhalt der Sitzungen der Konzertierte Aktion scheiterte an der mangelnden Bereitschaft einzelner Beteiligter, hier zu einer Konsenslösung zu kommen.

III. Empfehlungen der Konzertierte Aktion seit Dezember 1991

1. Empfehlungen zur Krankenhausversorgung

Zum Krankenhausbereich hat die Konzertierte Aktion am 3. Dezember 1991 zwei Empfehlungen abgegeben, zum einen für die alten Bundesländer und zum anderen für die neuen Bundesländer.

a) Alte Bundesländer

Die Empfehlung enthält Aussagen zu folgenden Komplexen: Entwicklung der Ausgaben in den Jahren 1990, 1991 und 1992, Abschluß von zwei- und dreiseitigen Verträgen durch die Selbstverwaltung, Verschlüsselung der Diagnosen für den Datenträgeraustausch, Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe, Begrenzung der Krankenhauseinweisungen auf den medizinisch notwendigen Umfang, Rationalisierung und Kooperation, Vereinbarung alternativer Vergütungsformen, ausreichende Investitionsfinanzierung, Abbau nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten, Schaffung einer gesetzlichen Regelung zur finanziellen Absicherung des Pflegerisikos.

aa) Ausgabenentwicklung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion beschränkt sich im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung im wesentlichen auf die Feststellung, daß 1990 und 1991 die Steigerungsraten wesentlich über den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgingen und auch in 1992 keine abgeschwächte Ausgabenentwicklung zu erwarten sei. Konkrete Empfehlungen zur Begrenzung der Steigerungsraten wurden nicht getroffen.

Stand der Umsetzung

Die tatsächliche Ausgabenentwicklung, die mit einer Steigerungsrate je Mitglied von 7,2 % in 1990, 8,0 % im Jahr 1991 und 8,3 % im Jahr 1992 den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen jeweils deutlich übertraf, hat im größten Leistungsbereich die defizitäre Entwicklung der Krankenkassen entscheidend mitgeprägt und somit den Handlungsbedarf für eine wirtschaftlichere Krankenhausversorgung deutlich dokumentiert. Erst seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes ist es gelungen, entsprechende Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und die Steigerungsrate mit 5,0 % im Jahr 1993 wieder stärker an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen zu orientieren. Im 1. Halbjahr 1994 lag der Ausgabenzuwachs je Mitglied bei 4,6 %.

bb) Abschluß von zwei- und dreiseitigen Verträgen

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Beteiligten, die noch offenen Verträge nach den §§ 112 und 115 SGB V abzuschließen.

Stand der Umsetzung

Zwischenzeitlich sind weitere Verträge abgeschlossen worden. Im einzelnen stellt sich die Situation wie folgt dar:

Zweiseitige Verträge (§ 112 Abs. 2 SGB V): Nummer 1 (Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung): Abschluß in sechs Bundesländern, in den übrigen zehn Ländern in Vorbereitung. Nummer 2 (Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung): Abschluß ebenfalls in sechs Bundesländern, in sieben Ländern in Vorbereitung. Nummer 3 (Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen): Abschluß „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ in einem Land, in einem weiteren Land in Vorbereitung; Abschluß „Qualität“ in vier Ländern, in drei Ländern in Vorbereitung. Nummer 4 (Soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus): Abschluß in fünf Ländern, in sieben Ländern in Vorbereitung. Nummer 5 (Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege): Abschluß in zwei Ländern, in einem weiteren Land nur Abschluß zur Rehabilitation; in sieben Ländern in Vorbereitung. Nummer 6 (Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwanger-

schaft nach § 27a Abs. 1): kein Vertragsabschluß, in einem Land in Vorbereitung.

Dreiseitige Verträge (§ 115 Abs. 2 SGB V): Nummer 1 (Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Praxiskliniken): Abschluß in fünf Ländern, in sechs Ländern in Vorbereitung. Nummer 2 (Gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten): Abschluß in fünf Ländern, in sechs Ländern in Vorbereitung. Nummer 3 (Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes): in neun Ländern in Vorbereitung. Nummer 4 (Vor- und nachstationäre Behandlung): Abschluß in fünf Ländern, in einem Land Festsetzung durch die Landesschiedsstelle, in fünf Ländern in Vorbereitung. Nummer 5 (Allgemeine Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus): Abschluß in einem Land, in acht Ländern in Vorbereitung.

cc) Verschlüsselung der Diagnosen für den Datenträgeraustausch

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert die Verbände der Krankenhäuser und gesetzlichen Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene auf, die Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes, auch im Hinblick auf die Regelungen des § 301 Abs. 2 SGB V, zügig zu vollenden. Insbesondere solle beim Datenträgeraustausch eine effektive Lösung vereinbart werden.

Stand der Umsetzung

Das Gesetz verpflichtete die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in § 301 Abs. 2 SGB V, für die Angaben der Diagnosen eine geeignete Verschlüsselung zu vereinbaren. Diese Regelung zur Diagnoseverschlüsselung ist Bestandteil der weitergehenden Vorschriften zum Datenaustausch zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen, welche aufgrund datenschutzrechtlicher Erfordernisse zunächst im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sozialgesetzbuches zu überarbeiten waren und dann im Verlauf der Vorbereitungen zum Gesundheitsstrukturgesetz in dieses zügigere Gesetzgebungsverfahren integriert worden sind.

Die erweiterte, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Neufassung konkretisiert auch die Vorschriften zur Diagnoseverschlüsselung. Die Verschlüsselung ist nunmehr nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten bzw. der Prozeduren in der Medizin vorzunehmen, und zwar in der jeweiligen vom „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Fassung.

dd) Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion sieht die Notwendigkeit, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Sie begrüßt die auf Bundes- und Landesebene angelaufene Gemeinschaftswerbung für Pflegeberufe und bittet

Bund und Länder, auch in den kommenden Jahren durch eine spürbare finanzielle Unterstützung zu einem Erfolg beizutragen. Darüber hinaus sollten die Anstrengungen fortgesetzt werden, die Pflegeberufe aufzuwerten, sie zu entlasten und innerorganisatorisch ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern, insbesondere durch Verbesserung der Aus- und Fortbildung.

Stand der Umsetzung

Die Handlungsmöglichkeiten der Bundesregierung ergeben sich in erster Linie aus § 19 KHG. Danach ist es Aufgabe der Bundesregierung, Maßstäbe und Grundsätze insbesondere für den Personalbedarf durch Rechtsverordnung vorzugeben, wenn sich die Selbstverwaltungspartner nicht innerhalb einer gesetzlich vorgesehenen Frist haben einigen können. Auf diesem Wege sind bisher drei Verordnungen zustande gekommen:

Die Verordnung „Anrechnung von Schülern und Schülerinnen für Berufe der Krankenpflege auf den Stellenplan der Krankenhäuser“ ist zum 1. Januar 1990 in Kraft getreten und führt zu rund 5000 zusätzlichen Stellen und zur Verbesserung der Ausbildungsbedingungen.

Die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ ist am 1. Januar 1991 in Kraft getreten und wird bundesweit stufenweise zu 6500 zusätzlichen Stellen aller in der stationären Psychiatrie tätigen Berufsgruppen führen.

Für die allgemeine Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege ist zum 1. Januar 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die „Pflege-Personalregelung“ in Kraft getreten. Mit dieser Regelung wird erstmals der Personalbedarf im Pflegebereich eines Krankenhauses nach der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Patienten bemessen. Nachdem im Vorgriff auf diese Regelung den Krankenhäusern bereits 1992 13000 neue Stellen zugestanden wurden, führt sie darüber hinaus 1993 bis 1996 zu weiteren 13000 neuen Stellen für Pflegenden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine bundesweite Werbeaktion für die Pflege unter dem Titel „Berufe für's Leben“ gefördert, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen bereits 1991 begonnen und bis Ende 1993 fortgeführt wurde. Diese Aktion hat ein positives Echo bei den jungen Menschen gefunden.

Mit einem weiteren vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekt soll die Ausbildung zur Krankenschwester in Teilzeitform erprobt werden. Durch dieses Projekt erhalten vor allem Frauen nach der Familienphase, die noch keine Ausbildung absolviert haben, die Chance, eine berufliche Perspektive mit qualifiziertem Abschluß zu erlangen.

Wie Krankenhäuser die gesetzlichen Vorgaben in ihrer Praxis nutzen können, zeigt ein Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes. Er wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Institut für Entwicklungsplanung und Strukturfor-

schung GmbH an der Universität Hannover erarbeitet. Der Leitfaden stellt in zusammengefaßter Form praxistaugliche Maßnahmen vor, die das Ziel haben, den Pflegeberuf im Krankenhaus attraktiver zu machen und die Qualität der Pflege zu verbessern.

ee) Begrenzung der Krankenhauseinweisungen auf den medizinisch notwendigen Umfang

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Selbstverwaltung der Vertragsärzte, die Zahl der Krankenhauseinweisungen auf das Mindestmaß zu reduzieren und die damit verbundenen Leistungen angemessen zu vergüten.

Stand der Umsetzung

Die Selbstverwaltung hat als flankierende Maßnahme zur Verringerung der Zahl stationärer Krankenhausbehandlungen die im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Förderung des ambulanten Operierens umgesetzt. Hierzu wurde zum 31. März 1993 ein Katalog der ambulant durchführbaren Operationen nach § 115b Abs. 1 SGB V erstellt und zwischenzeitlich überarbeitet. Parallel zur Überarbeitung des Kataloges wurden die ambulanten Operationen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab weitgehend neu bewertet, wobei die Bewertung zahlreicher Operationen verbessert wurde. Die Neuregelung ist zum 1. Januar 1994 in Kraft getreten. Weiterhin haben die Vertragspartner eine dreiseitige Vereinbarung zur Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen nach § 115b Abs. 1 SGB V im Juni 1994 vereinbart, die zum 1. Oktober 1994 in Kraft getreten ist.

Die Frage, inwieweit die derzeit zu beobachtende Expansion der ambulanten Operationen im Bereich der niedergelassenen Ärzte auch zu einem Rückgang der stationären Operationen führt, wird z. Z. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen eines Forschungsprojektes geklärt.

ff) Rationalisierung und Kooperation

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion erwartet von den Krankenhäusern die Durchführung von Rationalisierungsmaßnahmen, insbesondere die Ausschöpfung vorhandener Kooperationsmöglichkeiten.

Stand der Umsetzung

Viele Krankenhäuser haben nach Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes in Folge der Einführung des festen Budgets Maßnahmenkataloge erarbeitet, etwa in den Bereichen „Einkauf“, „Labor“ und „Arzneimittelversorgung“, um wirtschaftlicher zu agieren. Zum Beispiel kaufen in einem Verbund zusammengeschlossene Krankenhäuser Laborartikel, Verbandstoffe und Lebensmittel gemeinsam ein und werden von einer gemeinsamen Krankenhausapotheke beliefert, wodurch sich erhebliche Einsparungen ergeben. Auch werden die Ärzte in zunehmendem Maße aufgefordert, standardisierte Diagnostik- und Therapieschemata für die häufigsten Ope-

rationen im stärkeren Umfang als bisher zu berücksichtigen. Weiterhin wird zunehmend verlangt, daß der Patient Labor- und Röntgenbefunde mitbringt bzw. diese von der Klinik angefordert werden und somit bei der Diagnose Berücksichtigung finden können.

gg) Vereinbarung alternativer Vergütungsformen

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert, die Vereinbarung alternativer Vergütungsformen zu erleichtern, insbesondere solcher Formen, die geeignet sind, die Verweildauer zu vermindern und die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

Stand der Umsetzung

Alternative Vergütungsformen sind in einigen Modellvorhaben vereinbart worden. Insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit hat Forschungsvorhaben zur Einführung von Fallpauschalen vergeben.

Der Gesetzgeber hat im Gesundheitsstrukturgesetz die Einführung eines differenzierten und pauschalierten Entgeltsystems vorgeschrieben. Die gesetzgeberischen Vorgaben wurden mit der neuen Bundespflegegesetzverordnung 1995 umgesetzt. Sie gibt 40 Fallpauschalen für 26 Krankheitsarten sowie 104 Sonderentgelte vor, deren in der Verordnung vorstrukturierte Entgelthöhe auf der Landesebene vereinbart wird. Darüber hinaus werden im Rahmen des Krankenhausbudgets tagesbezogene Abteilungspflegesätze und ein Basispflegesatz eingeführt. Die Krankenhäuser können das neue Entgeltsystem ab 1. Januar 1995 freiwillig anwenden; es ist ab dem 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verbindlich.

hh) Ausreichende Investitionsfinanzierung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion drückt die Erwartung aus, daß die Länder ihre Anstrengungen verstärken, den Krankenhäusern die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Stand der Umsetzung

Die Ausgaben der alten Bundesländer für Investitionen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz beliefen sich von 1991 bis 1993 auf 15,255 Mrd. DM. 1993 wurden 5,1 Mrd. DM aufgewendet (1991: 5,05 Mrd. DM). Angesichts dieser nur unwesentlichen Steigerung des absoluten Volumens aller Ausgaben für Investitionen muß in Frage gestellt werden, ob der Zielsetzung der Konzertierten Aktion entsprochen werden konnte.

ii) Abbau nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion drückt ihre Erwartung aus, daß die Länder die Krankenhauskapazitäten dem tatsächlichen Bedarf schneller anpassen.

Stand der Umsetzung

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes haben die Länder ihre Bemühungen um einen Abbau von Krankenhauskapazitäten verstärkt, insbesondere im Hinblick auf die Verkürzung der Verweildauer infolge des festen Budgets. Nach Auslaufen der Regelung über das feste Budget Ende 1995 wird Bilanz zu ziehen sein. Dies gilt gerade auch im Hinblick auf die vor- und nachstationäre Behandlung und das ambulante Operieren im Krankenhaus; beide neuen Behandlungsformen haben auch die Reduzierung von Krankenhausbetten zum Ziel.

jj) Schaffung einer gesetzlichen Regelung zur finanziellen Absicherung des Pflegerisikos

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion erneuert ihre Forderung, eine gesetzliche Regelung zur finanziellen Absicherung des Pflegerisikos zu treffen.

Stand der Umsetzung

Der Deutsche Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates am 26. Mai 1994 das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) beschlossen. Es wird eine soziale Pflegeversicherung als eigenständige Säule der sozialen Sicherheit unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen und zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur.

Das Pflege-Versicherungsgesetz wird dazu führen, daß im Umfeld der Krankenhäuser ein ausreichendes Angebot vor allem an komplementären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten entsteht. Heute mit Pflegebedürftigen fehlbelegte Krankenhausbetten können somit mittelfristig abgebaut und teilweise in Pflegebetten umgewidmet werden.

b) Neue Bundesländer

Die Empfehlung vom 3. Dezember 1991 enthält für den Bereich der neuen Bundesländer Forderungen zur Krankenhausplanung und zur Krankenhausinvestitionsfinanzierung.

aa) Aufstellung von Krankenhausplänen

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Länder, baldmöglichst Krankenhauspläne aufzustellen. Sie drückt ihre Erwartung aus, daß sich die Krankenhausplanung auch am Ziel der Förderung der Trägerpluralität ausrichtet.

Stand der Umsetzung

In allen neuen Bundesländern liegen inzwischen Krankenhauspläne vor, um die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten.

Der Grundsatz der Vielfalt der Krankenhausträger gemäß § 1 Abs. 2 KHG gewinnt zunehmend auch in den neuen Ländern an Bedeutung. Die frühere monostrukturierte Krankenhausträgerlandschaft ist heute zugunsten freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger aufgelockert.

bb) Ausreichende Krankenhausinvestitionsfinanzierung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion hebt die Verantwortung der neuen Bundesländer hervor, ausreichend Mittel für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung zu stellen. Sie hält eine angemessene finanzielle Beteiligung des Bundes am Aufbau der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern für unverzichtbar.

Stand der Umsetzung

Die neuen Länder haben 1992 im Wege der Pauschalförderung insgesamt 1,5 Mrd. DM und im Wege der Einzelförderung insgesamt 926 Mio. DM bereitgestellt. 1993 beliefen sich die Mittel für die Pauschalförderung auf 1,518 Mrd. DM und für die Einzelförderung auf 906 Mio. DM.

Im Gesundheitsstrukturgesetz wurde ein Krankenhausinvestitionsprogramm zur Förderung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG verankert. Der Bund stellt den neuen Ländern in den Jahren 1995 bis 2004 eine jährliche Finanzhilfe von 700 Mio. DM zur Verfügung. Die finanzielle Beteiligung des Bundes ist ein wesentlicher Beitrag zur Erreichung der Ziele von Artikel 33 des Einigungsvertrages mit der Forderung, das Niveau der stationären Versorgung in den neuen Ländern zügig und nachhaltig an die Situation im übrigen Bundesgebiet anzupassen.

2. Empfehlungen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion vom 3. Dezember 1991 zum Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung äußert sich insbesondere zu Maßnahmen zur Verbesserung der Markttransparenz für Vertragsärzte, Versicherte und Krankenkassen, zu Preisverhandlungen bei Heil- und Hilfsmitteln in den alten und den neuen Bundesländern, zum Aufbau der Versorgungsstruktur im Beitrittsgebiet sowie zur wirtschaftlichen Entwicklung einzelner Teilbereiche der Heil- und Hilfsmittelversorgung in den neuen Bundesländern.

a) Verbesserung der Markttransparenz

Inhalt der Empfehlung

Damit bei der Versorgung im Heil- und Hilfsmittelbereich das Gebot der Wirtschaftlichkeit Beachtung finden kann, forderte die Konzertierte Aktion vom 3. Dezember 1991, daß die Markttransparenz für Vertragsärzte, Versicherte und Krankenkassen verbessert werden muß.

Den Vertragsärzten sollte ermöglicht werden, die Versicherten über die Festbeträge für verordnete Hilfsmittel zu informieren und auf Anbieter hinzu-

weisen, die Hilfsmittel zum Festbetrag liefern. Die Konzentrierte Aktion empfiehlt insbesondere, daß die Hilfen, die mit der Neufassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln zur Verfügung gestellt wurden (z. B. Arztinformation, Preislisten der verordnungsfähigen Heil- und Hilfsmittel, Beratung der Ärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verordnungsfähigkeit von Heil- und Hilfsmitteln), intensiv zur Information der Vertragsärzte genutzt werden. Darüber hinaus fordert die Konzentrierte Aktion, daß die Fortbildung der Vertragsärzte in der Heil- und Hilfsmittelversorgung intensiviert wird; dies gilt insbesondere für die Verordnung in den Bereichen physikalische Therapie, orthopädische Hilfsmittel und Hörgeräte.

Die Konzentrierte Aktion empfiehlt den Krankenkassen, die Beratung von Vertragsärzten und Versicherten durch im Heil- und Hilfsmittelbereich qualifizierte Personen beizubehalten und zu intensivieren. Sie schlägt vor, bei den Abgabestellen für Hilfsmittel Angaben darüber einzuholen, wie viele Hilfsmittel zum Festbetrag oder mit Zuzahlung abgegeben werden. Die von den Abgabestellen verfügbaren Daten sollten zum Aufbau eines GKV-Hilfsmittelindex genutzt werden. Ferner empfiehlt die Konzentrierte Aktion den Landesverbänden der Krankenkassen, schnellstmöglich für die bereits von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedeten Produktgruppen Festbeträge zu bilden.

Die Konzentrierte Aktion fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf, gemeinsame Rahmenempfehlungen für die Einführung von Richtgrößen für Hilfsmittel zu erarbeiten, die zudem Regelungen beinhalten sollen, was bei einem Überschreiten der Richtgrößen zu geschehen hat.

Stand der Umsetzung

Die Vertragsärzte können mit Hilfe der „Arztinformation zum Hilfsmittelverzeichnis“ die Versicherten über die Festbeträge für verordnete Hilfsmittel informieren. Da die Krankenkassen aufgrund rechtlicher Bedenken nur verhalten von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Ärzte und Versicherte im Rahmen ihrer allgemeinen Informations- und Aufklärungspflicht nach den Vorschriften des SGB I über Leistungserbringer zu informieren, die Hilfsmittel zum Festbetrag abgeben, wurde dies mit dem Gesundheitsstrukturgesetz in § 127 Abs. 3 SGB V klargestellt. Die Informationshilfen der seit dem 1. Oktober 1992 geltenden Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien werden sehr unterschiedlich genutzt. Der Gesetzgeber hat ebenfalls klargestellt, daß die Krankenkassen zur Information der Vertragsärzte und der Versicherten Preisvergleiche über Hilfsmittel durchführen können, so daß – entsprechend der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz des Bundes und der Länder vom 25. und 26. November 1993 – die Erstellung von Preisvergleichen verstärkt werden kann und muß. In bezug auf die Fortbildung der Vertragsärzte in der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln besteht weiterhin Handlungsbedarf. Dies trifft nach wie vor insbesondere für die Bereiche der physikali-

schen Therapie, der orthopädischen Hilfsmittel und der Hörgeräte zu.

Die Beratung von Vertragsärzten und Versicherten durch im Heil- und Hilfsmittelbereich qualifizierte Personen wurde von den Krankenkassen beibehalten. Sie wird jedoch bislang nur modellhaft in wenigen Regionen durchgeführt (z. B. Berlin, Brandenburg). Daten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zum Festbetrag und mit Zuzahlung liegen bislang nur aus punktuellen Untersuchungen und begrenzt auf einzelne Hilfsmittel (z. B. Sehhilfen, Hörhilfen) vor. Ein GKV-Hilfsmittelindex, mit dem Entwicklungen in der Preis-, Mengen- und Strukturkomponente transparent gemacht werden könnten, wurde nicht erstellt. Allerdings wurden mit dem Projekt „Aufbau, Pflege und Validierung eines Hilfsmittelinformationssystems“, das mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen durchgeführt wurde, die Grundlagen geschaffen, um das Marktgeschehen im Hilfsmittelbereich in Zukunft transparent zu machen.

Die Bildung von Festbeträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen verläuft schleppend. Seit der Empfehlung der Konzentrierten Aktion wurden lediglich in den neu verabschiedeten Produktgruppen der Stomaartikel und der orthopädischen Einlagen in einigen Bundesländern Festbeträge festgesetzt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bislang keine gemeinsame Rahmenempfehlung zur Einführung von Richtgrößen für Hilfsmittel erarbeitet.

b) Preisverhandlungen in den alten Bundesländern

Inhalt der Empfehlung

Die Konzentrierte Aktion empfiehlt den Vertragspartnern auf Landesebene, keine Preissteigerungen zu vereinbaren, die über die Grundlohnsummensteigerung hinausgehen. Die erwartete Mengenentwicklung soll dabei berücksichtigt werden.

Stand der Umsetzung

Das Wachstum der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel pro Mitglied (vgl. Tabellen 17 bis 25) überstieg in den alten Bundesländern im Jahr 1992 mit einer Steigerungsrate von 10,4 % die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen (5,1 %) um über 5 Prozentpunkte. Bereits 1991 gab es mit +12,7 % in diesem Bereich eine zweistellige Steigerungsrate. Ursächlich dafür war im Hilfsmittelbereich vor allem die Mengenentwicklung, die jedoch mit dem Hilfsmittelbudget, das durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt wurde, stabilisiert werden konnte. Im Hilfsmittelbereich stellt sich die Situation unterschiedlich dar. Bei den Hörhilfen, für die bereits seit mehreren Jahren Festbeträge existieren, wurde die Ausgabensteigerung durch das Wachstum der Mengenkomponekte beherrscht. Bei den orthopädischen Hilfsmitteln dürfte hingegen im Jahr 1992 die Preiskomponekte dominant gewesen sein, die jedoch mit der Preisanbindung bei Hilfsmitteln 1993 stabilisiert

werden konnte. Im Jahr 1993 lag denn auch der gesamte Heil- und Hilfsmittelbereich mit einem Ausgabenanstieg pro Mitglied von 0,8 % unter dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen von 3,9 %, wobei die niedrige Steigerungsrate auf die Einsparungen bei Heilmitteln -6,6 % zurückzuführen war, während bei Hilfsmitteln - bis auf den Bereich der Sehhilfen - auch 1993 höhere Zuwächse erzielt wurden.

Die Ausgabenentwicklung im 1. Halbjahr 1994 zeigt bei Heilmitteln mit 15,4 % wieder einen deutlichen Zuwachs, der allerdings vor dem Hintergrund des Ausgabenrückgangs 1993 relativiert werden muß. Bedenklich erscheinen hingegen die zweistelligen Zuwächse insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln (+13,6 %) und Hörhilfen (+12,2 %), die sich nicht durch statistische Basiseffekte erklären lassen, sondern auf die Zuwächse des Jahres 1993 aufsetzen.

c) Aufbau der Versorgungsstruktur in den neuen Bundesländern

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion votiert dafür, daß bei dem Aufbau der Versorgungsstrukturen im Beitrittsgebiet, der konsequent fortgeführt werden soll, die Empfehlungen zur Verbesserung der Markttransparenz und zu den Preisverhandlungen verstärkt aufgenommen und intensiviert werden.

Stand der Umsetzung

Der Aufbau der Versorgungsstrukturen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel hat sich seit der Empfehlung der Konzertierten Aktion stetig fortgesetzt. Insbesondere bei der Versorgung mit Sehhilfen und Hörgeräten sowie bei physiotherapeutischen Leistungen kann von flächendeckend ausgebauten Strukturen ausgegangen werden. In einzelnen Bereichen der Heilmittelversorgung (z. B. Ergotherapie und Sprachtherapie) ist dieser Prozeß jedoch noch nicht abgeschlossen.

Zum Stand der Umsetzung der Maßnahmen zur Verbesserung der Markttransparenz gelten grundsätzlich die für die alten Bundesländer getroffenen Aussagen. Festbeträge wurden jedoch aufgrund der massiven Veränderungen in der Anbieterstruktur und den Preisen in den neuen Bundesländern bislang nicht vereinbart (Ausnahme: Stomaartikel).

Die Steigerung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel war in den neuen Bundesländern im Jahr 1992 mit 68,4 % mehr als doppelt so hoch wie die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied (29,3 %). Nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes reduzierte sich der Ausgabenzuwachs mit 18,8 % fast auf die Höhe des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, der bei 16,5 % lag. Eine starke Ausweitung der Mengenkompente ist im Jahr 1992 bei den Hörhilfen, den orthopädischen Hilfsmitteln und den Sehhilfen zu erkennen. Werden die alten Bundesländer als Vergleichsmaßstab gleich 100 gesetzt, so ist zu erkennen, daß - trotz des geringeren Preisniveaus in den neuen Bundesländern - die Ausgaben je GKV-Ver-

sicherten bei den Hörhilfen 1993 bereits bei 113 %, bei den orthopädischen Hilfsmitteln bei 110 % und bei den Sehhilfen bei 108 % der Vergleichswerte aus den alten Bundesländern lagen.

d) Teilbereiche der Heil- und Hilfsmittelversorgung in den neuen Bundesländern

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Vertragspartner, daß bei dem Übergang zu Versorgungsstrukturen auf das Niveau der alten Bundesländer, die Preise für Heilmittel der physikalischen Therapie, für Hörhilfen und orthopädische Hilfsmittel so zu vereinbaren und fortzuführen sind, daß sie der wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenkassen nicht entgegenstehen. Sie empfiehlt, daß bei der Umstellung der Strukturen im Bereich der Hörhilfen darauf geachtet wird, daß die Versorgung mindestens bis zum Auslaufen der Übergangsfrist des § 311 Abs. 11 SGB V, dem 31. Dezember 1993, durch die Audiologischen Zentren sichergestellt werden kann. Schließlich empfiehlt die Konzertierte Aktion, daß aufgrund der Übergangssituation in den neuen Bundesländern anstelle von Festbeträgen zunächst Preise vereinbart werden sollen.

Stand der Umsetzung

Bei dem Übergang der Versorgungsstrukturen haben sich die Preisvereinbarungen in den genannten Teilbereichen der Hilfsmittelversorgung nicht negativ auf die Finanzlage der Krankenkassen ausgewirkt. Im Bereich der physikalischen Therapie liegt die Ost-West-Quote je Versicherten mit 35,2 % (1992) und 44 % (1993) noch deutlich unter dem Niveau der alten Bundesländer.

Bis zum Ablauf der Übergangsfrist des § 311 Abs. 11 SGB V wirkten Audiologische Zentren neben Hörgeräteakustikern an der Sicherstellung der Versorgung mit Hörhilfen mit. Gegenwärtig überprüfen die Landesverbände der Krankenkassen, inwieweit und welche Audiologischen Zentren als Leistungserbringer nach § 126 SGB V zugelassen werden.

In den neuen Bundesländern haben die Krankenkassen bislang noch keine Festbeträge festgesetzt, sondern Vertragspreise vereinbart. Die einzige Ausnahme bilden Festbeträge für Stomaartikel im Freistaat Sachsen.

3. Empfehlungen zum Bereich Rettungsdienst

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion vom 14. Dezember 1993 zum Bereich Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport) stellt insbesondere auf die Preisentwicklung im Rettungsdienst, die Einbeziehung preisgünstiger Leistungsanbieter, auf die Transparenz der Kosten und des Einsatzgeschehens, die Infrastrukturplanung, die ärztliche Verordnung von Krankentransporten sowie auf die Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen, falls die überproportionale Ausgabenentwicklung in der GKV im Jahr 1994 anhält, ab.

a) Preisentwicklung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion betont, daß sich die Preisentwicklung im Rettungsdienst in den Jahren 1993 bis 1995 im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen bewegen muß.

Stand der Umsetzung

Die Ausgabenentwicklung je GKV-Mitglied im Bereich des Rettungsdienstes orientierte sich im Jahr 1993 nicht an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 270 SGB V. Sie überschritt mit Steigerungsraten je Mitglied von 14,8% in den alten Bundesländern und 26,1% in den neuen Bundesländern die gesetzlichen Orientierungswerte der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, die nach den Jahresrechnungsergebnissen 1993 bei 4% in den alten Bundesländern und 16,5% im Beitrittsgebiet lagen. Die Mengenentwicklung spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Verantwortlich für den überproportionalen Ausgabenanstieg sind Anhebungen der Benutzungsentgelte, die die Zuwachsraten der beitragspflichtigen Einnahmen oftmals um ein Vielfaches überschreiten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wurde 1993 nur in wenigen Rettungsdienstbereichen (z. B. Saarland und einzelne Städte in Schleswig-Holstein) eingehalten.

Auch im 1. Halbjahr 1994 hält die Ausgabenexpansion der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Fahrkosten mit einer Steigerungsrate von 15,2% in den alten und 26,3% in den neuen Bundesländern an. Auch wenn die bisherigen Finanzschätzungen für 1994 noch keine differenzierte Aufspaltung der Fahrkosten ermöglicht, so ist – wie sich aus Daten einzelner Krankenkassen ableiten läßt – die Ausgabendynamik im Bereich der Fahrkosten nach wie vor von zweistelligen Zuwachsraten im Bereich der Rettungsdienste geprägt.

b) Einbindung preisgünstiger Leistungsanbieter

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, preisgünstige Leistungsanbieter, die die in den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften festgelegten Qualitätsstandards erfüllen, in die Versorgung einzubinden.

Stand der Umsetzung

Eine Aussage in bezug auf die Einbindung preisgünstiger Leistungserbringer, die für alle Rettungsdienste in den einzelnen Bundesländern zutrifft, ist schwer zu machen. In allen Rettungsdienstbereichen dominiert jedoch ungebrochen die Tendenz, daß preisgünstige Leistungsanbieter zugunsten von etablierten Leistungserbringern, die oftmals um ein Vielfaches teurer sind, nicht in die Versorgung eingebunden werden. Begründet wird dies mit dem Argument, daß der Bedarf bereits gedeckt sei, und mit dem im Rettungsdienst geltenden Selbstkostendeckungsprinzip, das in den landes- und kommunalrechtlichen Vorschriften festgeschrieben ist.

c) Transparenz der Kosten und des Einsatzgeschehens

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert, daß für Notfallrettung und Krankentransporte aussagekräftige Leistungs- und Kostennachweise geschaffen werden. Sie empfiehlt, das einheitliche Notfall- und Rettungsdienstprotokoll einzuführen.

Stand der Umsetzung

Aussagefähige Leistungs- und Kostennachweise, die auch Betriebskostenvergleiche ermöglichen, wurden in den Rettungsdiensten der einzelnen Bundesländer bislang nicht eingeführt. Nach wie vor besteht daher in der Kostendimension des Rettungswesens große Intransparenz.

Ein bundeseinheitliches, verbindlich einzusetzendes Notfall- und Rettungsdienstprotokoll existiert nicht. Hingegen wird seit 1992 auf Empfehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) an vielen Notarztstandorten das DIVI-Notarzteinsatzprotokoll verwendet. Basierend auf diesem Datensatz hat im Jahr 1994 die DIVI eine Empfehlung zum sogenannten Kerndatensatz der Dokumentation für Rettungsdiensteinsätze ohne Notarztbeteiligung vorgelegt. Für die Dokumentation von Krankentransporten existiert hingegen keine entsprechende Empfehlung.

d) Infrastrukturplanung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, die Infrastrukturplanung unter verantwortlicher Beteiligung der Krankenkassen in den Rettungsdiensten der einzelnen Bundesländer zu überprüfen. Sie empfiehlt, dies insbesondere in den neuen Bundesländern vorzunehmen.

Stand der Umsetzung

Eine Umsetzung der Empfehlung, die Infrastrukturplanung kritisch zu überprüfen, ist bislang – in den neuen und den alten Bundesländern – nicht erfolgt. Möglicherweise ist dies auf den vergleichsweise kurzen Zeitabstand zu der Empfehlung vom 14. Dezember 1993 zurückzuführen.

e) Krankentransportverordnungen

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Ärzteschaft, bei den Krankentransportverordnungen intensiv auf die Wirtschaftlichkeit der Verordnung zu achten. Sie empfiehlt, gegebenenfalls die Krankentransport-Richtlinien zu konkretisieren.

Stand der Umsetzung

Zum derzeitigen Zeitpunkt kann noch nicht beurteilt werden, ob das Ordnungsverhalten der Ärzte bei Krankentransporten dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit verstärkt Rechnung trägt.

f) Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Inhalt der Empfehlung

Die Konzierte Aktion fordert Länder und Kommunen auf, bei der Ermittlung der Benutzungsentgelte Einvernehmen zwischen den Anbietern und den Kostenträgern anzustreben. Sie fordert ferner auf, eine Korrektur des geltenden Rechts zu prüfen, wenn sich im Jahr 1994 die überproportionale Ausgabenentwicklung fortsetzen sollte.

Stand der Umsetzung

Zum jetzigen Zeitpunkt kann noch nicht vollständig beurteilt werden, inwieweit die Länder und Kommunen auf eine einvernehmliche Preisfindung zwischen Anbietern und Kostenträgern, die sich im Rahmen der Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes bewegt, hinwirken. Die Tendenz ist nicht ermutigend. Einseitige Gebührenfestsetzungen nach landes- und kommunalrechtlichen Bestimmungen haben dazu geführt, daß derzeit in mehreren Ländern Gerichtsverfahren anhängig sind. Positiv ist jedoch die Vereinbarung von Benutzungsentgelten zwischen den Anbietern und den Krankenkassen zu bewerten, die im Freistaat Bayern für den Zeitraum vom 1. Juli 1994 bis 31. Dezember 1995 geschlossen wurde. Auch wenn bei dieser Bewertung zu berücksichtigen ist, daß im Jahr 1993 die Benutzungsentgelte durch eine einseitige Festsetzung, die durch das Land erfolgte, weit über die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen angehoben worden waren, zeigt das bayerische Beispiel, daß nunmehr auch einzelne Bundesländer die Zeichen der Zeit erkennen und sich zu gesamtwirtschaftlich verantwortlichem Verhalten verpflichtet fühlen.

Die Ergebnisse der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. Halbjahr 1994 zeigen, daß sich die überproportionale Ausgabenentwicklung fortsetzt. In den alten Bundesländern stiegen die Ausgaben für Fahrkosten pro GKV-Mitglied gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 15,2% an, im Beitrittsgebiet sogar um 26,3%. Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Bundestag im Rahmen des GKV-Anpassungsgesetzes eine Regelung zum § 133 Abs. 2 SGB V beschlossen, wonach den Krankenkassen bei einer Festlegung der Benutzungsentgelte nach landes- oder kommunalrechtlichen Bestimmungen eine erleichterte Möglichkeit zur Festsetzung von Festbeträgen eingeräumt werden soll. Die Regelung fand jedoch nicht die Zustimmung des Bundesrates. Die Bundesregierung sieht angesichts der anhaltenden Ausgabenexpansion auch weiterhin gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

IV. Beitrag der Konzierten Aktion zur Sicherung der Beitragssatzstabilität

Der in § 141 Abs. 2 SGB V erhobene Forderung, daß die Konzierte Aktion mit ihren Empfehlungen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität beizutragen habe, wurde von den Beteiligten im Berichtszeitraum nicht entsprochen. Die Beitragssatzexpansionen ab 1992 resultieren nicht zuletzt aus der Tatsache, daß

die Konzierte Aktion im Berichtszeitraum keine wirksamen Empfehlungen über die Veränderungen der Vergütungen in den einzelnen Versorgungsbereichen abgegeben hat, die eine grundlohnorientierte Ausgabenentwicklung sicherstellen konnten. So kamen keinerlei Empfehlungen zu den zentralen Leistungsbereichen ambulante ärztliche Versorgung und ambulante zahnärztliche Versorgung sowie zum Arzneimittelbereich zustande. Die im Dezember 1991 verabschiedeten Empfehlungen zur stationären Versorgung und zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln enthielten im wesentlichen unverbindliche Absichtserklärungen und konnten die Ausgabenexpansion in diesen Bereichen nicht stoppen.

Bereits in seinem ersten Bericht vom 23. Dezember 1991 hatte das Bundesministerium für Gesundheit darauf hingewiesen, daß Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen nach seiner Auffassung regelmäßig, d. h. in jährlichem Turnus, abgegeben werden sollten. Nur so könnten den sektorenspezifischen Empfehlungen die aktuellen Daten über die aktuelle Ausgabenentwicklung sowie über die voraussichtliche Grundlohnentwicklung, basierend auf den gesamtwirtschaftlichen Daten, zugrunde gelegt werden. Dabei sei es auch wichtig, daß eine regelmäßige Bilanz des bisher Erreichten durchgeführt und daraus entsprechende Schlußfolgerungen gezogen werden. Auch dieser Forderung würde im Betrachtungszeitraum des zweiten Berichts nicht entsprochen.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß durch die strikten Budgetierungsregelungen in den Jahren 1993 bis 1995 Vorgaben der Konzierten Aktion zu den Veränderungen der Vergütungen in zentralen Leistungssektoren insofern überflüssig erscheinen, als der Vergütungsrahmen bereits gesetzlich vorgegeben ist. Empfehlungen über Veränderungen der Vergütungen in den einzelnen Versorgungsbereichen erhalten insofern erst nach Ende des Budgetierungszeitraums wieder eine verstärkte Bedeutung.

Für den Betrachtungszeitraum vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes unter Einschluß der Ergebnisse der Sitzung der Konzierten Aktion vom 3. Dezember 1991 muß jedoch festgestellt werden, daß

- durch das Nichtzustandekommen von Empfehlungen in zentralen Versorgungsbereichen,
- unverbindliche Aussagen in den Bereichen, in denen es zu Empfehlungen kam, und
- die mangelnde Umsetzung dieser Empfehlungen

die Ausgabenexplosion bis Ende 1992 begünstigt wurde und in dessen Folge die Beitragssätze stark anstiegen.

Insofern konnte die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen der ihr vom Gesetzgeber zugedachten Steuerungsfunktion nicht gerecht werden. Der Handlungsbedarf für den Gesetzgeber zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung und zur Stabilisierung der Beitragssätze der GKV resultierte somit auch aus der mangelnden Handlungsfähigkeit der Beteiligten der Selbstverwaltung und der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen.

V. Erweiterung des Teilnehmerkreises der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Losgelöst von den bereits im ersten Bericht festgestellten Funktionsdefiziten wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Erweiterung des Teilnehmerkreises der Konzertierte Aktion vorgenommen. Nach dieser Erweiterung beruft der Bundesminister für Gesundheit neben den bereits vorher laut § 141 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu berufenden „Vertretern der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhaus-träger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und kommunalen Spitzenverbände“ zusätzlich „je einen Vertreter der Gesundheitshandwerker, der Heilmittelerbringer, des Kur- und Bäderwesens, der Pflegeberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behindertenverbände und der Verbraucherverbände“.

Mit dieser Gesetzesänderung wird erstmalig seit Bestehen der Konzertierte Aktion im Jahr 1977 eine Erweiterung des Teilnehmerkreises vorgenommen. Die neu zu berufenden Interessengruppen haben neben den „klassischen“ Teilnehmern der Konzertierte Aktion eine wichtige Rolle in der gesundheits- und sozialpolitischen Willensbildung. Gesundheitshandwerker und Heilmittelerbringer vertreten einen Versorgungsbereich, der häufig durch sehr starke Wachstumsraten gekennzeichnet war, und ohne deren Mitwirkung eine wirksame Ausgabenbegrenzung in diesem Sektor dauerhaft nicht möglich erscheint. Auch das Kur- und Bäderwesen repräsentiert einen wichtigen Sektor, der bislang bei den Beratungen der Konzertierte Aktion weitgehend unberücksichtigt blieb. Die Pflegeberufe sind ein entscheidender Leistungsträger im Bereich der stationären Versorgung. Die Rahmenbedingungen in der Krankenpflege stehen insbesondere in den letzten Jahren häufig im Zentrum gesundheitspolitischer Diskussionen und bildeten auch bereits ein Themenschwerpunkt einer Konzertierte Aktion im Jahr 1990. Die Freien Wohlfahrtsverbände sind als Träger verschiedenster caritativer Einrichtungen im Gesundheitswesen ebenso wichtige gesundheitspolitische Organisationen wie die Behindertenverbände und die Verbraucherverbände, die eine Vielzahl von Interessen chronisch Kranker und behinderter Patienten vertreten bzw. entscheidend dazu beitragen können, für mehr Transparenz im Gesundheitswesen im Interesse der Konsumenten zu sorgen. Die explizite Begrenzung des neu zu berufenden Teilnehmerkreises auf je einen Vertreter ist zwingend erforderlich, um die Funktionsfähigkeit eines bereits vorher sehr heterogenen und zahlenmäßig großen Gremiums nicht zu beeinträchtigen.

VI. Notwendigkeit von Verfahrensregeln zum Inhalt und Ablauf der Konzertierte Aktion

Die in diesem zweiten und auch bereits im ersten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit dargestellte Entwicklung der Konzertierte Aktion macht deutlich, daß die mangelnde Funktionsfähigkeit dieses Gremiums u. a. darauf zurückzuführen

ist, daß es bislang keine wirksamen Verfahrensregeln zum Inhalt und Ablauf der Sitzungen der Konzertierte Aktion und des Vorbereitenden Ausschusses gibt.

30 Sitzungen haben seit der Einrichtung der Konzertierte Aktion im Jahr 1977 stattgefunden. Dabei muß festgestellt werden, daß die Beratungen und Ergebnisse sich in den letzten Jahren zunehmend in fruchtlosen Diskussionen und dem Vortragen vorformulierter Statements der einzelnen Beteiligten erschöpfte. Gemeinsame Empfehlungen und Vorschläge zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität kamen nicht mehr zustande. Das ungeschriebene „Gesetz der Einstimmigkeit“, das der Verabschiedung von Empfehlungen und Vorschlägen der Konzertierte Aktion häufig im Wege stand, verhinderte bei dem heterogenen Teilnehmerkreis das Zustandekommen eines gemeinsamen Nenners. Die Erweiterung des Mitgliederkreises durch das Gesundheitsstrukturgesetz (vgl. Abschnitt C. V) entsprach zwar der Notwendigkeit, wichtige Interessengruppen in die Meinungsbildung der Konzertierte Aktion einzubeziehen. Allerdings macht diese Erweiterung die Konsensfindung nicht einfacher.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit bei der Herbstsitzung vom 14. Dezember 1993 mit dem Vorbereitenden Ausschuss vorabgestimmte Verfahrensregeln vorgeschlagen, um die Funktion der Konzertierte Aktion als wirksames Beratungsgremium für die Gesundheitspolitik zu gewährleisten.

Nachdem ein Konsens über Verfahrensregeln der Konzertierte Aktion im Rahmen dieser Sitzung aufgrund der ablehnenden Haltung einiger weniger Teilnehmer dieses Gremiums nicht erreicht werden konnte, wurde in dem vom Deutschen Bundestag am 20. Mai 1993 beschlossenen Gesetz zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften – GKV-Anpassungsgesetz (GKVAnpG) (BR-Drucksache 466/94) eine Ergänzung der Regelungen des § 141 Abs. 3 vorgesehen. Danach erläßt „der Bundesminister für Gesundheit Regeln zum Ablauf der Sitzungen und zum Verfahren der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Durch die Einführung von Regeln für den Ablauf der Sitzungen und zum Verfahren der Konzertierte Aktion durch den Bundesminister für Gesundheit soll die Funktion dieses Gremiums als wirksames Beratungsinstrument der Gesundheitspolitik sichergestellt werden. Die Verfahrensregeln sollen dazu beitragen, daß die Konzertierte Aktion ihrer in § 141 Abs. 1 umschriebenen Aufgabe, „medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten sowie Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen miteinander abzustimmen“, gerecht werden kann.

Auch nachdem der Bundesrat das GKV-Anpassungsgesetz abgelehnt hat, sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, durch wirksame Verfahrensregeln die Funktionsfähigkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sicherzustellen.

D. Anhang

I. Tabellen, Graphiken, Übersichten

	Seite
Tabelle 1 Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten – im Jahresdurchschnitt – 1970 bis 1993	37
Tabelle 2 Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten – zum 1. Januar – 1970 bis 1994	38
Tabelle 3 Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen der GKV 1970 bis 1994	39
Tabelle 4 Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV (früheres Bundesgebiet) nach Kassenarten	40
Tabelle 5 Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV (Beitrittsgebiet) nach Kassenarten	41
Tabelle 6 Entwicklung von Finanzsalden und Finanzreserven in der GKV 1982 bis 1. Halbjahr 1994	42
Tabelle 7 Entwicklung von Finanzsalden in der GKV nach Kassenarten 1991 bis 1. Halbjahr 1994	43
Tabelle 8 Mitglieder der GKV und deren mitversicherte Familienangehörigen 1991 bis 1993	44
Tabelle 9 Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr 1970 bis 1993	45
Tabelle 10 Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten Werte je Mitglied einschließlich Rentner und Veränderungen gegenüber dem Vorjahr 1970 bis 1993	46
Tabelle 11 Entwicklung der Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV – Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr –	47
Tabelle 12 Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung 1987 bis 1994	48
Tabelle 13 Ausgabenentwicklung für zahnärztliche Behandlung 1987 bis 1994	49
Tabelle 14 Ausgabenentwicklung für Zahnersatz 1987 bis 1994	50
Tabelle 15 Ausgabenentwicklung für kieferorthopädische Behandlung 1987 bis 1994	51
Tabelle 16 Ausgabenentwicklung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken 1987 bis 1994	52
Tabelle 17 Ausgabenentwicklung für Heil- und Hilfsmittel 1987 bis 1994 ..	53
Tabelle 18 Ausgabenentwicklung für orthopädische Heil- und Hilfsmittel 1987 bis 1994	54
Tabelle 19 Ausgabenentwicklung für Sehhilfen 1987 bis 1994	55
Tabelle 20 Ausgabenentwicklung für Hörhilfen 1987 bis 1994	56
Tabelle 21 Ausgabenentwicklung für Heilmittel insgesamt 1987 bis 1994 ..	57
Tabelle 22 Ausgabenentwicklung für medizinische Badebetriebe 1987 bis 1993	58

	Seite
Tabelle 23 Ausgabenentwicklung für Masseure 1987 bis 1993	59
Tabelle 24 Ausgabenentwicklung für Krankengymnasten 1987 bis 1993 ...	60
Tabelle 25 Ausgabenentwicklung für sonstige Heilpersonen 1987 bis 1994	61
Tabelle 26 Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung 1987 bis 1994	62
Tabelle 27 Ausgabenentwicklung für Fahrkosten insgesamt 1987 bis 1994 .	63
Tabelle 28 Ausgabenentwicklung für Krankentransport und Rettungs- wesen insgesamt 1987 bis 1993	64
Tabelle 29 Ausgabenentwicklung für Taxen und Mietwagen 1987 bis 1993	65
Tabelle 30 Ausgabenentwicklung für Flugrettung 1987 bis 1993	66
Tabelle 31 Veränderung der Ausgaben der GKV im Beitrittsgebiet sowie Vergleich des Ausgabenniveaus mit dem früheren Bundesge- biet (je Mitglied und je Versicherten)	67
Tabelle 32 Ausgabenentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 1994 (Verände- rungsraten je Mitglied)	68
Tabelle 33 Daten zu den Budgetierungsbereichen (früheres Bundesgebiet)	69
Tabelle 34 Daten zu den Budgetierungsbereichen (Beitrittsgebiet)	70
Figur 1 Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (früheres Bundesgebiet) 1980 bis 1994	71
Figur 2 Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (Beitrittsgebiet) 1991 bis 1994	72
Figur 3 Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (Bundessumme insgesamt) 1991 bis 1994	73
Figur 4 Entwicklung der Beitragssatzspanne der GKV (früheres Bun- desgebiet) 1991 bis 1994	74
Figur 5 Entwicklung der Beitragssatzspanne der GKV (Beitrittsgebiet) 1991 bis 1994	75
Figur 6 Veränderungsraten der Ausgaben in ausgewählten Leistungs- bereichen der GKV je Mitglied in v. H. (früheres Bundesgebiet) 1992 und 1993	76
Figur 7 Veränderungsraten der Ausgaben in ausgewählten Leistungs- bereichen der GKV je Mitglied in v. H. (Beitrittsgebiet) 1992 und 1993	77
Figur 8 Veränderung der Leistungsausgaben und der beitragspflichti- gen Einnahmen je Mitglied im Beitrittsgebiet 1991 bis 1993	78
Figur 9 Veränderung der Leistungsausgaben und der beitragspflichti- gen Einnahmen je Mitglied im früheren Bundesgebiet in v. H. 1970 bis 1993	79
Figur 10 Entwicklung von Verordnungen und Umsatz auf dem GKV-Fer- tigarzneimittelmarkt 1981 bis 1993 im früheren Bundesgebiet ..	80
Figur 11 Entwicklung von Verordnungen und Umsatz auf dem GKV-Fer- tigarzneimittelmarkt 1981 bis 1993 im Beitrittsgebiet	81

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes
nach Kassenarten - im Jahresdurchschnitt - 1970 bis 1993**

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	6,60	9,60	8,07	8,89
1971	8,13	8,08	7,53	7,81	6,26	9,60	7,99	8,66
1972	8,39	8,40	7,80	8,07	6,20	11,60	8,21	8,85
1973	9,13	9,11	8,37	8,58	7,70	11,60	8,97	9,73
1974	9,46	9,49	8,76	9,15	7,70	11,60	9,60	9,83
1975	10,43	10,64	9,42	10,38	9,00	11,90	10,17	10,69
1976	11,28	11,32	10,19	11,09	9,97	12,60	11,05	11,85
1977	11,37	11,40	10,39	11,19	10,20	12,60	11,40	11,83
1978	11,41	11,52	10,58	11,36	10,20	12,60	11,45	11,60
1979	11,26	11,47	10,46	11,18	9,90	12,60	11,03	11,22
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	9,90	12,60	11,01	11,22
1981	11,80	12,11	10,69	11,44	10,60	12,60	11,18	11,87
1982	11,98	12,37	10,89	11,73	10,60	12,06	11,40	11,94
1983	11,83	12,16	10,58	11,53	9,80	11,60	11,09	11,91
1984	11,43	11,80	10,13	11,07	9,50	11,60	10,60	11,51
1985	11,81	12,11	10,29	11,27	10,50	11,60	11,33	12,10
1986	12,20	12,69	10,80	12,01	11,70	11,60	11,49	12,10
1987	12,62	13,16	11,18	12,66	12,30	12,36	11,62	12,42
1988	12,90	13,46	11,45	12,79	12,80	13,13	11,95	12,69
1989	12,91	13,48	11,48	12,74	12,80	13,30	11,96	12,68
1990	12,53	13,13	11,10	12,28	12,52	13,30	11,23	12,32
1991	12,20	12,75	10,84	11,94	11,90	12,70	11,01	12,04
1992	12,74	13,46	11,33	12,54	11,90	13,90	11,10	12,37
1993	13,41	14,05	11,86	13,27	13,10	13,90	12,39	13,18

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KG 1

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes
nach Kassenarten im Beitrittsgebiet - im Jahresdurchschnitt - 1991 bis 1993**

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991 ¹⁾	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
1992	12,81	12,80	11,81	12,45	12,54	12,80	12,00	12,54
1993	12,62	13,11	11,71	12,14	11,90	12,80	11,86	12,19

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

¹⁾ Beitragssatz gemäß Einigungsvertrag einheitlich 12,80 v.H.

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KG 1

Tabelle 2

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes
nach Kassenarten - zum 1. Januar - 1970 bis 1994**

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1970 ¹⁾	8,24	8,16	7,49	7,81	6,60	9,60	8,10	9,07
1971	8,12	8,09	7,47	7,79	6,60	9,60	8,00	8,88
1972	8,25	8,24	7,62	7,96	6,20	9,60	8,05	8,68
1973	9,01	8,95	8,19	8,47	6,20	11,60	8,97	9,37
1974	9,36	9,35	8,63	8,95	8,00	11,60	9,38	9,81
1975	10,01	10,22	9,06	10,08	8,80	11,60	9,93	10,16
1976	11,21	11,25	10,05	11,01	9,20	12,60	10,95	11,84
1977	11,36	11,38	10,39	11,14	10,20	12,60	11,35	11,84
1978	11,47	11,51	10,61	11,34	10,20	12,60	11,46	11,82
1979	11,26	11,46	10,49	11,23	9,90	12,60	11,40	11,23
1980	11,36	11,69	10,49	11,21	9,90	12,60	11,02	11,22
1981	11,74	12,02	10,65	11,40	10,60	12,60	11,07	11,88
1982	11,97	12,36	10,86	11,65	10,60	12,60	11,47	11,94
1983	11,93	12,30	10,81	11,65	9,80	11,60	11,35	11,93
1984	11,46	11,83	10,23	11,10	9,50	11,60	10,62	11,51
1985	11,73	11,96	10,24	11,22	10,50	11,60	11,35	12,11
1986	12,15	12,62	10,72	11,99	11,70	11,60	11,51	12,11
1987	12,47	13,11	11,13	12,64	11,70	11,60	11,48	12,10
1988	12,89	13,47	11,42	12,79	12,80	12,60	11,97	12,70
1989	12,90	13,47	11,48	12,75	12,80	13,30	11,95	12,68
1990	12,78	13,33	11,35	12,43	12,80	13,30	11,26	12,66
1991	12,22	12,76	10,87	11,95	11,90	12,70	11,13	12,04
1992	12,46	13,17	11,04	12,33	11,90	13,90	11,06	12,04
1993	13,42	14,07	11,77	13,28	13,10	13,90	12,40	13,19
1994	13,35	13,87	11,98	13,07	13,10	13,90	12,46	13,31
01.07.1994	13,22	13,60	12,01	12,84	13,10	13,90	12,44	13,30

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

¹⁾ Stichtag 1.4.

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KM 1

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes
nach Kassenarten im Beitragsgebiet - zum 1. Januar - 1991 bis 1994**

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991 ¹⁾	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
1992	12,73	12,80	11,95	12,68	12,80	12,80	12,80	12,80
1993	12,54	12,96	11,73	12,20	11,90	12,80	11,88	12,17
1994	12,97	13,40	11,77	12,00	9,90	12,80	11,85	12,89
01.07.1994	12,96	13,45	11,57	12,01	9,90	12,80	11,84	12,89

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

¹⁾ Beitragssatz gemäß Einigungsvertrag einheitlich 12,80 v.H.

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KM 1

Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV 1970 bis 1994

Gültig ab	früheres Bundesgebiet	Beitrittsgebiet
1.1.1970	1.200	.
1.1.1975	2.100	.
1.1.1980	3.150	.
1.1.1981	3.300	.
1.1.1982	3.525	.
1.1.1983	3.750	.
1.1.1984	3.900	.
1.1.1985	4.050	.
1.1.1986	4.200	.
1.1.1987	4.275	.
1.1.1988	4.500	.
1.1.1989	4.575	.
1.1.1990	4.725	.
1.7.1990	4.725	2.025
1.1.1991	4.875	2.250
1.7.1991	4.875	2.550
1.1.1992	5.100	3.600
1.1.1993	5.400	3.975
1.1.1994	5.700	4.425

Tabelle 4

Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV (früheres Bundesgebiet) nach Kassenarten

	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN	
Rücklagen/Beitriebsmittel In Mio. DM	31.12.1991	15.853	5.717	2.272	1.147	382	19	261	414	5.437
Rücklagen/Beitriebsmittel In Mio. DM	31.12.1992	6.412	2.262	1.213	662	37	-1	138	162	1.583
Rücklagen/Beitriebsmittel In Mio. DM	31.12.1993	14.863	4.891	2.394	1.179	501	1	147	481	5.355

	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN
Finanzsaldo in Mio. DM 1. Halbjahr 199	564	-44	-218	48	46	9	14	-73	782
Zahlungen Rücklagen/Beizubehalt in Mio. DM 1. Halbjahr 199	-191	1.260	-388	77	---	1	39	-145	-892

¹⁾ In den ersten 6 Monaten wurden lt. Angaben des BVA bei den vorläufigen Abschlägen in der Summe mehr gezahlt als empfangen.

	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN	
Eigenmittelquote	31.12.1991	1,16	0,97	1,39	1,83	1,40	0,89	0,68	1,72	1,26
Eigenmittelquote	31.12.1992	0,43	0,35	0,68	0,97	1,28	-0,07	0,28	0,66	0,32
Eigenmittelquote	31.12.1993	1,02	0,77	1,39	1,69	1,73	0,62	0,31	1,73	1,12

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN
0 allgem. BTS	01.01.1991	12,22	12,76	10,87	11,95	0,00	11,90	12,70	11,13	12,04
0 allgem. BTS	01.01.1992	12,46	13,17	11,04	12,33	0,00	11,80	13,80	11,06	12,04
0 allgem. BTS	01.01.1993	13,42	14,07	11,77	13,28	0,00	13,10	13,80	12,40	13,19
0 allgem. BTS	01.12.1993	13,40	14,01	11,87	13,28	0,00	13,10	13,90	12,37	13,17
0 allgem. BTS	01.01.1994	13,35	13,87	11,98	13,07	0,00	13,10	13,80	12,46	13,31
0 allgem. BTS	01.07.1994	13,22	13,60	12,01	12,84	0,00	13,10	13,80	12,44	13,30

Quellen: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1, KM 1 und eigene Berechnungen

Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV (Beitrittsgebiet) nach Kassenarten

	GKV	AOK	BKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	FAN	
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.1991	2.491	1.244	331	151	4	186	29	524
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.1992	1.952	310	341	307	21	299	46	591
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.1993	2.845	227	625	514	30	349	75	974

	GKV	AOK	BKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN		
Finanzsaldo in Mio. DM	1. Halbjahr 199	395	-34	-22	40	3	-1	-12	-1	421
Zahlungen										
Risikostrukturausgleich										
in Mio. DM	1. Halbjahr 199	-181	352	-47	-79	-----	-5	-30	-11	-199

¹⁾ In den ersten 6 Monaten wurden lt. Angaben des BVA bei den vorläufigen Abschlägen in der Summe mehr gezahlt als empfangen.

	GKV	AOK	BKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	FAN	
Eigenmittelquote 31.12.1991	1,21	0,88	2,56	3,98	5,17	10,88	2,72	4,72	0,95
Eigenmittelquote 31.12.1992	0,65	0,18	1,66	3,31	11,57	13,05	2,72	4,20	0,71
Eigenmittelquote 31.12.1993	0,88	0,12	2,98	4,20	13,21	18,24	3,04	5,99	1,09

	GKV	A.O.K.	BKK	LKK	SeKK	BKN	E.A.R.	E.A.N.
0 allgem. BTS	01.01.1991	12,80	12,80	12,80	0,00	12,80	12,80	12,80
0 allgem. BTS	01.01.1992	12,73	12,80	11,95	0,00	12,80	12,80	12,80
0 allgem. BTS	01.01.1993	12,54	12,96	11,73	0,00	11,90	12,80	12,17
0 allgem. BTS	01.12.1993	12,74	13,40	11,70	0,00	11,80	12,80	12,18
0 allgem. BTS	01.01.1994	12,97	13,40	11,77	0,00	9,90	12,80	12,89
0 allgem. BTS	01.07.1994	12,96	13,45	11,57	0,00	9,90	12,80	12,88

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1, KM 1 und eigene Berechnungen

Entwicklung von Finanzsalden und Finanzreserven in der GKV 1982 bis 1. Halbjahr 1994

- In Mio. DM -

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1. bis 2. Quartal 1994 *)
Überschüsse/Defizite pro Jahr	4.485	2.792	-2.871	-2.277	-1.361	77	-1.737	9.755	6.099	-5.593	-9.098	9.058	584
Rücklagen/Betriebsmittel zum 31.12.	12.705	15.081	12.055	9.651	8.247	8.282	6.540	16.078	21.829	15.854	6.412	14.963	-----

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1; *) KV 45

Entwicklung von Finanzsalden und Finanzreserven in der GKV von 1991 bis 1. Halbjahr 1994 im Beitrittsgebiet

- In Mio. DM -

	1991	1992	1993	1. bis 2. Quartal 1994 *)
Überschüsse/Defizite pro Jahr	2.773	-256	1.353	395
Rücklagen/Betriebsmittel zum 31.12.	2.491	1.953	2.845	-----

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1; *) KV 45

Entwicklung von Finanzsalden in der GKV nach Kassenarten 1991 bis 1. Halbjahr 1994

- In Mio. DM -

früheres Bundesgebiet	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN
1991	-5.593	-2.652	-672	-323	-47	-11	-157	-99	1.632
1992	-9.098	-3.413	-1.054	-421	-12	-21	-101	-247	-3.828
1993	9.058	2.827	1.199	572	132	12	23	360	3.934
1. Halbjahr 1994	564	-44	-218	48	46	9	14	-73	782

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1, KV 45

Entwicklung von Finanzsalden in der GKV nach Kassenarten 1991 bis 1. Halbjahr 1994 im Beitrittsgebiet

- In Mio. DM -

Beitrittsgebiet	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeKK	BKN	EAR	EAN
1991	2.773	1.338	350	183	5	19	233	31	615
1992	-256	-748	11	195	17	16	117	17	119
1993	1.353	49	285	301	13	13	150	29	512
1. Halbjahr 1994	395	-34	-22	40	3	-1	-12	-1	421

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1, KV 45

Mitglieder (M) der GKV und deren mitversicherte Familienangehörigen (F) 1991 bis 1993

früheres Bundesgebiet	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991 M	39.010.624	16.663.123	4.572.133	2.054.607	706.711	47.283	922.062	724.566	13.320.139
F	17.831.551	6.945.506	2.531.755	1.057.158	625.184	27.949	429.163	431.668	5.783.168
1992 M	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1993 M	39.010.624	16.663.123	4.572.133	2.054.607	706.711	47.283	922.062	724.566	13.320.139
F	17.831.551	6.945.506	2.531.755	1.057.158	625.184	27.949	429.163	431.668	5.783.168
Beitrittsgebiet									
1991 M	11.680.681	7.153.666	902.637	295.737	7.911	11.638	418.719	42.656	2.847.717
F	2.758.904	807.667	177.140	88.666	11.414	2.556	84.061	17.453	1.569.947
1992 M	2.758.904	807.667	177.140	88.666	11.414	2.556	84.061	17.453	1.569.947
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1993 M	3.258.305	1.179.392	259.244	98.216	10.484	26.704	69.784	18.454	1.620.241
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Familienangehörige je 100 Mitglieder

früheres Bundesgebiet	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991	45,71	41,68	55,37	51,45	88,46	59,11	46,54	59,58	43,42
1992	41,68	55,37	51,45	88,46	59,11	46,54	59,58	43,42	0,00
1993	41,57	54,62	49,64	85,03	60,42	43,99	58,43	42,49	0,00
Beitrittsgebiet									
1991	23,62	11,29	19,62	29,98	144,28	21,96	20,08	40,92	55,13
1992	20,08	32,06	25,48	80,04	27,69	16,38	36,56	54,84	0,00
1993	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KM 5 und eigene Berechnungen

Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten - Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr 1970 bis 1993 -
- insgesamt in Mio. DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnarztsatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1970	1.874	488	269	1.083	212	1.565	2.688	786	8.965	548	9.513
1971	3.185	863	401	2.021	372	2.847	3.898	1.328	14.815	961	16.876
1972	5.458	1.708	828	4.224	667	6.008	2.487	2.488	23.848	1.330	25.178
1973	11.259	4.130	1.802	9.801	2.692	17.534	4.664	4.921	56.171	2.818	60.989
1974	11.283	4.297	6.313	9.642	3.054	16.226	4.733	9.400	63.588	2.978	66.564
1975	12.489	4.808	8.949	9.849	3.340	20.464	4.809	6.552	68.614	3.209	71.823
1976	13.184	4.968	6.756	10.651	3.634	21.865	5.308	6.575	71.480	3.328	74.808
1977	14.122	5.222	4.358	12.572	4.391	23.252	5.941	6.698	71.436	3.628	75.064
1978	15.368	5.518	7.351	12.573	4.831	25.455	6.654	8.168	71.436	3.828	75.264
1979	16.491	5.937	8.110	13.631	5.273	27.321	8.440	8.201	82.204	4.167	86.371
1980	16.917	6.072	8.989	13.777	5.646	29.152	8.987	8.766	82.576	4.549	87.125
1981	17.764	6.281	9.664	14.449	6.234	30.477	9.747	8.597	85.997	4.786	90.783
1982	18.924	6.663	7.338	16.645	6.064	32.384	8.901	10.443	103.682	5.118	108.800
1983	18.660	6.668	7.668	16.603	6.512	34.020	8.978	11.208	108.704	6.404	115.108
1984	20.285	7.185	6.937	17.828	7.221	36.529	8.675	11.463	114.061	6.807	118.868
1985	20.988	7.370	6.283	18.888	7.848	38.180	7.391	11.892	118.930	6.067	124.997
1986	21.650	7.892	9.851	20.435	8.805	39.489	7.782	12.455	128.069	6.317	134.376
1987	22.653	7.884	9.861	20.217	7.826	40.816	7.760	11.396	129.242	6.685	135.927
1988	24.371	8.172	4.940	21.841	8.424	44.595	8.778	13.217	134.238	7.416	141.654
1989	26.737	8.131	6.613	24.486	9.685	49.124	10.184	18.974	151.634	8.180	159.814
1990	28.935	10.160	6.841	27.084	10.844	53.944	10.819	18.123	167.850	8.026	175.876
1991	29.888	10.410	4.913	21.813	10.905	56.951	10.782	20.420	168.082	8.270	176.352

Veränderungen in v.H.

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnarztsatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1976	6,8	4,1	27,1	8,3	18,3	-13,2	1,6	91,0	9,3	5,8	9,1
1977	4,7	7,2	1,7	2,1	4,9	34,4	3,7	-40,9	4,8	7,8	4,8
1978	6,6	7,8	6,6	8,1	15,1	6,8	8,1	5,8	7,3	3,7	7,1
1979	7,0	5,1	12,5	6,8	13,3	6,3	11,8	14,0	8,4	9,0	8,4
1980	8,7	6,7	13,8	10,8	12,1	8,6	12,0	21,8	11,0	6,9	10,8
1981	7,4	7,6	10,3	8,4	8,0	7,3	-3,2	10,4	7,3	8,0	7,3
1982	2,6	2,3	-13,8	1,1	-4,3	8,3	-8,4	-2,4	0,5	8,6	0,8
1983	3,4	3,4	-4,8	4,9	3,7	4,4	-2,0	5,2	3,5	5,4	3,6
1984	6,5	4,5	10,1	7,8	15,9	6,3	8,0	12,9	8,0	6,7	7,8
1985	3,8	1,4	4,8	6,8	7,4	5,1	1,2	7,3	6,0	5,6	5,0
1986	3,2	3,2	-10,0	6,2	10,9	2,2	7,8	7,2	4,9	7,6	5,1
1987	3,3	2,9	-8,9	7,2	4,7	4,8	7,6	4,7	4,3	4,6	4,3
1988	3,3	4,4	63,8	8,2	13,6	3,4	6,3	3,9	7,7	4,1	7,5
1989	4,6	0,0	-49,6	-1,1	-12,1	3,4	0,0	-8,5	-3,8	5,8	-3,3
1990	7,6	6,2	-0,5	8,0	7,6	8,9	12,8	15,0	10,8	10,8	9,0
1991	9,7	11,7	16,0	12,1	16,0	10,2	16,0	26,2	13,0	10,3	12,8
1992	8,2	11,3	21,8	10,8	12,0	9,8	7,2	10,7	10,7	10,3	10,7
1993	3,3	2,5	-28,2	-19,5	0,6	5,6	-1,2	6,8	-1,1	2,7	-0,9

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnarztsatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1970-75	15,6	19,3	38,2	16,1	31,1	23,9	13,6	13,8	19,5	18,0	19,4
1976-80	6,4	6,0	12,3	7,2	13,8	8,8	7,4	18,3	9,2	6,8	8,1
1981-85	6,1	6,1	1,3	6,8	6,1	6,3	-0,7	6,7	4,9	5,8	4,8
1986-90	4,4	4,2	-3,1	5,7	5,7	5,6	6,7	3,8	4,4	5,6	4,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1 und eigene Berechnungen

Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten - Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr 1991 bis 1993 - im neuen Bundesgebiet
- insgesamt in Mio. DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnarztsatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1991	3.934	1.684	1.187	3.988	1.082	7.970	922	1.868	21.833	1.297	23.130
1992	4.448	2.382	2.704	5.464	1.817	10.312	1.394	3.209	31.710	1.810	33.520
1993	6.175	2.508	1.194	6.689	2.107	11.552	1.872	3.953	34.640	2.379	37.019

Veränderungen in v.H.

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnarztsatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1992	33,4	49,1	127,7	37,0	67,8	28,4	51,3	72,0	44,6	32,1	44,7
1993	16,4	6,2	-55,9	3,8	16,0	12,0	34,3	23,5	7,4	19,7	9,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1 und eigene Berechnungen

Tabelle 10

Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten
- Werte je Mitglied einschließlich Rentner und Veränderungen gegenüber dem Vorjahr 1970 bis 1993 -
- in DM -

Jahr	Ärztliche Behandlung	Zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1970	69	17	10	40	8	59	125	4	331	21	352
1971	111	33	14	70	13	103	162	13	519	30	549
1972	178	56	27	136	22	196	222	52	778	44	822
1973	336	123	125	266	77	524	185	91	1.737	84	1.821
1974	395	128	158	287	91	573	199	103	1.894	88	1.982
1975	309	136	180	291	90	605	206	103	1.969	95	2.064
1976	364	145	187	310	112	636	219	106	2.078	96	2.175
1977	405	150	186	328	125	667	241	123	2.223	104	2.327
1978	433	153	207	355	137	719	265	110	2.432	110	2.542
1979	462	166	227	382	140	765	254	176	2.582	118	2.700
1980	472	170	195	385	141	813	232	177	2.587	127	2.714
1981	496	175	186	404	146	851	228	192	2.678	134	2.812
1982	526	182	204	432	166	900	245	220	2.877	142	3.019
1983	543	184	212	459	180	940	244	240	3.002	149	3.151
1984	557	189	189	484	188	1.002	281	241	3.129	160	3.289
1985	571	201	171	514	214	1.040	279	249	3.239	165	3.404
1986	585	208	261	552	241	1.087	296	251	3.461	171	3.632
1987	608	207	131	543	210	1.096	297	218	3.310	180	3.490
1988	642	215	126	576	222	1.175	326	254	3.538	196	3.734
1989	691	248	145	633	250	1.269	369	325	3.918	211	4.129
1990	737	259	174	690	276	1.375	380	376	4.277	230	4.507
1991	757	264	125	553	276	1.443	384	407	4.209	239	4.448

Veränderungen in v.H.

1976	5,7	4,1	26,4	7,9	18,2	9,4	2,1	13,2	9,0	4,8	9,8
1977	3,9	0,3	4,3	1,4	6,8	5,6	3,5	0,8	4,0	8,0	4,1
1978	4,1	6,6	4,4	6,5	13,1	5,1	2,8	2,9	5,6	1,1	5,4
1979	5,5	3,4	11,4	5,2	11,6	4,9	10,0	16,0	8,3	8,3	7,0
1980	6,9	3,3	11,3	6,9	9,8	7,8	10,0	30,8	9,4	9,4	9,2
1981	6,7	7,1	9,7	7,8	6,0	6,4	-4,2	10,8	6,2	7,3	6,2
1982	2,2	2,4	-14,1	0,8	-4,8	6,5	-5,7	-0,5	0,2	7,6	0,5
1983	5,1	3,5	-4,6	4,9	3,8	4,5	-1,7	8,3	3,5	5,5	3,8
1984	6,0	4,0	9,5	7,0	15,2	7,4	-0,4	14,4	7,4	6,0	4,4
1985	3,3	1,0	3,9	6,2	6,8	4,4	-0,4	9,4	4,3	4,9	4,4
1986	2,6	7,0	-10,6	5,5	10,1	6,7	7,0	0,3	4,2	7,4	4,4
1987	2,6	2,1	2,1	6,2	7,9	3,8	6,9	3,5	3,5	3,1	3,5
1988	2,5	3,6	52,4	7,4	12,6	2,8	6,1	0,8	6,9	6,7	6,7
1989	4,0	-0,6	-49,9	-1,7	-12,7	-4,1	-0,3	-13,3	-4,1	5,3	-3,9
1990	5,6	4,2	-2,3	6,0	5,6	7,2	10,3	16,8	8,3	8,9	7,0
1991	7,5	9,5	13,7	9,9	12,7	9,0	13,3	27,8	10,7	7,6	10,6
1992	6,7	9,8	20,2	9,1	10,4	6,3	5,8	15,7	9,2	9,2	9,2
1993	2,7	1,9	-28,6	19,8	-0,2	5,0	-1,5	8,4	-1,8	2,0	-1,4

1970-75	13,5	17,0	35,9	14,0	28,5	21,7	12,3	11,9	17,4	14,2	17,3
1975-80	5,2	4,7	10,9	6,0	12,3	7,0	6,4	12,6	7,0	5,8	6,9
1980-85	4,7	3,6	0,8	5,3	5,8	5,5	-1,5	8,4	4,3	6,3	4,4
1985-90	3,4	3,3	-4,0	4,7	4,7	4,8	6,1	1,6	3,4	5,7	3,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1 und eigene Berechnungen

Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten
- Werte je Mitglied einschließlich Rentner und Veränderungen gegenüber dem Vorjahr 1991 bis 1993 -
- in DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	Zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungsausgaben insgesamt	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt
1991	288	137	103	345	84	689	108	133	1.897	112	2.009
1992	384	204	157	471	157	890	163	234	2.736	165	2.900
1993	458	222	106	502	188	1.022	228	288	3.012	211	3.223

Veränderungen in v.H.

1992	33,1	49,8	127,2	30,7	67,8	29,1	51,0	75,9	44,2	47,0	44,4
1993	19,3	8,9	-54,7	6,4	19,8	14,9	39,7	23,2	10,1	27,8	11,1

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1 und eigene Berechnungen

Entwicklung der Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV
- Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr -
- Werte in v.H. -

	1970 bis 1975 bis 1980	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1. bis 2. Quartal 1994
I.																
- ärztliche Behandlung	13,5	5,2	7,0	6,3	2,3	5,1	5,9	3,3	2,8	2,6	2,6	4,0	6,8	7,5	6,7	2,7
- zahnärztliche Behandlung	17,0	4,9	4,0	8,5	2,0	3,5	3,9	0,8	8,9	3,8	2,1	-0,6	4,2	9,6	9,8	8,2
- Zahnarzt	35,5	10,7	11,8	9,2	-14,1	-4,6	9,5	3,9	-10,6	62,4	-9,6	-40,9	-2,3	13,7	20,2	29,1
- Arzneien	14,0	5,9	8,0	7,3	0,7	4,9	7,0	6,2	5,5	7,4	6,4	-1,7	8,0	9,8	9,1	-19,9
- Heil- u. Hilfsmittel	28,5	12,2	10,3	6,9	-4,8	3,8	15,2	8,8	10,2	12,8	7,9	-12,7	6,9	12,7	10,4	13,4
- Krankentransportbehandlung	21,7	6,5	7,8	6,2	8,0	4,7	6,6	4,9	6,3	2,8	3,8	2,7	7,2	8,0	8,3	4,9
- Krankengeld	12,3	6,3	9,8	-4,3	-8,6	-1,8	7,4	0,6	7,0	4,5	6,7	6,1	11,0	14,4	8,4	-1,5
Leistungsausgaben insgesamt	17,4	6,9 (8,8)	8,3 (8,5)	6,2	0,2	3,5	7,4	4,3	4,2	3,5	6,9	-4,4	8,9	10,7	9,2	-1,6
- Verwaltungskosten	14,2	5,8	5,8	7,3	7,8	5,5	6,0	4,8	7,4	3,1	3,8	5,3	8,9	7,8	9,2	2,0
Ausgaben insgesamt	17,3	6,9	8,2	6,2	0,5	3,6	7,4	4,4	4,4	3,6	6,7	-3,9	7,0	10,6	8,2	-1,4
II.																
- Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied a. R.	10,9	6,2	5,4	5,0	4,4	3,8	4,8	3,0	3,1	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0
III.																
- Allgemeiner Beitragssatz in v.H.	1970 - 6,20	1975 - 10,43	1980 - 11,38	11,76	12,00	11,88	11,44	11,80	12,20	12,62	12,90	12,90	12,53	12,20	12,74	13,41
Quadrat Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45	1970 - 6,20	1975 - 10,43	1980 - 11,38	11,76	12,00	11,88	11,44	11,80	12,20	12,62	12,90	12,90	12,53	12,20	12,74	13,41

* Durchschnittliche jährliche Veränderung
... Werte in Klammern ohne Altersbeitragszuschlag

Entwicklung der Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV
- Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr -
- Werte in v.H. -

	1970 bis 1975 bis 1980	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1. bis 2. Quartal 1994
I.																
- ärztliche Behandlung																14,5
- zahnärztliche Behandlung																9,3
- Zahnarzt																23,1
- Arzneien																25,5
- Heil- u. Hilfsmittel																22,0
- Krankentransportbehandlung																16,8
- Krankengeld																23,6
Leistungsausgaben insgesamt																19,8
- Verwaltungskosten																4,8
Ausgaben insgesamt																20,2
II.																
- Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied a. R.																11,3
III.																
- Allgemeiner Beitragssatz in v.H.																12,62
Quadrat Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45																12,62

Tabelle 12

Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	20.966	21.650	22.653	24.371	26.737	28.935	29.888	15.679
Veränderung in v.H.	3,3	3,3	4,6	7,6	9,7	8,2	3,3	3,7
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	571	585	608	642	691	737	757	397
Veränderung in v.H.	2,6	2,5	4,0	5,6	7,5	6,7	2,7	3,4
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik DMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung 1991 bis 1994

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					3.334	4.448	5.175	2.853
Veränderung in v.H.					.	33,4	16,4	11,7
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					288	384	458	257
Veränderung in v.H.					.	33,1	19,3	14,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner					.	29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik DMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für zahnärztliche Behandlung 1987 bis 1994

(ohne Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung)

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	5.958	6.263	6.409	6.883	7.802	8.630	8.929	5.385
Veränderung in v.H.	1,7	5,1	2,3	7,4	13,4	10,6	3,5	6,2
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	182	189	172	181	202	220	226	137
Veränderung in v.H.	1,0	4,3	1,7	5,4	11,1	9,1	2,9	6,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für zahnärztliche Behandlung 1991 bis 1994

(ohne Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung)

Beitrittsgebiet	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	1.441	2.127	2.251	1.362
Veränderung in v.H.		47,6	5,8	6,7
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	125	184	199	123
Veränderung in v.H.		47,3	8,5	7,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner		29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Tabelle 14

Ausgabenentwicklung für Zahnersatz 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	6.283	9.651	4.861	4.840	5.613	6.841	4.913	2.745
Veränderung in v.H.	-8,9	53,6	-49,6	-0,5	16,0	21,9	-28,2	29,1
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	171	261	131	128	145	174	125	70
Veränderung in v.H.	-9,6	52,4	-49,9	-2,3	13,7	20,2	-28,6	28,7
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik. BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Zahnersatz 1991 bis 1994

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					1.187	2.704	1.194	695
Veränderung in v.H.						127,7	-55,8	20,2
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					103	233	106	63
Veränderung in v.H.						127,2	-54,7	23,1
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik. BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für kieferorthopädische Behandlung 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	1.412	1.430	1.284	1.290	1.330	1.530	1.481	742
Veränderung in v.H.	8,0	1,2	-10,2	0,4	3,1	15,1	-3,2	2,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	39	39	35	34	34	39	38	19
Veränderung in v.H.	7,2	0,5	-10,7	-1,4	1,0	13,5	-3,7	2,7
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für kieferorthopädische Behandlung 1991 bis 1994

<i>Beitrittsgebiet</i>	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	143	234	257	166
Veränderung in v.H.		63,9	9,6	21,7
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	12	20	23	15
Veränderung in v.H.		63,5	12,4	24,7
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner		29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Tabelle 16

Ausgabenentwicklung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	18.889	20.435	20.217	21.841	24.488	27.084	21.813	11.045
Veränderung in v.H.	7,2	8,2	-1,1	8,0	12,1	10,6	-19,5	5,0
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	514	552	543	576	633	690	553	280
Veränderung in v.H.	6,2	7,4	-1,7	6,0	9,9	9,1	-19,9	4,7
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken 1991 bis 1994

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					3.988	5.464	5.669	2.976
Veränderung in v.H.						37,0	3,8	22,5
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					345	471	502	268
Veränderung in v.H.						36,7	6,4	25,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Heil- und Hilfsmitteln 1987 bis 1994

früheres Bundesgebiet	(ohne sonstige Heilpersonen)						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	7.849	8.905	7.826	8.424	9.685	10.844	10.905
Veränderung in v.H.	8,7	13,5	-12,1	7,6	15,0	12,0	0,6
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	214	241	210	222	250	276	276
Veränderung in v.H.	7,9	12,6	-12,7	5,6	12,7	10,4	0,2
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0
							1.-2. Qu. 1994
							5.958
							13,4
							151
							13,1
							2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Heil- und Hilfsmitteln 1991 bis 1994

Beitragsgebiet	(ohne sonstige Heilpersonen)						
	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994			
Ausgaben in Mio. DM	1.082	1.817	2.107	1.132			
Veränderung in v.H.		67,9	16,0	18,1			
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	94	157	186	102			
Veränderung in v.H.		67,6	18,9	22,0			
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner		29,3	16,5	11,3			

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Tabelle 18

Ausgabenentwicklung für orthopädische Heil- und Hilfsmittel 1987 bis 1994

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	1.352	1.497	1.463	1.591	1.824	2.056	2.132	1.139
Veränderung in v.H.	6,7	10,7	-2,2	8,7	14,7	12,7	3,7	13,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	37	40	39	42	47	52	54	29
Veränderung in v.H.	6,0	9,9	-2,8	6,7	12,4	11,2	3,1	13,6
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für orthopädische Heil- und Hilfsmittel 1991 bis 1994

Beitrittsgebiet	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	377	562	602	320
Veränderung in v.H.		49,1	7,1	15,6
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	33	49	53	29
Veränderung in v.H.		48,8	9,9	18,4
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner		29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Sehhilfen 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	1.770	2.202	1.180	1.237	1.304	1.338	1.327	579
Veränderung in v.H.	9,8	24,4	-46,4	4,8	5,4	2,8	-0,8	7,4
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	48	60	32	33	34	34	34	17
Veränderung in v.H.	8,8	23,4	-46,7	2,9	3,3	1,1	-1,4	7,1
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMD, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Sehhilfen 1991 bis 1994

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					207	335	369	195
Veränderung in v.H.					.	61,7	10,2	11,8
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					18	29	33	18
Veränderung in v.H.					.	61,3	13,0	14,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner					.	29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMD, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Tabelle 20

Ausgabenentwicklung für Hörhilfen 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	429	592	451	291	353	403	437	225
Veränderung in v.H.	8,5	38,3	-23,9	-35,4	21,1	14,2	8,6	12,5
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	12	16	12	8	9	10	11	6
Veränderung in v.H.	7,7	37,2	-24,4	-38,6	18,8	12,5	8,0	12,2
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Hörhilfen 1991 bis 1994

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					58	116	128	6
Veränderung in v.H.					.	101,7	8,8	-0,2
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					5	10	11	5
Veränderung in v.H.					.	101,2	11,6	2,1
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner					.	29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Heilmittel insgesamt 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	(einschließlich sonstige Heilpersonen)							
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	2.458	2.676	2.538	2.959	3.470	3.941	3.700	1.987
Veränderung in v.H.	8,7	8,9	-5,2	18,6	17,2	13,6	-6,1	15,7
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	67	72	68	78	90	100	94	50
Veränderung in v.H.	7,9	8,0	-5,7	14,4	14,9	12,0	-6,8	15,4
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Heilmittel insgesamt 1991 bis 1994

<i>Beitragsgebiet</i>	(einschließlich sonstige Heilpersonen)							
					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					202	360	473	247
Veränderung in v.H.						78,3	31,3	27,4
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					18	31	42	22
Veränderung in v.H.						77,9	34,5	30,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Tabelle 22

Ausgabenentwicklung für medizinische Badebetriebe 1987 bis 1993

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	651	659	585	622	677	692	540
Veränderung in v.H.	3,7	1,2	-14,3	10,2	8,7	2,3	-21,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	18	18	15	16	18	18	14
Veränderung in v.H.	2,9	0,5	-14,8	8,1	6,6	0,9	-22,4
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für medizinische Badebetriebe 1991 bis 1993

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM					40	65	82
Veränderung in v.H.						64,4	25,3
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					3	6	7
Veränderung in v.H.						64,0	28,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Masseure 1987 bis 1993

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	981	1.046	937	1.106	1.283	1.404	1.129
Veränderung in v.H.	6,1	6,7	-10,4	18,0	16,0	9,4	-19,8
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	27	28	25	29	33	36	29
Veränderung in v.H.	5,4	5,8	-11,0	15,8	13,7	7,9	-20,0
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Masseure 1991 bis 1993

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM					92	155	181
Veränderung in v.H.						68,9	16,5
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					8	13	16
Veränderung in v.H.						68,4	19,6
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Tabelle 24

Ausgabenentwicklung für Krankengymnasten 1987 bis 1993

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	679	797	836	1.002	1.231	1.493	1.617
Veränderung in v.H.	16,5	17,5	4,9	19,8	22,8	21,3	8,4
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	19	22	23	26	32	38	41
Veränderung in v.H.	15,7	16,6	4,2	17,5	20,4	19,6	7,8
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Krankengymnasten 1991 bis 1993

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM					64	121	190
Veränderung in v.H.						88,8	57,0
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					6	10	17
Veränderung in v.H.						88,3	61,1
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für sonstige Heilpersonen 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	147	174	200	229	290	352	413	214
Veränderung in v.H.	15,3	17,7	15,4	14,6	21,9	26,0	17,3	18,4
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	4	5	5	6	7	9	11	5
Veränderung in v.H.	14,3	17,0	14,7	12,5	19,5	24,2	18,6	18,3
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für sonstige Heilpersonen 1991 bis 1994

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					6	19	20	11
Veränderung in v.H.						197,7	8,4	31,8
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					1	2	2	1
Veränderung in v.H.						198,2	11,2	35,1
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	18,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	38.190	39.489	40.815	44.595	49.124	53.944	55.951	29.307
Veränderung in v.H.	4,6	3,4	3,4	9,3	10,2	9,8	5,6	4,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	1.040	1.067	1.096	1.175	1.269	1.375	1.443	743
Veränderung in v.H.	3,8	2,6	2,7	7,2	8,0	8,3	5,0	4,6
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung 1991 bis 1994

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					7.970	10.312	11.552	6.152
Veränderung in v.H.						29,4	12,0	13,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					689	890	1.022	555
Veränderung in v.H.						29,1	14,9	16,6
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Fahrkosten insgesamt 1987 bis 1994

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM	1.680	1.729	1.375	1.530	1.756	2.060	2.357	1.212
Veränderung in v.H.	7,4	2,9	-20,5	11,3	14,8	17,3	14,5	15,5
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	46	47	37	40	45	52	60	31
Veränderung in v.H.	6,6	2,1	-21,0	9,2	12,5	15,7	13,8	15,2
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Ausgabenentwicklung für Fahrkosten insgesamt 1991 bis 1994

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1.-2. Qu. 1994
Ausgaben in Mio. DM					358	484	622	342
Veränderung in v.H.						35,0	28,7	23,3
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					31	42	55	31
Veränderung in v.H.						34,6	32,0	26,3
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5	11,3

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45

Tabelle 28

Ausgabenentwicklung für Krankentransport und Rettungswesen insgesamt 1987 bis 1993

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	854	894	910	1.032	1.199	1.439	1.662
Veränderung in v.H.	4,9	4,7	1,8	13,4	16,1	20,1	15,5
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	23	24	25	27	31	37	42
Veränderung in v.H.	4,1	3,9	1,2	11,3	13,8	18,4	14,9
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Verdruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Krankentransport und Rettungswesen insgesamt 1991 bis 1993

<i>Beitriffsgebiet</i>					1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM					286	392	482
Veränderung in v.H.						37,2	23,0
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					25	34	43
Veränderung in v.H.						36,9	26,1
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Verdruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Taxen und Mietwagen 1987 bis 1993

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	578	570	335	356	398	441	483
Veränderung in v.H.	10,9	-1,3	-41,2	6,1	11,7	11,0	9,4
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	16	15	9	9	10	11	12
Veränderung in v.H.	10,2	-2,0	-47,6	4,1	9,5	9,4	8,8
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Taxen und Mietwagen 1991 bis 1993

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM					36	59	87
Veränderung in v.H.						61,7	49,0
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					3	5	8
Veränderung in v.H.						61,3	52,9
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner						29,3	16,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Flugrettung 1987 bis 1993

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM	32	37	42	50	60	70	76
Veränderung in v.H.	6,4	15,2	12,2	20,1	20,2	16,8	8,0
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	1	1	1	1	2	2	2
Veränderung in v.H.	6,0	14,8	10,9	17,9	18,2	14,7	7,3
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Ausgabenentwicklung für Flugrettung 1991 bis 1993

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993
Ausgaben in Mio. DM					5	15	24
Veränderung in v.H.					.	205,5	61,1
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					0	1	2
Veränderung in v.H.					.	204,8	64,8
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner					.	29,3	16,5

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Veränderung der Ausgaben der GKV im Beitragsgebiet

sowie

Vergleich des Ausgabenniveaus mit dem früheren Bundesgebiet
(je Mitglied und je Versicherten)

Leistungsleistungen insgesamt:	Veränderungsgesamte	Veränderungsgesamte	Veränderungsgesamte	Ost-Werte je Mitglied	Ost-Werte je Mitglied	Ost-Werte je Mitglied	Ost-Werte je Versicherten	Ost-Werte je Versicherten
	im Jahre 1992	im Jahre 1993	im 1. Halbjahr 1994	im Jahre 1992	im Jahre 1993	1. Halbjahr 1994	im Jahre 1992	1. Halbjahr 1994
- ärztliche Behandlung	44,24	10,10	18,62	63,96	71,55	76,14	72,92	80,18
- Kona.-chirurg. Behandlung	39,09	19,33	14,46	52,04	60,45	64,76	59,33	67,74
- Kfo-Behandlung	46,08	0,08	7,60	89,14	89,60	91,71	101,63	100,41
- Zahnarzt	63,64	12,41	24,70	61,89	60,56	79,46	59,13	67,91
- Arzneimittel	127,17	-54,69	23,13	133,79	84,88	80,13	182,64	95,11
- Heil- und Hilfsmittel insgesamt	36,69	6,41	25,49	68,30	80,73	95,90	77,87	101,67
- Hilfsmittel, davon:	68,37	18,93	21,98	55,61	65,61	67,61	63,29	73,52
* orthopädische Hilfsmittel	62,60	6,70	16,61	81,07	86,64	90,31	92,45	97,08
* Sehhilfen	61,25	12,98	14,62	84,74	87,06	102,21	86,58	108,80
* Hörhilfen	101,21	11,80	2,12	97,47	100,72	92,48	110,92	112,75
- Heilmittel, davon:	77,94	34,65	30,46	30,92	44,88	44,69	35,25	48,95
* physiotherp. Leistungen	74,10	35,84	30,25	32,19	48,04	47,89	36,71	53,84
* Sonstige Hilfen	198,15	11,18	35,14	17,93	17,10	18,42	20,45	19,18
- Schwerflegebedürftigkeit	29,40	19,52	12,03	70,49	78,18	79,46	80,37	87,60
- Krankenhausbehandlung	29,08	14,90	15,64	64,71	70,82	74,72	73,79	80,08
- Gef.-förderung/Soz. Dienste	179,09	66,06	28,20	77,56	94,84	86,35	86,43	106,28
- Krankengeld	74,96	34,74	23,63	60,19	68,82	77,60	67,23	76,89
- Fehlkosten	24,64	31,13	26,31	79,46	92,13	100,52	90,59	103,24
- Sterbegeld	29,63	26,23	8,97	74,34	93,03	104,25	84,76	104,25
- Kuren	159,22	47,38	80,67	26,15	38,61	49,21	29,83	41,03
Netto-Verwaltungskosten	45,16	27,77	4,80	73,18	93,02	87,61	83,45	104,25
Beitragspflichtige Einnahmen	29,26	16,61	11,32	64,68	72,37	72,37	76,62	83,80

Quelle: Berechnungen nach Altbater- und Statistik BfG, Vordruck KJ 1 und KV 45

Tabelle 32

**Ausgabenentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 1994 Veränderungsraten je Mitglied
im Vergleich in v.H.**

früheres Bundesgebiet	zum 1. Halbjahr 1993	zum 1. Halbjahr 1992
Leistungsausgaben insgesamt:	6,45	3,62
davon:		
- ärztliche Behandlung	3,42	5,55
- kons.-chirurg. Behandlung	6,49	4,34
- Zahnersatz	28,74	-13,03
- Arzneimittel	4,72	-16,70
- Heil- und Hilfsmittel insgesamt	13,14	11,26
* orthopädische Hilfsmittel	13,62	14,56
* Sehhilfen	7,09	4,49
* Hörhilfen	12,16	20,93
- Heilmittel, davon:	15,43	3,62
* physiotherap. Leistungen	15,14	0,52
* Sonstige Heilpersonen	18,30	39,23
- Schwerpflegebedürftigkeit	9,65	17,62
- Krankenhausbehandlung	4,63	8,61
- Krankengeld	5,84	4,28
- Fahrkosten	15,23	30,36
- Kuren	14,72	18,09
Netto -Verwaltungskosten	5,99	9,15
beitragspflichtige Einnahmen	2,50	7,30

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KV 45

**Veränderungsraten der GKV im 1. Halbjahr 1994 je Mitglied
im Vergleich in v.H.**

Beitragsgebiet	zum 1. Halbjahr 1993	zum 1. Halbjahr 1992
Leistungsausgaben insgesamt:	18,62	30,32
davon:		
- ärztliche Behandlung	14,46	34,72
- kons.-chirurg. Behandlung	7,50	15,24
- Zahnersatz	23,13	-42,01
- Arzneimittel	25,49	20,08
- Heil- und Hilfsmittel insgesamt	21,98	42,76
* orthopädische Hilfsmittel	18,44	32,42
* Sehhilfen	14,52	29,15
* Hörhilfen	2,12	13,03
- Heilmittel, davon:	30,46	64,84
* physiotherap. Leistungen	30,25	67,61
* Sonstige Heilpersonen	35,14	21,95
- Schwerpflegebedürftigkeit	12,03	30,58
- Krankenhausbehandlung	16,64	37,33
- Krankengeld	23,63	77,14
- Fahrkosten	26,31	74,11
- Kuren	80,67	157,00
Netto -Verwaltungskosten	4,60	36,25
beitragspflichtige Einnahmen	11,32	33,97

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KV 45

Daten zu den Budgetierungsbereichen im früheren Bundesgebiet

	Ist-Ausgaben in DM je Mitglied nach Statistik KJ 1			Ausgaben in DM je Mitglied bei Veränderung ab 1991 entsprechend der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied	Differenz der KJ 1- Ausgaben 1993 zu den Ausgaben entsprechend der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in DM 1)	Differenz der KJ 1- Ausgaben 1993 zu den Ausgaben entsprechend der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in v.H. 1)
	1991	1992	1993			
ärztliche Behandlung	690,78	737,34	757,48	755,05	2,43	0,32
ärztliche Leistungen bei Früherkennungsmaßnahmen einschließlich ärztlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	37,81	39,57	41,40	46,21	-4,81	-11,62
zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz und Kfo)	202,79	221,95	224,81	221,66	3,15	1,40
stationäre Kuren (ohne Mütterkuren)	57,78	64,24	64,03	63,16	0,87	1,35
Brutto-Verwaltungskosten (ohne Betriebskrankenkassen)	258,92	278,51	267,92	283,01	-15,09	-5,63

1) Dabei sind Ausnahmebestände und Sonderregelungen bei den Budgets -soweit statistisch nicht erfaßbar- nicht berücksichtigt.

2) ärztliche Behandlung ohne Berücksichtigung des erhöhten Steigerungserahmens für ambulantes Operieren

3) bei der Position ärztliche Leistungen bei Früherkennungsmaßnahmen einschließlich ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wurden die Ausgaben je Mitglied in 1991 entsprechend den Budgetvorschriften jeweils für die Jahre 1992 und 1993 zusätzlich um 8 % erhöht.

Daten zu den Budgetierungsbereichen im Beitrittsgebiet
Grobgeschätzung

	Ausgaben in DM je Mitglied nach Statistik KJ 1	Mögliche Ausgaben je Mitglied bei Einhaltung der rechnerischen Budget-Obergrenze	Differenz der Ist - Ausg. 93 je Mitglied zu den Ausgaben bei Einhaltung der rechnerischen Budget-Obergrenze in DM	Differenz der Ist-Ausgaben 93 je Mitglied zu den Ausgaben bei Einhaltung der rechnerischen Budget-Obergrenze in %
	1993	1993		
ärztl. Behandlung 1)	457,87	476,81	-18,94	-4,14
zahnärztl. Behandlung (o. Zahnersatz und kiefer- orthopädische Leistungen) 2)	196,94	200,64	-3,70	-1,88
Brutto-Verwaltungskosten (o. Betriebskrankenkassen) 3)	239,22	198,20	41,02	17,15

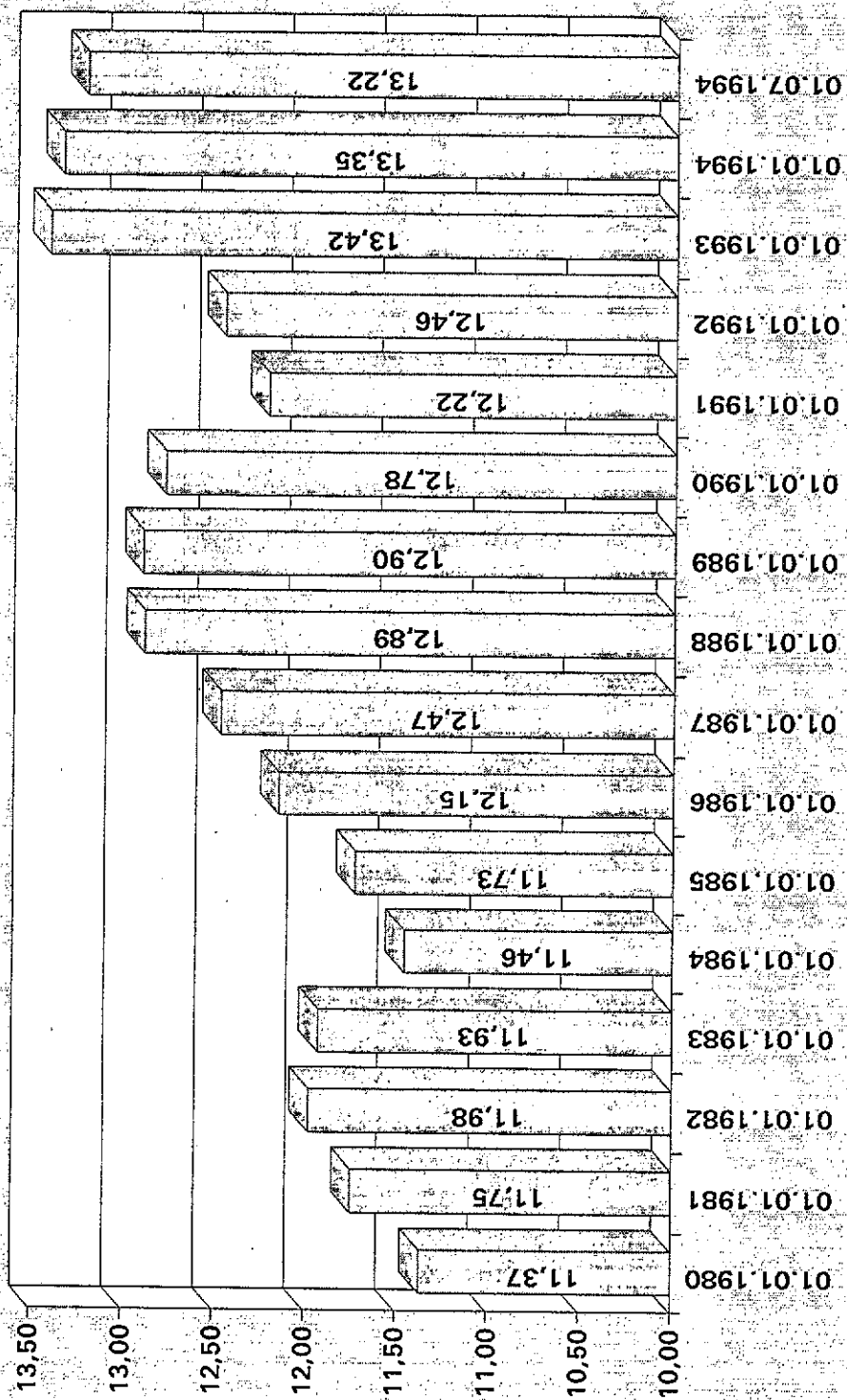
1) Sonderfaktoren für amb. Operieren sowie die Ausgaben für präventive Leistungen sind bei diesem Vergleich nicht berücksichtigt.

Außerdem gibt es vermutlich Differenzen zwischen den KV 45-Werten und der tatsächlich abgerechneten Gesamtvergütung der Ausgangsbasis 1. Halbjahres 1992.

2) Dabei gibt es vermutlich Differenzen zwischen den KV-45-Werten und der tatsächlich abgerechneten Gesamtvergütung der Ausgangsbasis des 1. Halbjahres 1992.

3) Dabei ist zu berücksichtigen, daß zwischen den Aufsichtsbehörden eine Reihe von Ausnahmsbedingungen bei der Budgetierung der Verwaltungskosten im Beitrittsgebiet vereinbart wurden.

Durchschnittlicher Allgemeiner Beitragssatz (früheres Bundesgebiet)

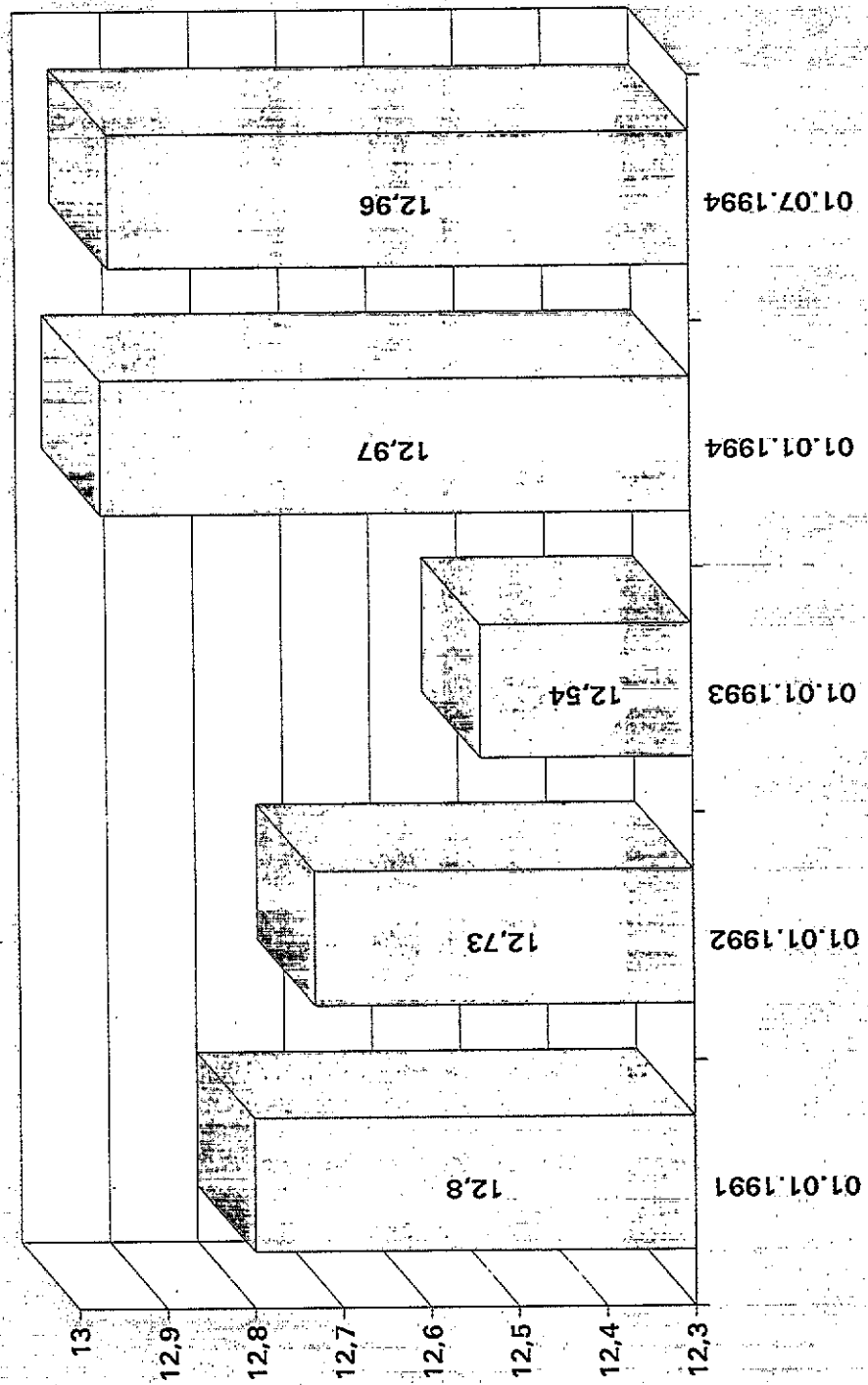


Figur 1

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KM 1

Figur 2

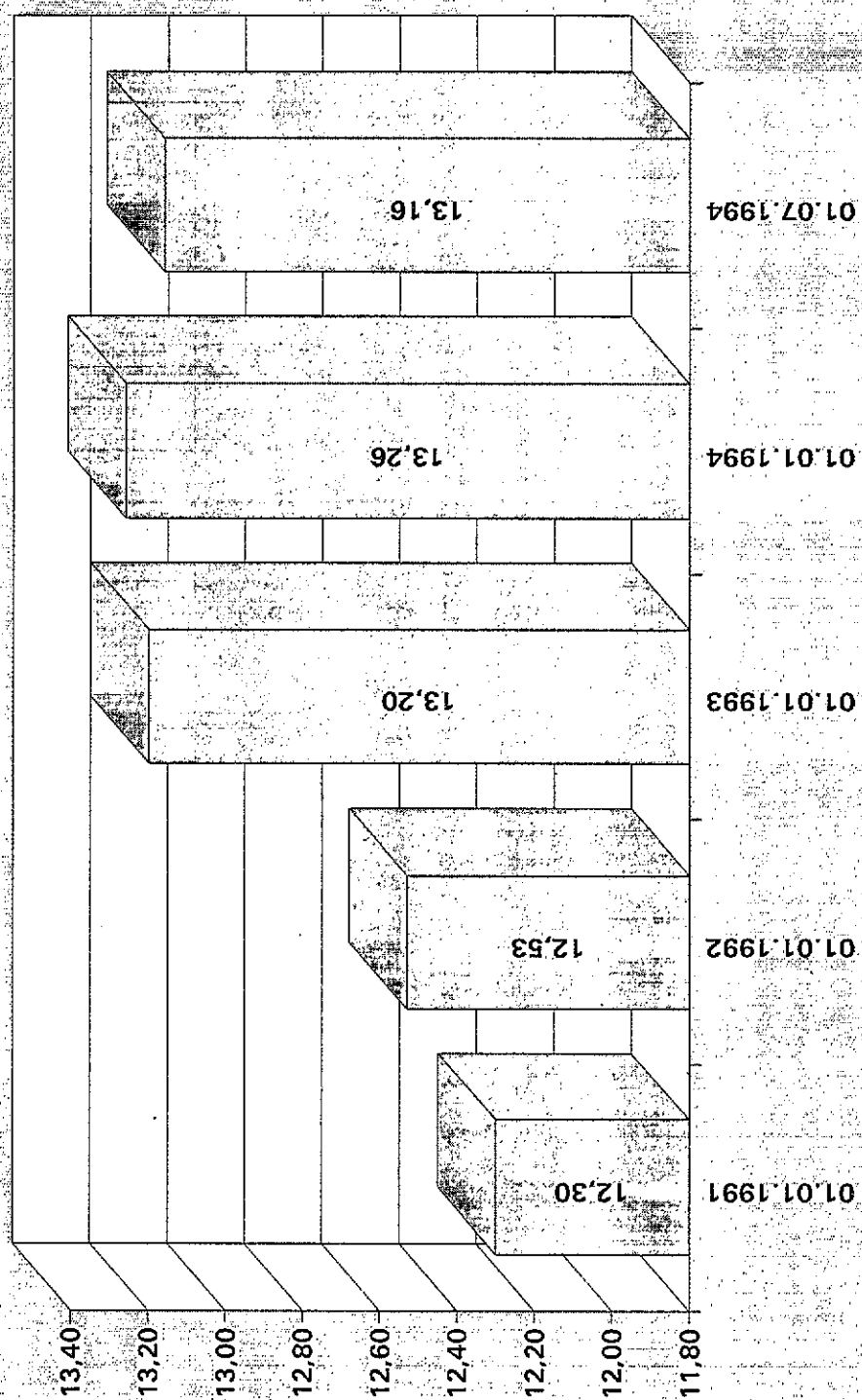
Durchschnittlicher Allgemeiner Beitragssatz (Beitrittsgebiet)



Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KM 1

Figur 3

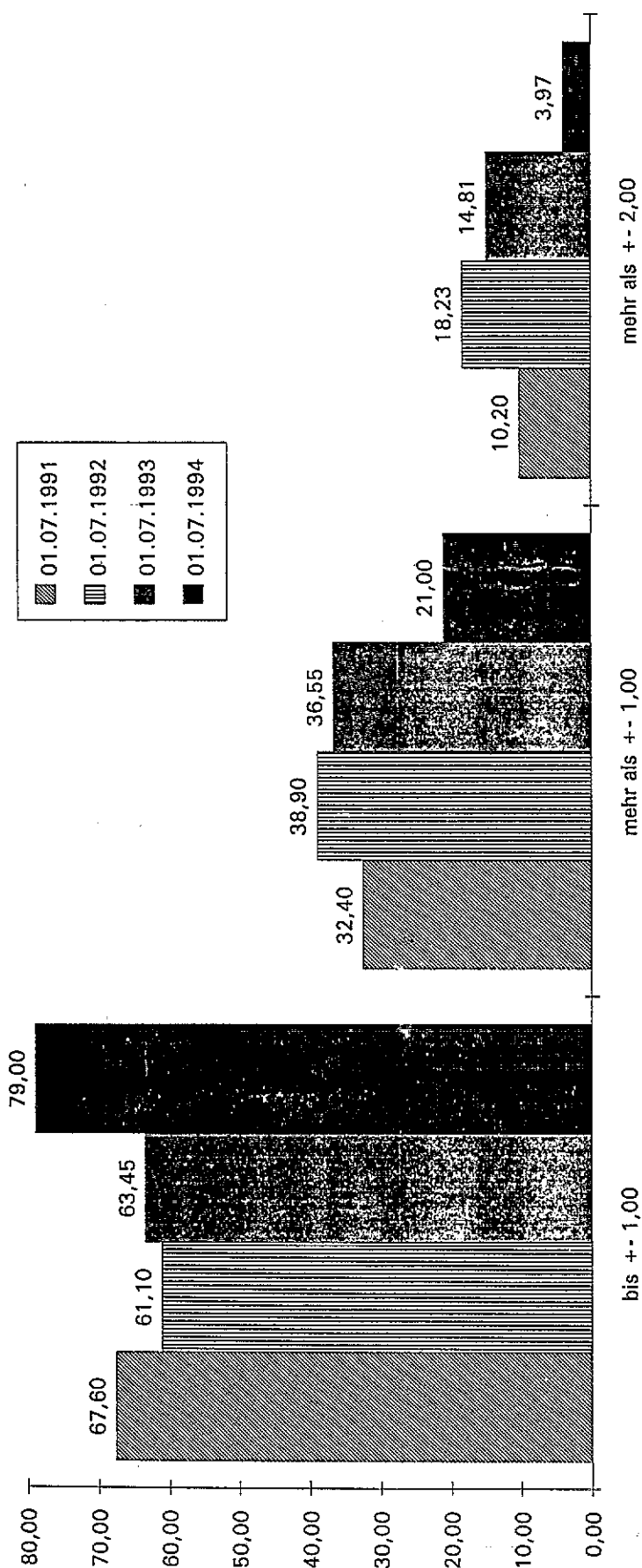
Durchschnittlicher Allgemeiner Beitragssatz (Bundessumme insgesamt)



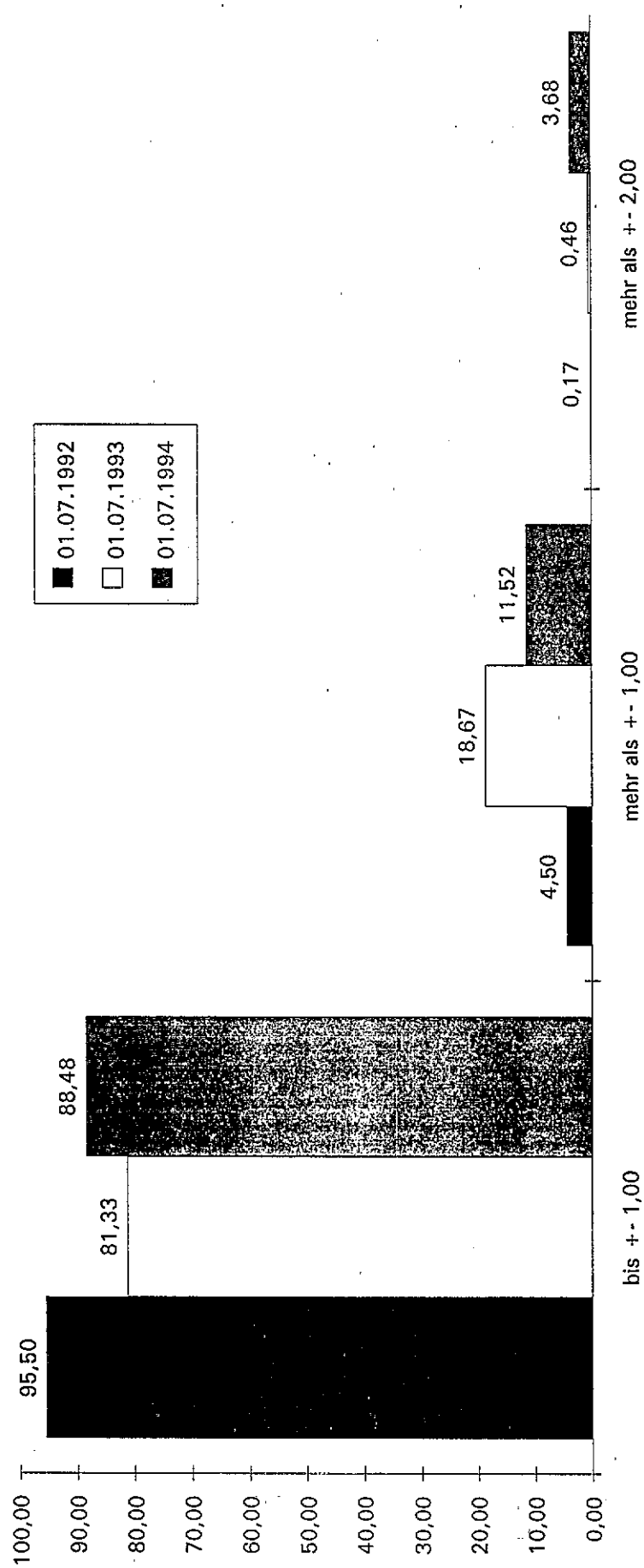
Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KM 1

Figur 4

Entwicklung der Beitragssatzspanne der GKV im früheren Bundesgebiet 1991 bis 1994



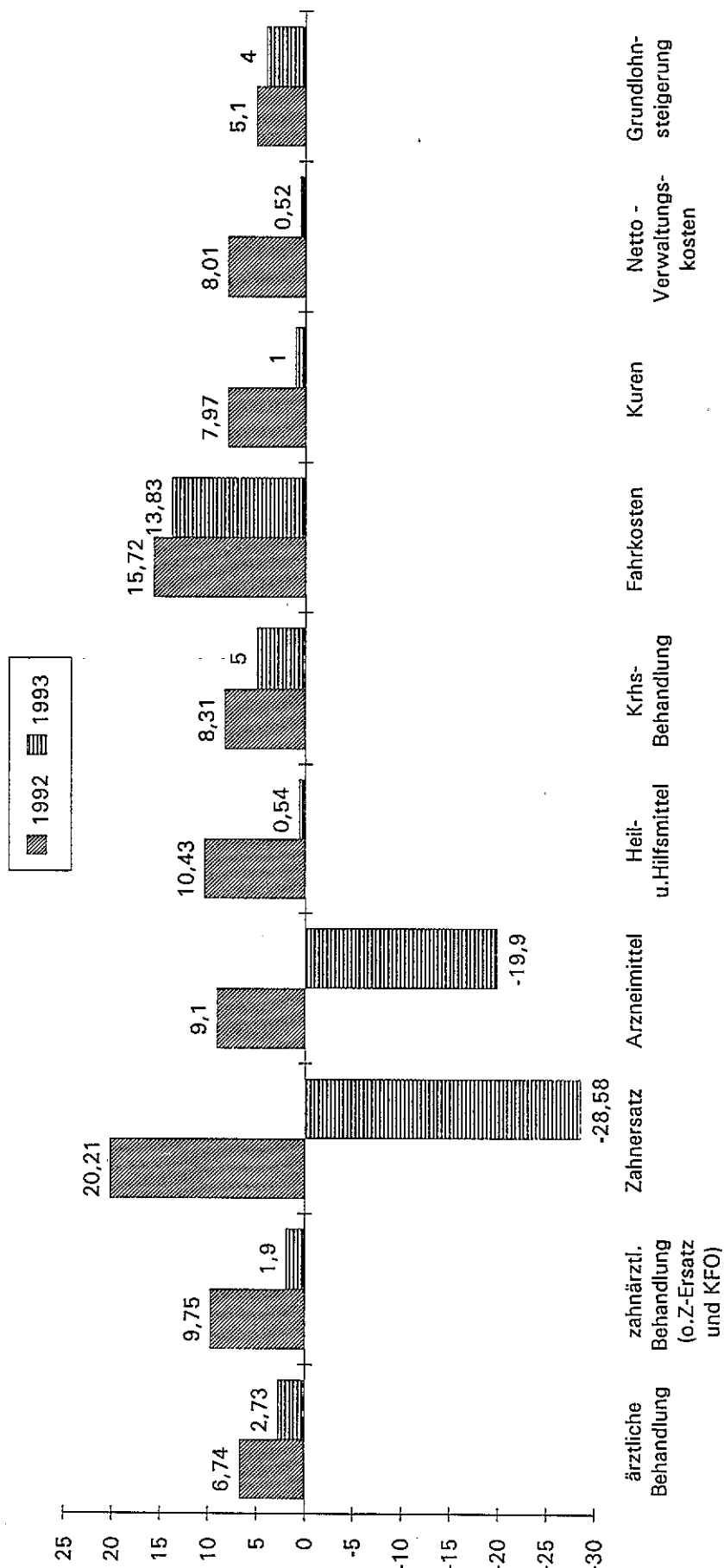
Entwicklung der Beitragssatzspanne der GKV im Beitrittsgebiet 1991 bis 1994



Figur 5

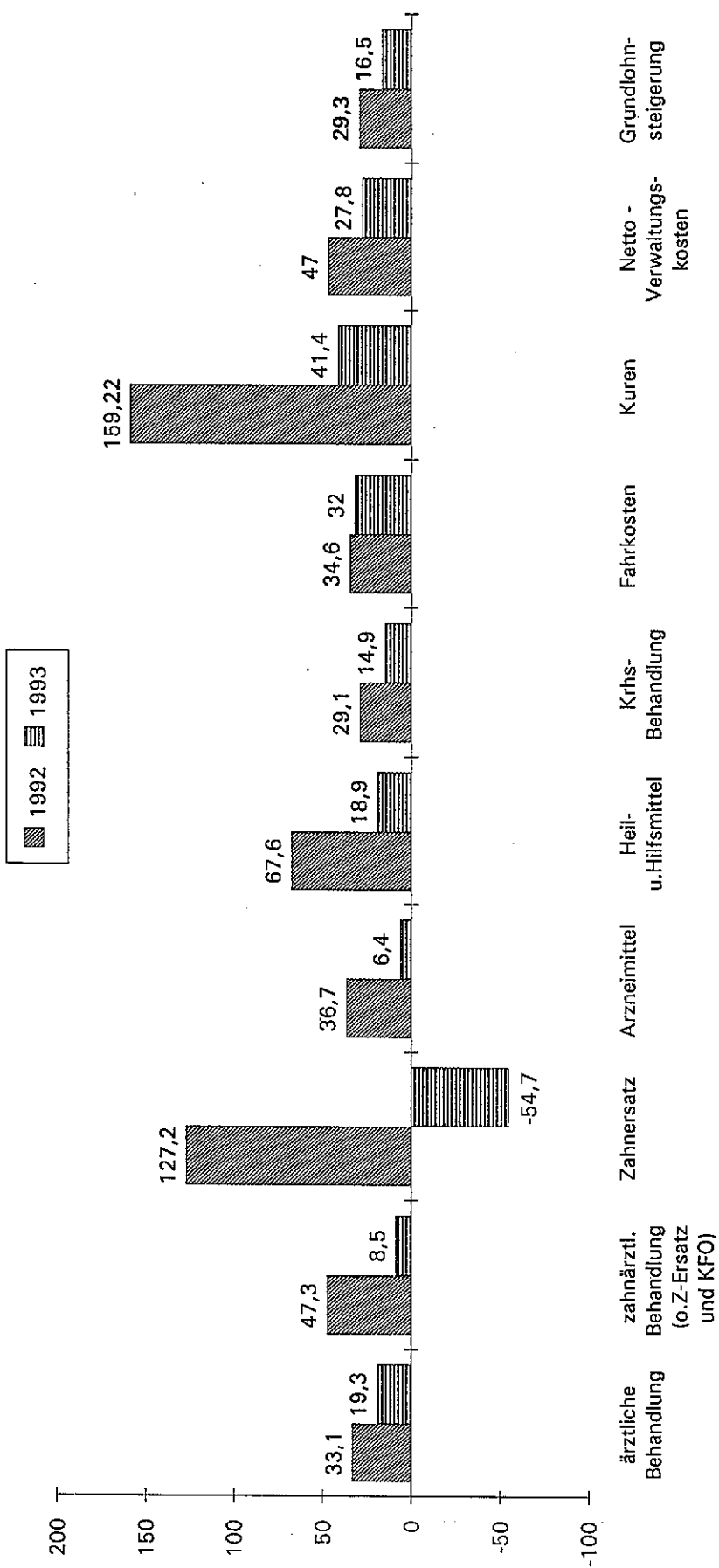
Figur 6

Veränderungsraten der Ausgaben in ausgewählten Leistungsbereichen der GKV je Mitglied in v.H. (früheres Bundesgebiet) 1992 und 1993



Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Veränderungsrate der Ausgaben in ausgewählten Leistungsbereichen der GKV je Mitglied in v.H. (Beitrittsgebiet) 1992 und 1993

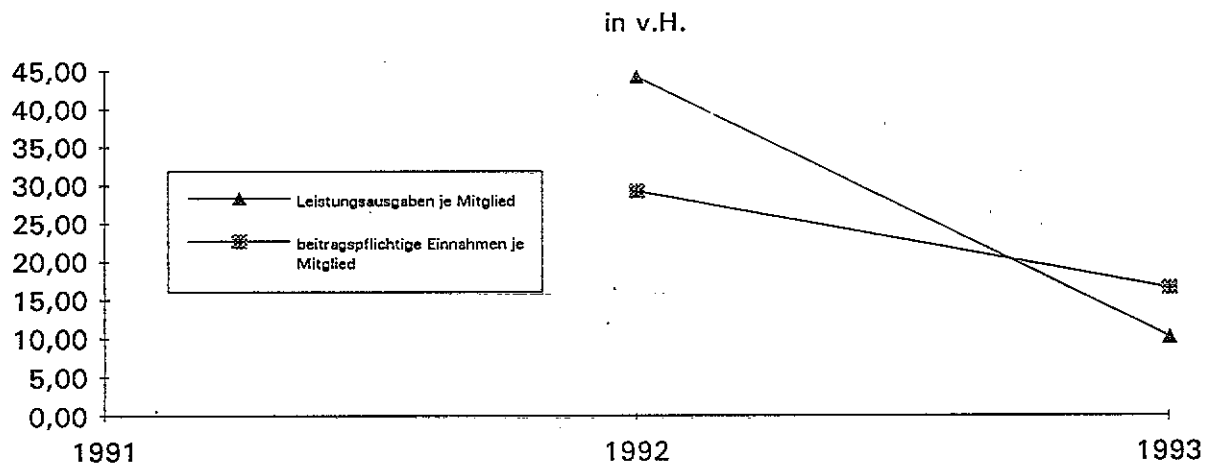


Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

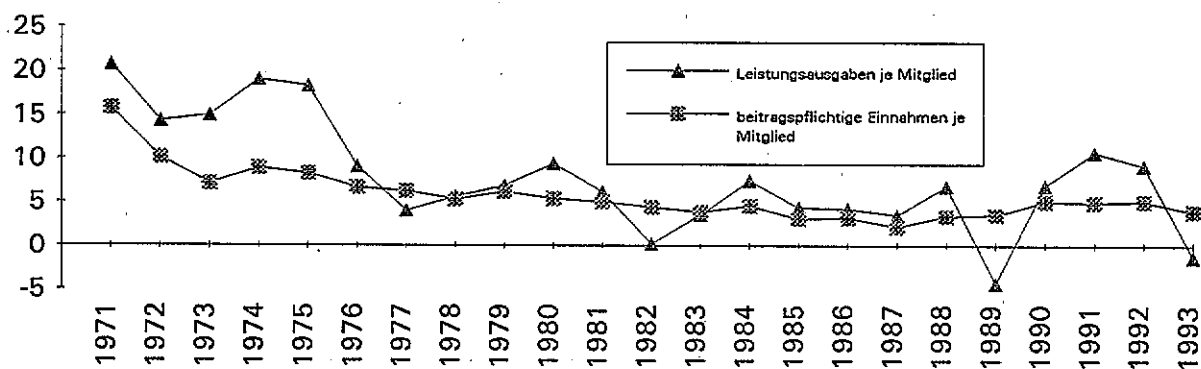
Figur 7

Figur 8

Veränderung der Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Beitrittsgebiet 1991 bis 1993



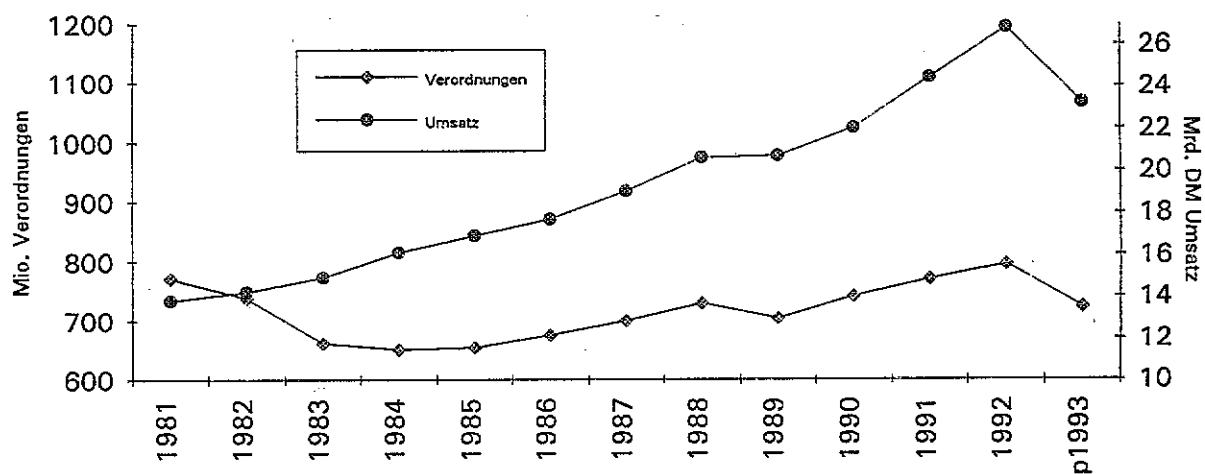
Veränderung der Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im früheren Bundesgebiet in v.H. 1970 bis 1993



Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMG, Vordruck KJ 1

Figur 10

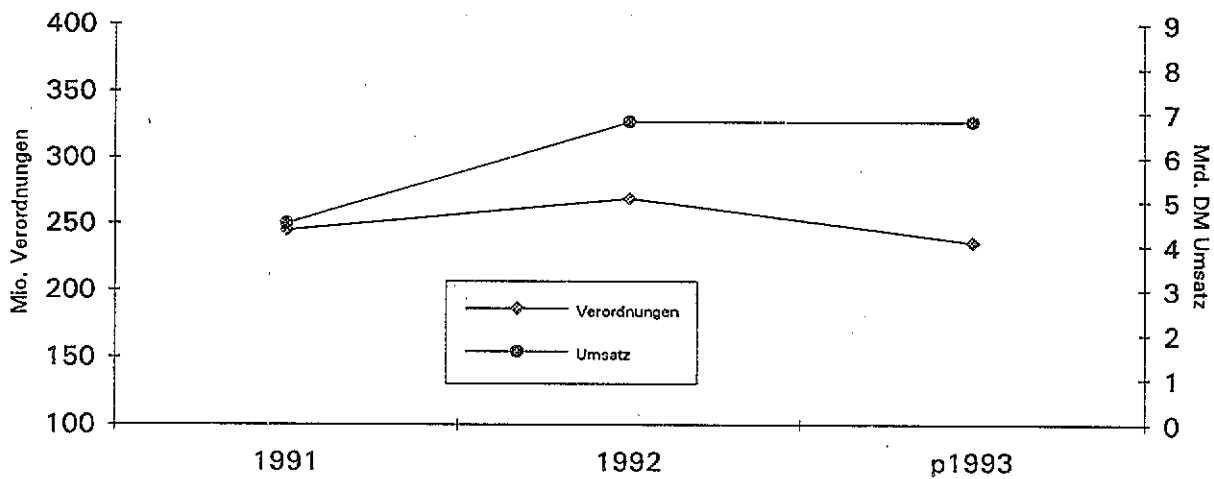
Entwicklung von Verordnungen und Umsatz auf dem GKV-Fertigarzneimittelmarkt 1981 bis 1993 im früheren Bundesgebiet



Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)

Figur 11

**Entwicklung von Verordnungen und Umsatz
auf dem GKV-Fertigarzneimittelmarkt 1991 bis 1993
im Beitrittsgebiet**



Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)

II. Wortlaut von Empfehlungen und Vorschlägen der Konzertierte Aktion

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 3. Dezember 1991

Empfehlung zum Krankenhausbereich in den neuen Bundesländern

1. Rückblick auf 1990/1991

Nach der Herstellung der staatlichen Einheit Deutschlands haben die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung am 5. November 1990 eine gemeinsame Erklärung (insbesondere zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung der öffentlichen Hand sowie zu den ersten Budget- und Pflegeverhandlungen 1991) zum Krankenhauswesen in den neuen Bundesländern abgegeben.

Diese gemeinsame Erklärung wurde von der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in ihrer Sitzung am 5. November 1990 begrüßt und als geeignet angesehen, bestehende Unsicherheiten bei den Betroffenen zu beseitigen.

Rückblickend betrachtet ist die Umstellung auf das für die Krankenhäuser in den neuen Ländern völlig neue Pflegesatzrecht im großen und ganzen – von Ausnahmen abgesehen – ohne gravierende Verwerfungen gelungen. Dabei sind regionale Unterschiede zu verzeichnen.

2. Krankenhausplanung der Länder und Investitionsförderung der öffentlichen Hand

Eine wesentliche Voraussetzung der zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in den neuen Ländern und der Anpassung an das übrige Bundesgebiet ist die baldmöglichste Fortschreibung der vorläufigen Förderlisten und/oder die Erstellung der Krankenhauspläne sowie die Aufstellung von Investitionsprogrammen zur Einzelförderung durch die Länder.

Damit erhalten die Krankenhausträger Klarheit über die medizinische und baulich-technische Zukunft ihrer Krankenhäuser. Diese Klarheit ist auch für die Vertragsparteien der Budget- und Pflegesatzverhandlungen notwendig.

Die Konzertierte Aktion drückt ihre Erwartung aus, daß sich die Krankenhausplanung der Länder auch am Ziel der Förderung der Trägerpluralität ausrichtet und daß die bestehenden Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung des Ausbaus der ambulanten Versorgung und der flankierenden Einrichtungen schrittweise anzupassen sind. Nur so können Versorgungsdefizite im Übergangsprozeß vermieden werden.

Neben der Bereitstellung pauschaler Fördermittel für Krankenhäuser haben die neuen Bundesländer nach dem Gesetz auch dafür die Verantwortung, daß ausreichend Mittel für die Durchführung von Einzelmaßnahmen zur Verfügung stehen. Sie können auch bei

knappen Finanzen nicht aus dieser Pflicht entlassen werden.

Da absehbar ist, daß die Finanzmittel der Länder nicht ausreichen, um dem Auftrag gemäß Artikel 33 des Einigungsvertrages – Anpassung des Niveaus der stationären Versorgung an die Situation im übrigen Bundesgebiet – gerecht zu werden, hält die Konzertierte Aktion im Hinblick den investiven Nachholbedarf von ca. 30 Mrd. DM eine angemessene Beteiligung des Bundes am Aufbau der Krankenhäuser in den fünf neuen Bundesländern für unverzichtbar.

3. Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1992

Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern befinden sich nach wie vor in der Umstellungsphase auf das neue Recht. Die Konzertierte Aktion drückt ihre Erwartung aus, daß die Budgetabschlüsse 1992 dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu erhalten und zu erhöhen, die Leistungsstrukturen anzupassen und die Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen. Angesichts der Versorgungsbedingungen außerhalb des Krankenhauses, der Umstrukturierung und Sanierung der Krankenhäuser selbst und der nach wie vor schlechten baulichen und medizinisch-technischen Situation der Krankenhäuser sind Effizienzverbesserungen nur langsam zu erreichen und westliche Standards in vielen Fällen noch nicht angemessen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Personalbemessung, bei der die individuelle Krankenhausstruktur zu berücksichtigen ist. Personalanpassungsmaßnahmen sollten sich auch am Ziel der Sozialverträglichkeit orientieren.

Die Entwicklung der Personalkosten in 1992 wird vor allem von drei tariflichen Entscheidungen geprägt: Anerkennung der Vordienstzeiten ab 1. Dezember 1991, die zu erwartende lineare Erhöhung ab 1. Januar 1992 in den alten Bundesländern sowie die Anpassung des BAT/BMT-G-Niveaus aus der Tarifrunde 1992. Wegen der Unwägbarkeiten in der Personalentwicklung erscheint es geraten, zeitnahe Ausgleichsmaßnahmen zu vereinbaren.

Die Konzertierte Aktion begrüßt in diesem Zusammenhang, daß in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen Empfehlungsvereinbarungen (insbesondere zur Vorkalkulation der Personal- und Sachkosten 1992) zwischen den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen worden sind, und fordert die Beteiligten in Brandenburg und Sachsen auf, dies unverzüglich nachzuholen.

Die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen drücken auch für 1992 ihre Erwartungen auf faire und partnerschaftliche Verhandlungen und Vereinbarungen, als ein weiterer Schritt zur zügigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung in den neuen Ländern, aus.

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 3. Dezember 1991

Empfehlung zum Krankenhausbereich in den alten Bundesländern

1. Ausgabenentwicklung 1990 bis 1991

Die Konzertierte Aktion stellt fest, daß in den Jahren 1988 und 1989 Ausgabensteigerungen erreicht werden konnten, die unter dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen lagen.

In 1990/1991 war die Ausgabenentwicklung vor allem bestimmt durch die Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit, speziellen Zulagen für Angestellte und Arbeiter im öffentlichen Dienst, durch Wirkungen des BAG-Urteils zum Beginn und Ende der Arbeitszeit, durch eine weitere Umsetzung der Ergebnisse des speziellen Tarifvertrages für Angestellte im Pflegedienst vom 30. Juni 1989, durch Änderungen im Anrechnungsverhältnis der Schüler/Schülerinnen, durch die Rechtsverordnung für die Personalbedarfsermittlung in der stationären Psychiatrie gemäß § 19 KHG u. a.

Hinzu tritt, daß die Fallzahlentwicklung 1990 auf hohem Niveau mit 3,1 % wiederum besorgniserregend ausgefallen ist und in diesem Jahr damit fast eine halbe Million zusätzlicher Patienten in den Krankenhäusern behandelt wurden.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung sind im Jahr 1990 insgesamt um 9,26 % von 40,8 Mrd. DM auf 44,6 Mrd. DM gestiegen. Die Ausgaben je Mitglied erhöhten sich um 7,22 % (Allgemeine Krankenversicherung: +6,20 %; Rentner: +8,79 %). Die beitragspflichtigen Einnahmen wuchsen dagegen nur um 5,08 %, so daß im Krankenhausbereich im Jahr 1990 ein beitragsatzwirksamer Ausgabenüberhang von ca. 1,7 Mrd. DM entstanden ist.

Die Entwicklung wird im Jahr 1991 insbesondere aufgrund der tarifbedingten Personalkostensteigerungen voraussichtlich nicht wesentlich anders verlaufen. Die Steigerungsrate je Mitglied betrug im 1. bis 3. Quartal 1991 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 6,5 %. Da jedoch im isolierten 3. Quartal 1991 eine Beschleunigung des Ausgabenanstiegs im Vergleich zum Vorjahr auf 8,0 % stattgefunden hat, muß damit gerechnet werden, daß die Steigerungsrate im Gesamtverlauf des Jahres 1991 noch höher ausfallen wird als im 1. bis 3. Quartal. Die Beschleunigung des Ausgabenanstiegs ist insbesondere darauf zurückzuführen, daß sich die tarifbedingten Personalkostensteigerungen erst im 2. Halbjahr 1991 voll auswirken konnten.

Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung an den gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stieg von 31,9 % im Jahr 1989 auf 35,9 % im Jahr 1990. Das war der höchste Anteil seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Im Jahr 1991 wird dieser Anteil wahrscheinlich noch zunehmen.

2. Voraussichtliche Ausgabenentwicklung 1992

Es sind derzeit keine Anzeichen erkennbar, die auf eine abgeschwächte Entwicklung der Ausgaben für

Krankenhausbehandlung im Jahr 1992 schließen lassen. Vielmehr können folgende Faktoren zu neuen Kostensteigerungen im Krankenhaus und damit zu Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung führen:

- Die Krankenkassen haben den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren bereits Stellenvermehrungen in erheblichem Umfang zugestanden. Sie sind hierzu auch 1992 in den Fällen bereit, bei denen besondere Gründe für einen zusätzlichen Personalbedarf vorliegen.

Soweit sich aus der vom Bundesministerium für Gesundheit z.Z. vorbereiteten Verordnung nach § 19 KHG über die Personalbemessung im allgemeinen Pflegedienst bereits 1992 Auswirkungen auf die Stellenpläne der Krankenhäuser ergeben, folgen hieraus bei unveränderten Rahmenbedingungen wahrscheinlich deutliche Kosten- und Ausgabensteigerungen. Pauschale Anhebungen aufgrund der zu erwartenden Rechtsverordnung sind nicht möglich.

- Die im Frühjahr 1991 geschlossenen Tarifverträge wirken sich finanziell zum Teil erst im Jahr 1992 aus.

- Die von den Krankenhäusern geforderten Budgetsteigerungen für das Jahr 1992 liegen voraussichtlich erheblich über den zu erwartenden beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen.

3. Empfehlungen für 1992

Die Konzertierte Aktion fordert die Verbände der Krankenhäuser und gesetzlichen Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene auf, die ihnen übertragene Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes, die inzwischen weit vorangeschritten ist, im Jahr 1992 zügig zu vollenden. Dazu gehört die Verabschiedung der noch offenen Regelungen gemäß §§ 112, 113, 115 SGB V. Ferner haben sie alle Anstrengungen zu unternehmen, um auch im Bereich des § 301 Abs. 2 SGB V, insbesondere beim Datenträgeraustausch, eine effektive Lösung zu vereinbaren.

Die Konzertierte Aktion sieht die Notwendigkeit, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Sie begrüßt die inzwischen auf Bundes- und Länderebene angelaufene Gemeinschaftswerbung für Pflegeberufe, die von DKG und GKV-Spitzenverbänden ins Leben gerufen wurde und wesentlich unterstützt wird durch die Krankenhausträger und Krankenversicherungen und ihre Verbände sowie von Bund und Ländern. Sie bittet Bund und Länder, auch in den kommenden Jahren durch eine spürbare finanzielle Unterstützung zu einem Erfolg beizutragen. Darüber hinaus sollten die Anstrengungen fortgesetzt werden, die Pflegeberufe aufzuwerten, sie zu entlasten und innerorganisatorisch ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dazu gehören insbesondere auch Anstrengungen zur Verbesserung der Aus- und Fortbildung.

Angesichts der steigenden Fallzahlen ist festzuhalten, daß im betrachteten Zeitraum, ebenso wie seit der letzten Ausgabenempfehlung im Krankenhausbereich (10. April 1989), es trotz vielfacher Appelle nicht gelungen ist, die Entwicklung auf den medizinisch notwendigen Umfang zu begrenzen. Die Konzertierte

Aktion wiederholt diesen Appell eindringlich und fordert daher die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, ihren Einfluß geltend zu machen, die Zahl der Krankenhaushinweisungen auf das Mindestmaß zu reduzieren. Das setzt voraus, daß die damit verbundenen Leistungen angemessen vergütet werden.

Die Konzertierte Aktion erwartet von den Krankenhäusern auch 1992, daß vorhandene Rationalisierungsmaßnahmen – insbesondere vorhandene Kooperationsmöglichkeiten – ausgeschöpft werden und die Ausgabenentwicklung auf das unbedingt notwendige Maß begrenzt wird. Die Vereinbarung alternativer Vergütungsformen ist zu erleichtern; dies gilt insbesondere für solche Formen, die geeignet sind, die Verweildauer zu vermindern und die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

Wegen des engen Zusammenhangs zwischen Investitionen und Betriebskosten ist eine ausreichende Investitionsfinanzierung erforderlich. Die Länder haben nach dem KHG in 1990 ca. 5 Mrd. DM aufgewandt. Der Gesetzgeber ging bereits 1984 von einer erforderlichen Investitionssumme von 6 Mrd. DM aus. Die

Konzertierte Aktion erwartet, daß die Anstrengungen der Länder, die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen, in Zukunft verstärkt werden. Die Förderung muß auch dem Ziel dienen, die pflegesatzrelevanten Folgekosten zu minimieren. Ergänzend sollten auch die gesetzlichen Möglichkeiten für Rationalisierungsinvestitionen genutzt werden.

Die Konzertierte Aktion geht davon aus, daß die Länder ihre Anstrengungen verstärken, die Krankenhauskapazitäten dem tatsächlichen Bedarf schneller anzupassen. Nicht bedarfsnotwendige Kapazitäten sind abzubauen bzw. ihre Umwidmung in krankenhausentlastende Einrichtungen zu erleichtern.

Die Konzertierte Aktion fordert den Gesetzgeber auf, die Rahmenbedingungen für leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhäuser zu verbessern. Dazu gehört auch, daß im Umfeld der Krankenhäuser ein ausreichendes Angebot vor allem an komplementären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten geschaffen wird. Die Konzertierte Aktion erneuert ihre Forderung, möglichst bald eine gesetzliche Regelung zur finanziellen Absicherung des Pflegerisikos zu treffen.

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 3. Dezember 1991

Empfehlungen zum Heil- und Hilfsmittelbereich vom 3. Dezember 1991*)

I.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß sich im Heil- und Hilfsmittelbereich bereits im 1. bis 3. Quartal 1991 im Vergleich zum Vorjahr ein überproportionaler Ausgabenanstieg zeigt. Die Steigerungsrate (je Mitglied) betrug in diesem Zeitraum 11,5 %.

Für eine gruppenbezogene Betrachtung existieren aktuelle und sichere Daten nur für die Ausgaben im Bereich der Seh- und Hörhilfen.

Seit der Einführung der Festbeträge für Hörhilfen 1989 ist in den Jahren 1989 und 1990 ein erheblicher Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen gewesen. Dabei beweist die Differenz zwischen Ausgabenrückgang und „Preiskomponente“ eine Mengen- und somit Nachfragesenkung. Da bereits vor 1989 eine Unterversorgung der Bevölkerung mit Hörhilfen bestand, ist für die Zukunft mit wesentlichen Ausgabensteigerungen zu rechnen; bereits im 1. bis 3. Quartal 1991 betrug die Steigerungsrate je Mitglied 21 %.

Im Bereich der Sehhilfen ist trotz der weiter vorangehenden Festbetrageeinführung 1990 im Vergleich zu 1989 ein Anstieg der Ausgaben um 2,9 % (je Mitglied) zu beobachten. Das 1. bis 3. Quartal 1991 zeigt eine Steigerung um 1,5 %.

Für alle anderen Gruppen im Heil- und Hilfsmittelbereich kann nur eine pauschale Entwicklung in der Weise unterstellt werden, wie sie dem Durchschnitt der Ausgaben für den gesamten Heil- und Hilfsmittelbereich entspricht.

II.

Um bei der Versorgung im Heil- und Hilfsmittelbereich das Gebot der Wirtschaftlichkeit beachten zu können, ist die Verbesserung der Markttransparenz in diesem Bereich für Ärzte, Versicherte und Krankenkassen notwendig. Dazu hält die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen folgende Maßnahmen für notwendig:

1. Dem Arzt sollte ermöglicht werden, den Versicherten über die Festbetragsregelung für das verordnete Hilfsmittel zu informieren und auf solche Anbieter hinzuweisen, die Hilfsmittel zum Festbetrag anbieten.
2. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt aufgrund der in Kürze zu erwartenden verbesserten Neufassung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu einer dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftli-

chen Verordnungsweise zur Verfügung gestellten Hilfen intensiv zu nutzen.

Insbesondere sind dies im einzelnen:

- a) die Arztinformation, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 128 SGB V erstellt, und arztgruppenspezifisch zusammengestellt werden könnte,
- b) die Preislisten der verordnungsfähigen Heil- und Hilfsmittel sowie Übersichten über Festbeträge und Festbetragslisten, die den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen als Informationsquelle gegenüber Ärzten zur Verbesserung der Information der Versicherten zur Verfügung gestellt werden,
- c) die Beratungen der Ärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zweckmäßigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

Zur Ergänzung regt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an, die Beratung von Ärzten und Versicherten durch im Heil- und Hilfsmittelbereich beruflich qualifizierte Personen bei den Krankenkassen beizubehalten und, sofern dies aufgrund der Versorgungsstruktur notwendig ist, zu erweitern.

3. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, die Fortbildung der Ärzte in der Heil- und Hilfsmittelversorgung der Versicherten zu intensivieren. Im Vordergrund sollte dabei die Information über die medizinischen Wirkprinzipien und den therapeutischen Nutzen sowie die Vermittlung von Kenntnissen über die Verordnung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung stehen. Damit diese Verordnungsweise für den Arzt nicht zu zeitaufwendig wird, sollten ihm auch arbeits- und ablauforganisatorische Grundlagen vermittelt werden (z. B. EDV-gestützte Informationssysteme, Merkblätter).

Bei der notwendigen Fort- und Weiterbildung in der Verordnungsweise sind die Bereiche physikalische Therapie, orthopädische Hilfsmittel und Hörgeräte besonders zu berücksichtigen.

4. Zur Einführung von Richtgrößen für Heilmittel gemäß § 84 SGB V schlägt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor, daß die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam Rahmenempfehlungen erarbeiten, die im Rahmen der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung umgesetzt werden sollten. Die Vereinbarungen sollten auch Regelungen dazu treffen, was bei einem Überschreiten der Richtgrößen zu geschehen hat.

*) Angenommen bei Vorbehalt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Nummer II 4.

5. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, bei den Abgabestellen für Hilfsmittel Angaben darüber einzuholen, wie viele Hilfsmittelabgaben zum Festbetrag oder mit Zuzahlung erfolgten, um die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfsmitteln in den Festbetragsbereichen und die eventuelle Notwendigkeit der Überarbeitung der Festbeträge auf Landesebene aufzeigen zu können. Die verfügbaren Daten von den Abgabestellen für Hilfsmittel sollten in einem GKV-Hilfsmittelindex übernommen werden. Dieser Hilfsmittelindex sollte bei der Durchführung vorbebeschriebener Maßnahmen genutzt werden.
6. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt den Landesverbänden der Krankenkassen, schnellstmöglich für die bereits von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedeten Produktgruppen Festbeträge zu bilden.

III.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt den Vertragspartnern auf Landesebene, bei den neuen Vertragsverhandlungen keine Preissteigerungen vorzusehen, die über die Grundlohnsummensteigerung hinausgehen. Das gilt insbesondere für solche Bereiche, in denen die Ausgabensteigerung über der Grundlohnsummensteigerung liegt. Dies bedeutet, daß bei Preissteigerungen die erwartbare Mengenentwicklung berücksichtigt wird.

IV.

Um im Beitrittsgebiet eine dem wesentlichen Standard angegliche Versorgungstruktur für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubauen, sowie eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und die im SGB V vorgesehene wirtschaftliche, zweckmäßige und notwendige Versorgung sicherstellen zu können, empfiehlt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die vorstehend in den Abschnitten II. und III. ausgesprochenen Empfehlungen für das Gebiet der neuen Bundesländer verstärkt aufzunehmen und zu intensivieren. Grundsätzlich sollte die begonnene Aufbauarbeit konsequent fortgeführt werden.

V.

Zusätzlich empfiehlt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für den Bereich der neuen Bundesländer, bei Vereinbarungen im Heil- und Hilfsmittelbereich der wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenkassen Rechnung zu tragen. Für die einzelnen Leistungsbereiche empfiehlt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen folgendes:

1. Heilmittel der physikalischen Therapie werden im Gebiet der neuen Bundesländer durch frei niedergelassene Physiotherapeuten sowie durch poliklinische Einrichtungen abgegeben, die nach § 311 Abs. 11 SGB V bis zum 31. Dezember 1993 für die Erbringung von Leistungen zugelassen sind. Preisvereinbarungen, die für die beiden Leistungserbringergruppen abgeschlossen werden, sind so fortzuführen, daß sie der wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenkassen nicht entgegenstehen.
2. Bei Vereinbarungen über die Abgabe von Sehhilfen durch Augenoptiker ist zu beachten, daß das Sachleistungsprinzip erhalten und gesichert bleibt.
3. Für die Sicherstellung der Versorgung mit Hörhilfen im Sinne der Übergangsregelung des SGB V (§ 311 Abs. 11) im Bereich der neuen Bundesländer haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Verträge mit Audiologischen Zentren geschlossen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, die Verträge und Preise so weiterzuentwickeln, daß die Versorgung mindestens bis zum Auslaufen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsregelungen durch die Audiologischen Zentren sichergestellt werden kann. Soweit Verträge für Leistungsstrukturen abzuschließen sind, die den Verhältnissen in den alten Bundesländern nahekommen, müssen Preise und Preisanpassungen den Inhalten des Einigungsvertrages entsprechen.
4. Preisvereinbarungen für orthopädische und andere Hilfsmittel, die weitestgehend von Landesorganisationen der Krankenkassen und der Leistungserbringer in den neuen Bundesländern getroffen werden, sollten die vorstehenden Grundsätze ebenfalls beachten. Insoweit appelliert die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an die beteiligten Vertragspartner, dazu beizutragen, daß der Übergang zu Versorgungsstrukturen auf wesentlichem Niveau ohne Probleme für die gesetzliche Krankenversicherung und deren Versicherten vonstatten geht.
5. Aufgrund der Anbieterstruktur in den neuen Bundesländern, die das Niveau in den alten Bundesländern noch nicht erreicht hat und daher bei einer Festbetragseinführung keine zuzahlungsfreie Versorgung der Versicherten gewährleisten kann, empfiehlt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zunächst anstelle von Festbeträgen die Vereinbarung von Preisen fortzuführen, die eine stufenweise Angleichung an das Preisniveau in den alten Bundesländern ermöglichen.

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 16. Juni 1992

Vom Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer, als Ergebnis der Sondersitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 16. Juni 1992 festgestellte Konsenspunkte:

1. Alle Mitglieder der Konzertierten Aktion sehen aktuellen Handlungsbedarf und die Notwendigkeit, kurzfristig zu einer wirksamen Begrenzung der Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu kommen.
2. Die Konzertierte Aktion stimmt darin überein, daß alle Beteiligten in die Verantwortung zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung eingebunden werden und einen angemessenen Sparbeitrag leisten müssen.
3. Die Mitglieder der Konzertierten Aktion sind sich einig, daß gleichzeitig strukturelle Weichenstellungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Gesundheitswesen eingeleitet werden müssen.
4. Die Konzertierte Aktion begrüßt die Absicht des Bundesministers für Gesundheit, den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts zu beauftragen, das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu überprüfen und Vorstellungen über die langfristige Ausgestaltung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln. Mögliche Selbststeuerungsmechanismen sollen geprüft werden.
5. Bei der weiteren Ausgestaltung des Gesundheitsstrukturgesetzes sollen nach Auffassung der Konzertierten Aktion unterschiedliche Gegebenheiten in den alten und neuen Bundesländern Berücksichtigung finden.
6. Die Bundesländer sind grundsätzlich zu den Eckpunkten des Konzepts des Bundesministers für Gesundheit Gesprächsbereit. Die SPD-geführten Länder haben ihre Bereitschaft bekundet, in Gespräche über die strukturellen Maßnahmen des Reformkonzepts, nicht jedoch über die vorgesehenen Zuzahlungsregelungen für Versicherte einzutreten.

**Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
am 13. Dezember 1993**

**Empfehlung zum Bereich Rettungsdienst
(Notfallrettung und Krankentransport)**

Die Konzertierte Aktion sieht dringenden Handlungsbedarf, um den überproportionalen Ausgabensteigerungen entgegenzuwirken. Während die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes in allen wichtigen Bereichen bereits zu erheblichen finanziellen Entlastungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. zu maßvollen Preisanhebungen bei hoher Qualität geführt haben, setzt sich im Bereich Notfallrettung und Krankentransport der zweistellige Ausgabenanstieg weiter fort.

1. Die Konzertierte Aktion geht davon aus, daß die bisherigen Qualitätsstandards und die für die Notfallrettung geltenden Hilfsfristen weiter Bestand haben.
2. Die Konzertierte Aktion bekräftigt die Notwendigkeit der Beachtung der gesetzlichen Vorgabe in § 133 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 SGB V, wonach in den Jahren 1993 bis 1995 nur Preisanhebungen im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (nach § 270a SGB V) erfolgen dürfen. Diese gesetzliche Regelung bindet die Krankenkasse unmittelbar bei der Aushandlung der Preise. Angesichts der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Stabilität der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung und der hohen Abgabenbelastung der Versicherten haben sich auch Bund, Länder und Kommunen sowie die Leistungserbringer von Rettungs- und Krankentransporten ebenso wie die Krankenkassen an den Vorgaben des § 133 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu orientieren. Das Anliegen der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ist von den Ländern im Gesetzgebungsverfahren mitgetragen worden.
3. Die Konzertierte Aktion empfiehlt, preisgünstige Leistungsanbieter, die die in den jeweiligen

landesrechtlichen Vorschriften festgelegten Qualitätsstandards erfüllen, in die Versorgung einzubinden.

4. Die Konzertierte Aktion hält es für unerlässlich, aussagefähige Leistungs- und Kostennachweise für Notfall- und Krankentransporte zu schaffen, um auch Betriebskostenvergleiche zu ermöglichen. Sie schlägt vor, das einheitlich gestaltete Notfall- und Rettungsdienstprotokoll einzuführen.
5. Die Konzertierte Aktion empfiehlt, die Infrastrukturplanung in den Ländern unter verantwortlicher Beteiligung der Krankenkassen zu überprüfen, um u. a. Überkapazitäten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere auch für die neuen Länder.
6. Die Konzertierte Aktion fordert die Ärzteschaft auf, dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit im Rahmen ihrer Krankentransportverordnungen noch stärker Rechnung zu tragen. Gegebenenfalls sind die Krankentransport-Richtlinien zu konkretisieren.
7. Die Konzertierte Aktion fordert Länder und Kommunen auf, jeweils einvernehmliche Preisfindungen zwischen Anbietern und Kostenträgern anzustreben. Sollten sich die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für Notfall- und Krankentransporte im Jahr 1994 weiterhin überproportional entwickeln, fordert die Konzertierte Aktion auf zu prüfen, ob eine Korrektur des geltenden Rechts erforderlich ist.

Protokollnotizen

Zu Ziffer 1: Zu fordern ist eine größere Flexibilität der Standards und Fristen, um den Verantwortlichen vor Ort größere Regelungskompetenz einzuräumen (Kommunale Spitzenverbände).

Zu Ziffer 3: Eine Korrektur des geltenden Rechts (Ziffer 7) umfaßt ggf. auch die Rahmenbedingungen in den Ländern.

16.12.94**Beschluß**
des Bundesrates

Zweiter Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzentrierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
(Zweiter Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V)

Der Bundesrat hat in seiner 678. Sitzung am 16. Dezember 1994 von dem Bericht gemäß § 141 Abs. 4 SGB V Kenntnis genommen.