

## Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

Gliederung:	Seite
<b>Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse</b> .....	3
<b>A. Berichtsgegenstand</b> .....	7
I. Berichtsauftrag .....	7
II. Aufbau und Grundlagen des Berichts .....	7
<b>B. Entwicklung der Beitragssätze</b> .....	8
I. Ausgangssituation vor 1995 .....	8
II. Entwicklung in den Jahren 1995–1997 .....	8
III. Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV als Voraussetzung für stabile Beitragssätze .....	10
IV. Entwicklung der Beitragssatzdifferenzen .....	12
<b>C. Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion und ihre Umsetzung</b> .....	14
I. Aufgaben und Gegenstand von Empfehlungen .....	14
II. Sitzungen der Konzertierten Aktion im Berichtszeitraum .....	14
III. Einführung einer Geschäftsordnung .....	14
IV. Empfehlungen der Konzertierten Aktion vom 14. September 1995 .....	15

---

	Seite
1. Empfehlungen zur vertragsärztlichen Versorgung .....	15
2. Empfehlungen für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung .....	17
3. Empfehlungen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung .....	18
4. Empfehlungen zum Bereich Rettungsdienst .....	20
5. Empfehlungen zur Krankenhausversorgung .....	21
6. Empfehlungen für den Bereich der Kuren .....	24
<b>D. Anhang</b> .....	<b>27</b>
I. Tabellen, Graphiken, Übersichten .....	27
II. Wortlaut von Empfehlungen und Vorschlägen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 14. September 1995 .....	63
III. Wortlaut der Geschäftsordnung der Konzertierten Aktion .....	71
IV. Auswertung der Fragebogenaktion zur Infrastruktur im Rettungswesen .....	74

## Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Mit dem vorliegenden Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V gibt der Bundesminister für Gesundheit Bundestag und Bundesrat einen Überblick über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), über die Empfehlungen und Vorschläge der Konzierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie über die Umsetzung dieser Empfehlungen in den Jahren 1995 bis 1997.

### Beitragssatzentwicklung

Bei der Beurteilung der Beitragssatzentwicklung muß unterschieden werden zwischen der Entwicklung in den alten und in den neuen Ländern.

In den *alten Bundesländern* hatte der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen zum 1. Januar 1995 einen Wert von 13,18 % erreicht. Dieser Wert lag um 0,24 Punkte unter dem Beitragssatz des Jahres 1993, dem Jahr des Inkrafttretens des „Gesundheits-Strukturgesetzes“. Der Rückgang wurde insbesondere durch die positive Finanzentwicklung in den Jahren 1993 und 1994 ermöglicht, in denen die Krankenkassen mit 9,1 Mrd. DM bzw. 2,1 Mrd. DM deutliche Überschüsse verbuchen konnten.

Als Folge defizitärer Finanzergebnisse von rd. 5,1 Mrd. DM in 1995 und 4,6 Mrd. DM in 1996 kam es jedoch bis Ende 1996 zu einer deutlichen Abschmelzung der Finanzreserven sowie zu einem Anstieg des Beitragssatzniveaus bis zum 1. Dezember 1996 auf 13,58 %. Die mit dem Beitragsentlastungsgesetz vorgesehene Absenkung des Beitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte zum 1. Januar 1997 wurde von den meisten Krankenkassen durchgeführt und hatte zur Folge, daß der Durchschnittswert zum 1. Januar 1997 wieder auf 13,29 % zurückging. Vor dem Hintergrund eines erneuten Defizits von rd. 2,8 Mrd. DM im 1. Halbjahr 1997 stieg der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bis Mitte 1997 erneut auf 13,56 % an und blieb seitdem weitgehend konstant.

Der Vergleich des Beitragssatzniveaus zum 1. Januar 1998 mit 13,56 % mit dem Beitragssatz zum 1. Januar 1993, dem Tag des Inkrafttretens des Gesundheitsstrukturgesetzes, von 13,42 % ergibt für den Zeitraum von fünf Jahren im Bereich der alten Bundesländer nur eine geringfügige Anhebung des Beitragssatzniveaus um 0,14 Beitragssatzpunkte. Die Begrenzung des Beitragssatzniveaus konnte bis Anfang 1995 durch die Maßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes gewährleistet werden, wenn auch die ausgabenbegrenzenden Regelungen dieses Gesetzes sich bereits im Jahr 1995, dem letzten Jahr der „Budgetierung“ zentraler Ausgabenbereiche, zunehmend als unwirksam erwiesen. In der Folgezeit bedurfte es deshalb mit dem „Gesetz zur Stabilisierung

der Krankenhausaussgaben 1996“ sowie dem „Beitragsentlastungsgesetz“, das zum 1. Januar 1997 in Kraft trat, weiterer ausgabenbegrenzender Regelungen, um ein erneutes dramatisches Ansteigen des Beitragssatzniveaus zu verhindern.

Im Laufe der Jahre 1995 bis 1997 zeigte sich aber auch, daß sich die Finanzproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung immer stärker von der Ausgaben- auf die Einnahmenseite verlagerte. Die beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wiesen bei geringeren Lohnzuwächsen und einem hohen Niveau der Arbeitslosigkeit nur noch geringfügige Zuwachsraten auf – u. a. bedingt durch die Absenkung der Bemessungsgrundlage für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz seit 1995. Deshalb bedurfte es im Rahmen des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes, das zum 1. Juli 1997 in Kraft trat, neben einer Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern sowie der Schaffung von zusätzlichen Anreizen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme auch der Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine sozialverträgliche Erhöhung bestehender Zuzahlungen. Nur auf diese Weise konnte ein weiterer Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch der Personalzusatzkosten verhindert werden. Der Rückgang der Leistungsausgaben und die Stabilisierung des Beitragssatzniveaus seit Mitte 1997 belegt, daß dieses Ziel durch die gesetzgeberischen Maßnahmen sowie durch verstärkte Einsparbemühungen der Selbstverwaltung in einer Reihe von Leistungsbereichen erreicht werden konnte.

In den *neuen Bundesländern* lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zum 1. Januar 1995 mit 12,84 % noch deutlich unterhalb des Niveaus der alten Bundesländer. In der Folgezeit klafften jedoch die Steigerungsraten bei den Leistungsausgaben und den Veränderungsraten bei den beitragspflichtigen Einnahmen in wesentlich stärkerem Maße auseinander als in den alten Bundesländern und führten in den Jahren 1995 mit rd. 1,8 Mrd. DM, 1996 mit rd. 2,1 Mrd. DM und im 1. Halbjahr 1997 mit rd. 1,1 Mrd. DM zu erheblichen Defiziten, die in der Folge zu einem Anstieg des Beitragssatzniveaus führten. Im Frühjahr 1996 wurde das Niveau der alten Bundesländer überschritten und bis Dezember 1996 einen Wert von 13,90 % erreicht, das nach einem vorübergehenden Rückgang des Beitragssatzniveaus auf 13,74 % nach Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes zum 1. Januar 1997 bis zur Jahresmitte 1997 erneut auf 13,96 % anstieg. Parallel dazu führte die defizitäre Finanzentwicklung der Jahre 1995 bis 1997 auch zu einer Verschuldung der ostdeutschen Krankenkassen, die bis Ende 1997 auf rd. 1,4 Mrd. DM angewachsen war.

Die Ursachen für die Defizitentwicklung und den Beitragssatzanstieg in der GKV-Ost sind sowohl in ausgabe- als auch vor allem in den letzten Jahren verstärkt in einnahmeseitigen Faktoren zu sehen. Ausgabeseitig machte sich bemerkbar, daß die Krankenkassen insbesondere bei Arzneimitteln, Fahrkosten und Verwaltungskosten im Jahr 1997 bereits Ausgaben je Versicherten erreicht hatten, die das Niveau in den alten Bundesländern überstiegen und in einigen Leistungsbereichen – insbesondere bei Zahnersatz und Krankenhausversorgung – deutlich überproportionale Zuwachsraten aufzuweisen hatten. Darüber hinaus machte sich vor allem ab 1995 eine strukturelle Einnahmeschwäche bemerkbar, die zu einer erheblichen Abflachung der bis 1994 hohen Steigerungsraten bei den beitragspflichtigen Einnahmen führte.

Die Maßnahmen des Beitragsentlastungsgesetzes sowie des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes reichten deshalb zur Konsolidierung der GKV-Ost nicht aus. Vielmehr bedurfte es mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz, das zum 27. März 1998 in Kraft treten konnte, der Bereitstellung zusätzlicher Finanzhilfen, die insbesondere durch die Einführung eines gesamtdeutschen Grundlohnausgleichs im Risikostrukturausgleich ab 1. 1. 1999 verwirklicht werden wird. Dieser Ausgleich soll zunächst zeitlich auf 3 Jahre befristet und 1999 in der Höhe auf maximal 1,2 Mrd. DM beschränkt, die ostdeutschen Krankenkassen rechnerisch an einer Größenordnung von ca. 0,4 Beitragssatzpunkte entlasten. Bei Berücksichtigung der vorhandenen Altschulden trägt dieser Finanztransfer neben der Möglichkeit zusätzlicher kasseninterner und kassenarteninterner Finanzhilfen sowie verstärkter Einsparbemühungen in den problematischen Ausgabenbereichen dazu bei, daß das Beitragssatzniveau in den neuen Ländern stabilisiert und damit ein weiterer für Wirtschaft und Beschäftigung problematischer Anstieg der Lohnnebenkosten verhindert werden konnte.

Unabhängig von der Entwicklung des allgemeinen Beitragssatzniveaus in den alten und neuen Ländern ist es im Betrachtungszeitraum insbesondere im Vergleich zum Zeitraum vor der schrittweisen Einführung des Risikostrukturausgleichs zu erheblichen Veränderungen in der *Beitragssatzstruktur* der einzelnen Kassenarten und Krankenkassen sowie in der Abweichung vom durchschnittlichen Beitragssatzniveau gekommen. Bei einem Vergleich der Entwicklung der Beitragssatzstruktur nach Kassenarten fällt auf, daß in den *alten Bundesländern* die Allgemeinen Ortskrankenkassen Anfang 1994 noch ein Beitragssatzniveau aufwiesen, das mit 13,87 % um fast 0,6 Beitragssatzpunkte oberhalb des Werts der Angestellten-Ersatzkassen lag. Zum 1. Januar 1998 lag der AOK-Durchschnittswert hingegen um 0,24 Prozentpunkte unterhalb des Niveaus der Angestellten-Ersatzkassen. In den *neuen Ländern* liegt der AOK-Durchschnittsbeitragssatz mit 14,29 % hingegen auch Anfang 1998 nach wie vor oberhalb des Niveaus der Angestellten-Ersatzkassen von 13,95 %.

Deutlich verändert haben sich nicht nur die Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Kassenarten, sondern auch die Abweichungen vom durch-

schnittlichen Beitragssatz. Während in den *alten Ländern* im Januar 1994 rd. 30,5 % der GKV-Mitglieder einen Beitragssatz hatten, der um mehr als 1 % nach oben oder unten vom durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz abwich, hatte sich dieser Anteil bis zum Januar 1998 auf 8,1 % verringert. In den *neuen Ländern* hat sich der Anteil derjenigen GKV-Mitglieder, deren Beitragssatz um mehr als 1 Prozentpunkt nach oben oder unten vom Durchschnittsbeitragssatz abwich, von 10,9 % im Januar 1994 auf 7 % bis Januar 1998 verringert.

Trotz Angleichung der Beitragssatzunterschiede zeigen die Mitgliederbewegungen zwischen den Krankenkassen und Kassenarten nach der schrittweisen Erweiterung der Kassenwahlrechte der Versicherten auf der Basis des stufenweise eingeführten Risikostrukturausgleichs, daß es auch bei einer geringen Streubreite der Beitragssätze zu erheblichen Mitgliederänderungen insbesondere bei den Mitgliedern der Allgemeinen Krankenversicherung gekommen ist. Deutliche Zuwächse bei Krankenkassen und Kassenarten mit unterproportionalem Beitragssatzniveau stehen Mitgliederrückgänge bei Krankenkassen mit überproportionalem Beitragssatzniveau gegenüber. Hingegen sind bei den Rentnern kaum beitragsatzabhängige Wanderungsbewegungen festzustellen. Aus den Mitgliederbewegungen zu beitragsatzgünstigen Krankenkassen resultiert seit Erweiterung des Kassenwahlrechts eine rechnerische Absenkung des Beitragssatzniveaus um knapp 0,1 Prozentpunkte, aus der eine jährliche Entlastung für Arbeitnehmer und Betriebe von insgesamt mehr als 1 Mrd. DM abgeleitet werden kann. Dies ist ein Beleg dafür, daß der Beitragssatzwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sich nicht nur positiv auf die verfügbaren Einkommen der Mitglieder auswirkt, sondern auch in beachtlichem Umfang zur Entlastung der Lohnnebenkosten beigetragen hat.

#### **Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierte Aktion**

Im Berichtszeitraum hat am *14. September 1995* eine Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stattgefunden, auf der es zur Verabschiedung von insgesamt *sechs Empfehlungen* in den Versorgungsbereichen

- vertragsärztliche Versorgung,
- vertragszahnärztliche Versorgung,
- Krankenhausversorgung,
- Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Rettungsdienst und
- Kuren

kam.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Verabschiedung dieser Empfehlungen war die Einführung einer „*Geschäftsordnung*“, die sich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aufgrund einer gesetzlichen Neuregelung des 3. SGB V-Änderungsgesetzes vom 10. Mai 1995 und der darin enthaltenen Ergänzung des § 141 Abs. 3 Satz 3 „mit mindestens 3/4 der

Stimmen ihrer Mitglieder“ zu geben hatte. Diesem Auftrag hat die Konzertierte Aktion bei ihrer Sitzung am 14. September 1995 entsprochen und im Rahmen einer Geschäftsordnung insbesondere Regelungen zum organisatorischen Ablauf der Sitzungen der Konzertierte Aktion, den Aufgaben des „Vorbereitenden Ausschusses“ sowie zur Konsensbildung des Gremiums beschlossen. Danach wird zwar weiterhin der Konsens der stimmberechtigten Mitglieder der „Konzertierte Aktion“ als Voraussetzung für das Zustandekommen von Entschlüssen und Empfehlungen angesehen, gleichzeitig aber die Veröffentlichung eines „Meinungsbildes“ des Gremiums unter Berücksichtigung von Minderheitsvoten auch dann ermöglicht, wenn mindestens 75 % der Mitglieder einer Entschlüsselung zugestimmt hatten. Damit wurden wesentliche Voraussetzungen dafür geschaffen, die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Konzertierte Aktion zu verbessern.

Die Empfehlungen und Entschlüsse der Konzertierte Aktion vom 14. September 1995, die z.T. strukturelle Verbesserungen und z.T. ausgabenbegrenzende Regelungen insbesondere für das Jahr 1996 vorsahen, sind in den einzelnen Sektoren in unterschiedlicher Weise umgesetzt worden:

Mit der Empfehlung zur angemessenen Veränderung der *Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung* hat sich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine entsprechende Bundesempfehlung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zu eigen gemacht. Diese sah für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung für den Zeitraum vom 1. Januar 1996 bis 30. Juni 1997 insbesondere eine Orientierung der Veränderung der Gesamtvergütung an der durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen vor. Darüber hinaus sollte zur Finanzierung eines zusätzlichen Leistungsbedarfs für die ab 1. Januar 1995 neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommene Leistungen eine Erhöhung von 0,55 % und für ambulante Operationen eine Erhöhung um 0,45 % folgen.

Die Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern deutet darauf hin, dass die in der Empfehlung vorgesehenen Begrenzungen der Gesamtvergütung weitgehend eingehalten wurden und von diesem Leistungsbereich, wie bereits in den Vorjahren, keinerlei Druck auf die Beitragssätze ausgegangen ist. Die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz ab 1. Januar 1998 eingeführten neuen Vorschriften zur ärztlichen Gesamtvergütung mit festen Punktwerten und arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina sollen ab 1998 für den vertragsärztlichen Bereich zu einer stärkeren bedarfsorientierten Vergütung führen. Eine strikte Anbindung der Ausgabenentwicklung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ist damit auch für den Sektor der Gesamtvergütung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ausgeschlossen.

Die Entschlüsselung für den Bereich der *vertragszahnärztlichen Versorgung*, die für das Jahr 1996 eben-

falls eine Entwicklung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen, die Neubewertung von Kunststoff-Füllungen in einer vertretbaren Größenordnung und darüber hinaus den Ausbau präventiver Maßnahmen sowohl in der Gruppenprophylaxe als auch in der Individualprophylaxe empfohlen hatte, wurde hingegen nur unzureichend umgesetzt. Die Ausgabenentwicklungen des Jahres 1996 je Mitglied für zahnärztliche Behandlung mit Zuwächsen von 7,3 % in den alten Ländern und 6,4 % in den neuen Ländern und noch höhere Steigerungsraten im Zahnersatzbereich von 10,5 % in den alten und 9,9 % in den neuen Ländern belegen, daß die Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Leistungsbereich um ein Vielfaches überschritten wurden. Auch die Empfehlung zur Neubewertung von Kunststoff-Füllungen wird der Erwartung der Konzertierte Aktion insofern nicht gerecht, als sie nur für einen kleinen Teil medizinisch indizierter Kunststoff-Füllungen extrem hohe Bewertungszuschläge festlegt und für andere Teile der medizinisch indizierten Kunststoff-Füllungen keine Vergütungsvorschläge vorsieht. Der vorgeschlagene Ausbau der Gruppenprophylaxe und der Individualprophylaxe bedurfte trotz gewollter überproportionaler Zuwachsraten im Jahr 1996 darüber hinausgehender rechtlicher Grundlagen, die der Gesetzgeber mit den zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen 2. GKV-Neuordnungsgesetz durch die Schließung bislang vorhandener präventiver Betreuungslücken bei Schwangeren, Kleinkindern bis zum Kindergartenalter und bei Erwachsenen geschlossen hat.

Die Empfehlungen für den Bereich der *Heil- und Hilfsmittel*, die insbesondere für das Jahr 1996 vorsahen, die vereinbarten Zuwächse im Rahmen des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen zu halten und dabei auch ein überproportionales Mengenwachstum im Jahr 1995 zu berücksichtigen, konnten 1996 kaum umgesetzt werden. Ein Zuwachs der Leistungsausgaben bei Heil- und Hilfsmitteln je Mitglied von 8,7 % in den alten Bundesländern und 12,5 % in den neuen Bundesländern blieb um ein Vielfaches oberhalb der tatsächlichen Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Auch bei der bis Ende des Jahres 1996 von der Konzertierte Aktion geforderten Anpassung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien in Richtung einer weitergehenden Konkretisierung der Verordnungsfähigkeit wurden in dem angesprochenen Zeitraum keine Fortschritte erzielt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß der Gesetzgeber die Empfehlungen der Konzertierte Aktion aufgegriffen hat und mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz im Rahmen des Partnerschaftsmodells dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen u. a. die Aufgabe übertragen hat, in Richtlinien eine Zuordnung der Heilmittel zur Indikation vorzulegen sowie die Besonderheiten von Wiederholungsverordnungen zu regeln. Auch die von der Konzertierte Aktion geforderte Erhöhung der Datentransparenz ist nach wie vor verbesserungsbedürftig.

Bezüglich der Umsetzung der Empfehlung für den Bereich *Rettensdienst*, die gefordert hatte, den

überproportionalen Ausgabensteigerungen wirksam zu begegnen, die Infrastruktur des Rettungsdienstes zu optimieren und Überkapazitäten abzubauen, kann nur zum Teil auf Erfolge hingewiesen werden. Zwar ist es im Jahr 1996 gelungen, die exorbitanten Ausgabensteigerungen der Vorjahre zu bremsen. Mit Ausgabenzuwächsen je Mitglied von 2,1 % in den alten und 7,0 % in den neuen Bundesländern wurde jedoch die Grundlohnentwicklung erneut überschritten. Zur geforderten Verbesserung der Infrastruktur im Bereich Rettungsdienst stellt der Bericht zwar fest, daß fast alle Länder Vorschläge und Pläne zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung äußern, konkrete Maßnahmen jedoch nur von wenigen Ländern ergriffen wurden.

Für den Bereich der *Krankenhausversorgung* mußte bereits nach wenigen Wochen festgestellt werden, daß die Empfehlungen der Konzertierte Aktion, die Entwicklung der Budgets und Pflegesätze 1996 auf der Basis der Grundlohnentwicklung zu halten, wenig Umsetzungschancen hatten. Der Gesetzgeber hat durch das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 deshalb eine strikte Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags der Krankenhausumlagen festgelegt. Dadurch kam es im Krankenhausbereich 1996 zu einem Ausgaberrückgang je Mitglied von -0,7 % in den alten Ländern, so daß zumindest für den Bereich der alten Bundesländer keine Gefährdung der Beitragssatzstabilität ausging. In den neuen Ländern stiegen die Krankenhausaussgaben mit 6,1 % je Mitglied unvermindert an. Dazu hat die Öffnung zugunsten der Folgekosten zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen beigetragen.

Auch im Bereich der *Kuren*, die trotz einer durch das Gesundheitsstrukturgesetz vorgegebenen Budgetierung der Ausgabenentwicklung im Zeitraum 1993 bis 1995 exorbitante Zuwachsraten aufzuweisen hatte, konnte die Empfehlung der Konzertierte Aktion nur begrenzte Wirkung entfalten. Der Zuwachs bei den Kuren je Mitglied von 2,4 % in den alten und 8,1 % in den neuen Ländern im Jahr 1996 zeigt, daß die Empfehlung der Konzertierte Aktion, nach der Ausgaben für Kuren nicht mehr steigen sollten, nur begrenzte Wirkung hatte. Vor diesem Hintergrund sah sich der Gesetzgeber veranlaßt, im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – ebenso wie für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung – ausgabenbegrenzende Regelungen vorzusehen. Die vorläufigen Finanzergebnisse für das Jahr 1997, die einen Ausgaberrückgang von ca. 1 Mrd. DM gegenüber dem Jahr 1996 erkennen lassen, deuten darauf hin, daß das erwartete Einsparziel des Gesetzgebers

von rd. 860 Mio. DM weitgehend erreicht werden konnte. Den von der Konzertierte Aktion empfohlenen strukturellen Verbesserungen, der Schaffung eines bedarfsgerechteren Versorgungsangebots sowie einer bedarfsgerechteren und differenzierteren Feststellung der Notwendigkeit von Kuren wurde hingegen zumindest in Teilbereichen entsprochen. Ebenso konnten Fortschritte bei der Verzahnung von ambulanten und stationären Rehabilitationen erzielt und die empfohlene Verstärkung der Rehabilitationsforschung erreicht werden. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden mit dem sog. Partnerschaftsmodell gesetzliche Regelungen geschaffen, die auch der Umsetzung der von der Konzertierte Aktion empfohlenen strukturellen Verbesserungen dienen.

Die Gesundheitspolitik der Vergangenheit und auch die Empfehlungen der Konzertierte Aktion haben sich sehr stark an ökonomischen Gesichtspunkten orientiert. Angesichts globaler Wirtschaftlichkeitsreserven ließ sich über zwei Jahrzehnte hinweg eine fiskalisch geprägte Kostendämpfungspolitik rechtfertigen. Seit 1982 wurden in der sozialen Krankenversicherung jährliche Einsparungen in einer Größenordnung von ca. 30 Mrd. DM durchgesetzt.

Diese globalen Einsparreserven sind inzwischen weitgehend erschöpft und pauschalen Sparmaßnahmen kaum mehr zugänglich. Die hohen Grundlohnzuwächse der Vergangenheit sind stagnierenden beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen gewichen. Eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik mit einer Budgetierung von Ausgaben ist nicht mehr sinnvoll und auch nicht mehr praktikabel.

Das deutsche Gesundheitswesen steht in den nächsten Jahren vor enormen Herausforderungen. Die Antworten der Vergangenheit, die sich weitgehend auf Budgetierungen und Beitragserhöhungen beschränkten, sind untauglich. Zwar bleibt die Stabilisierung des gegenwärtigen Beitragssatzniveaus von 13,6 v.H. auf absehbare Zeit ein wichtiges und ehrgeiziges Ziel. Das bedeutet allerdings nicht, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Sinne einer strikten Anbindung der Ausgaben an die Entwicklung der Einnahmen die Maßnahme für mögliche Zuwächse bilden kann. Wenn für den notwendigen medizinischen Bedarf der Bevölkerung mehr Mittel erforderlich sind, müssen sie zur Verfügung gestellt werden, ohne die Arbeitskosten zu belasten. Mit den beiden GKV-Neuordnungsgesetzen wurden die entscheidenden Voraussetzungen für eine solche bedarfsorientierte und zugleich wirtschaftliche medizinische Versorgung auf der Basis eines ausgewogenen Verhältnisses von Solidarität und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen.

## 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 Konzertierte Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu berichten“.

Dieser dritte Bericht analysiert die Entwicklung in den Jahren 1995 bis 1997 und schließt damit an den zweiten Bericht an (Bundestags-Drucksache 13/8570 vom 12. Oktober 1994), der sich auf den Zeitraum von 1992 bis 1994 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 1995 bis 1997 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 dargestellt und die finanzwirksamen Maßnahmen des Beitragserleichterungsgesetzes sowie des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes und deren erkennbare Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung und das Beitragssatzniveau analysiert. Darüber hinaus wird auf die im letzten Bericht dargestellte Ausgangssituation aus den Jahren 1992 bis 1994 eingegangen, sowie sich abzeichnende Entwicklungstendenzen für die Jahre nach 1997 erläutert.

Im Teil C werden die von der Konzertierte Aktion im Berichtszeitraum erarbeiteten Empfehlungen und Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und ihre Umsetzung dargestellt und bewertet. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Einführung einer Geschäftsordnung für die Konzertierte Aktion eingegangen, die zu einer verbesserten Effizienz und Handlungsfähigkeit des Gremiums beitragen sollte.

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

## B. Entwicklung der Beitragssätze

### I. Ausgangssituation vor 1995

#### Alte Bundesländer

Im Jahr 1994, dem letzten Jahr des Berichtszeitraums des zweiten vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Berichts, hatte der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen in den alten Bundesländern einen Wert von 13,23 % erreicht (vgl. Übersicht 1). Dieser Wert lag um 0,2 Prozentpunkte unter dem Beitragssatz des Jahres 1993, dem Jahr des Inkrafttretens des „Gesundheits-Strukturgesetzes“. Dieser Rückgang wurde insbesondere durch die positive Finanzentwicklung in den Jahren 1993 und 1994 ermöglicht. Nach den Defiziten von 5,6 Mrd. DM (1991) und 9,1 Mrd. DM (1992) verbuchten die Krankenkassen 1993 mit 9,1 Mrd. DM und 1994 mit 2,1 Mrd. DM wieder deutliche Überschüsse. Die Senkung des Beitragssatzniveaus um 0,2 Prozentpunkte in 1994 wurde nach Aufstockung der bis Ende 1992 zunächst deutlich abgeschmolzenen Betriebsmittel und Rücklagen möglich. Ende 1994 verfügten die Krankenkassen in den alten Ländern wieder über Finanzreserven von rd. 16,6 Mrd. DM (1,03 Monatsausgaben) (vgl. Übersichten 7, 9, 10).

#### Neue Bundesländer

Im Beitrittsgebiet betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz 1994 12,95 % (vgl. Übersicht 1) und lag damit um rd. 0,3 Prozentpunkte oberhalb des Beitragssatzniveaus des Jahres 1993, obwohl die GKV-Ost in den Jahren 1993 und 1994 Überschüsse von rd. 1,4 Mrd. DM bzw. 0,1 Mrd. DM verbuchen konnte. Ende 1994 hatten die Krankenkassen im Beitrittsgebiet insgesamt Betriebsmittel und Rücklagen in einer Größenordnung von rd. 2,6 Mrd. DM (0,75 Monatsausgaben) (vgl. Übersichten 8, 9, 10) aufzuweisen, die sich allerdings sehr unterschiedlich auf die einzelnen Kassenarten verteilten. Bereits zu diesem Zeitpunkt hatten die AOKen trotz des im Kassenartenvergleich höchsten Beitragssatzniveaus von 13,4 % negative Betriebsmittel und Rücklagen von rd. 0,1 Mrd. DM, während die übrigen Kassenarten bei einem deutlich niedrigeren Beitragssatzniveau noch erhebliche Finanzreserven aufzuweisen hatten.

### II. Entwicklung im Jahr 1995

#### Alte Bundesländer

Im früheren Bundesgebiet ging der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz auch vor dem Hintergrund der bis Ende 1994 deutlich aufgestockten Finanzreserven Anfang 1995 nochmals leicht auf 13,18 % zurück. Dieses Beitragssatzniveau ließ sich jedoch vor dem Hintergrund der erneut defizitären Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im

Jahr 1995 nicht halten. Im gesamten Jahr 1995 gab es einen Ausgabenüberhang von rd. 5,1 Mrd. DM, der dazu führte, daß die Rücklagen und Betriebsmittel bis zum 31. Dezember 1995 auf knapp 11,3 Mrd. DM (0,62 Monatsausgaben) abgeschmolzen wurden. Die defizitäre Finanzentwicklung des Jahres 1995 ist insbesondere das Resultat überproportionaler Ausgabenanstiege bei gleichzeitig rückläufigen Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen. Einem Anstieg von 4,4 % je Mitglied bei den Leistungsausgaben stand lediglich ein Anstieg von 0,7 % bei den beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber (vgl. Übersichten 12–16). Bereits im Laufe des Jahres 1995 kam es wieder zu einem Anstieg des Beitragssatzniveaus, das im Jahresdurchschnitt einen Stand von 13,24 % erreichte. Wie aus der Übersicht 16 hervorgeht, blieben die Ausgabensteigerungen ähnlich wie bereits im Jahr 1994 auch im Jahr 1995 in allen größeren Leistungsbereichen mit Ausnahme der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung zum Teil erheblich oberhalb der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen. Insbesondere die hohen Zuwächse bei Zahnersatz, bei Arzneimitteln, bei Heil- und Hilfsmitteln, bei Kuren, bei Fahrkosten und vor allem beim Krankengeld führten insgesamt zu der hohen Steigerungsrate bei den Leistungsausgaben. Trotz der bis Ende 1995 befristeten und durch das Gesundheits-Strukturgesetz eingeführten Budgetierung erwies sich auch der Krankenhausbereich als besonders expansiv und trug bei einem Anteil an Leistungsausgaben von rd. 1/3 erheblich zur defizitären Finanzentwicklung in 1995 bei.

Während die Steigerungsrate bei den Leistungsausgaben in erheblichem Umfang aus einer der immer wieder nach gesetzgeberischen Eingriffen festzustellenden nachlassenden Ausgabendisziplin der Beteiligten resultierten, machten sich insbesondere auf der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung die Maßnahmen des im parteiübergreifenden Konsens beschlossenen Rentenreformgesetz von 1989 bemerkbar. Durch dieses Gesetz wurden ab 1995 die Beitragszahlungen, die für Empfänger von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz an die Krankenversicherung entrichtet wurden, von 100 % auf 80 % des vorher bezogenen Arbeitsentgelts reduziert. Diese Regelung hatte maßgeblich zu der niedrigen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen von 0,7 % beigetragen.

#### Neue Länder

Auch in den neuen Ländern ging der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz Anfang 1995 noch einmal auf 12,84 % zurück und blieb auch im gesamten Jahr 1995 mit 12,82 % in etwa auf diesem Niveau. Gleichwohl verlief die Finanzentwicklung der GKV-Ost 1995 in noch stärkerem Maße defizitär als in den alten Bundesländern. Ein Ausgabenüberhang von

rd. 1,8 Mrd. DM trug dazu bei, daß die Rücklagen und Betriebsmittel bis Ende 1995 auf knapp 0,7 Mrd. DM (0,18 Monatsausgaben) abgeschmolzen wurden.

Die Ursache dieser defizitären Finanzentwicklung lag zum einen daran, daß nicht nur die Steigerungsraten bei den Leistungsausgaben je Mitglied nach einem Zuwachs von 16,4 % im Jahr 1994 auch 1995 mit einem nochmaligen Anstieg von 8,5 % deutlich expandierten und dabei die Leistungsausgaben je Versicherten in einigen Bereichen – insbesondere bei Arzneimitteln und bei Fahrkosten – die entsprechenden Ausgaben in den alten Bundesländern bereits überschritten (vgl. Übersichten 12–16). Zum anderen blieb nach den hohen Zuwächsen bei den beitragspflichtigen Einnahmen in den Jahren 1992 bis 1994 der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 1995 mit 0,4 % sogar erstmals unterhalb der Veränderungsrate der alten Bundesländer. Vor dem Hintergrund der im Ost-West-Vergleich hohen Zahl der Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz machten sich in den neuen Bundesländern die Regelungen des Rentenreformgesetzes mit der Absenkung der Beitragsbemessung für diesen Personenkreis noch wesentlich stärker bemerkbar als in der GKV-West.

#### Entwicklung im Jahre 1996

Im Jahr 1996 kam es sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern bereits Anfang des Jahres zu Beitragssatzerhöhungen.

#### Alte Bundesländer

Im früheren Bundesgebiet stieg der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zum 1. Januar 1996 auf 13,43 % und erreichte damit wieder das Niveau des Jahres 1993. Weitere Beitragssatzerhöhungen im Laufe des Jahres 1996 – insbesondere in der zweiten Jahreshälfte – führten dazu, daß das Beitragssatzniveau bis zum 1. Dezember 1996 auf 13,58 % anstieg und der jahresdurchschnittliche Beitragssatz auf 13,47 % hochging.

Auch das Jahr 1996 war trotz der Erhöhung des Beitragssatzniveaus gegenüber dem Vorjahr und trotz einer deutlichen Abflachung der Ausgabensteigerungen weiterhin von einer defizitären Finanzentwicklung geprägt. Ein Defizit von rd. 4,6 Mrd. DM führte zu einer weiteren Abschmelzung der noch vorhandenen Rücklagen und Betriebsmittel bis Ende 1996 auf rd. 6,3 Mrd. DM (0,34 Monatsausgaben).

Die Abflachung des Anstiegs der Leistungsausgaben je Mitglied auf 2,7 % war insbesondere das Ergebnis einer Ausgaben senkung um –0,8 % im Bereich der Krankenhausbehandlung, die aus den strikten ausgabenbegrenzenden Regelungen des „Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben“ 1996 resultierten. Hingegen trugen hohe Steigerungsraten beim Zahnersatz, bei Arzneimitteln sowie bei Heil- und Hilfsmitteln ausgabenstark zu der defizitären Finanzentwicklung des Jahres 1996 bei. Die einnahmeseitigen Probleme wurden auch 1996 deutlich. Die beitragspflichtigen Einnahmen blieben mit einer

Steigerungsrate von 1,1 % je Mitglied nur geringfügig oberhalb der Veränderungsrate des Jahres 1995.

#### Neue Länder

Im Beitrittsgebiet erreichte der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bereits zum Jahresanfang 1996 13,28 % und damit einen neuen Höchstwert. Im weiteren Verlauf des Jahres 1996 kam es nochmals zu einer Reihe von Beitragssatzerhöhungen, die u. a. dazu führten, daß der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz im Frühjahr 1996 das Niveau der alten Bundesländer überschritt, im Dezember einen Wert von 13,91 % erreichte und im Jahresdurchschnitt 13,53 % erreichte. Im Jahr 1996 erzielten die Krankenkassen im Beitrittsgebiet trotz der erheblichen Erhöhung des Beitragssatzniveaus mit rd. 2,1 Mrd. DM ein noch höheres Defizit als im Jahr 1995. Dies führte dazu, daß bis Ende 1996 in der GKV-Ost eine Verschuldung von rd. 1,1 Mrd. DM (–0,28 Monatsausgaben) aufgelaufen war. Diese Verschuldung konzentrierte sich insbesondere auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen; von der Abschmelzung der Finanzreserven waren aber in zunehmendem Maße auch die übrigen Kassenarten betroffen.

Erneut machte sich in der GKV-Ost im Jahr 1996 eine stark geöffnete Schere zwischen Veränderung der Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen bemerkbar. Einem Zuwachs bei den Leistungsausgaben je Mitglied von 4,6 % stand ein Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von 2,0 % gegenüber. Zu der Steigerung der Leistungsausgaben trugen u. a. überproportionale Ausgabenzuwächse bei zahnärztlicher Behandlung, bei Zahnersatz, bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und bei Krankenhausbehandlung bei.

#### Entwicklung im Jahr 1997

Das Beitragsentlastungsgesetz, das zum 1. Januar 1997 in Kraft trat, sah für die gesetzlichen Krankenkassen eine Reihe von Einsparmaßnahmen vor, die zu einer jährlichen Entlastung von ca. 7 Mrd. DM führen sollten. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet verpflichtet, ihre Beitragssätze zum Januar 1997 um 0,4 Beitragssatzpunkte zu senken.

#### Alte Länder

In den alten Bundesländern sank der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der im Dezember 1996 bei 13,58 % gelegen hatte, zum 1. Januar 1997 auf 13,29 %. Die meisten Krankenkassen sind der gesetzlichen Aufforderung zur Beitragssatzsenkung gefolgt; eine Reihe von Krankenkassen haben den Beitragssatz unverändert gelassen und in einer Reihe von Fällen gab es Beitragssatzanhebungen, die zum Teil auch mit Fusionen von Kassen verbunden waren. Bis Mitte 1997 stieg der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz wieder auf 13,56 % an und blieb seitdem weitgehend konstant.

Die Anhebung des Beitragssatzniveaus im Frühjahr 1997 resultierte insbesondere aus erheblichen Bei-

tragssatzanhebungen bei den Angestellten-Ersatzkassen sowie eines Teils der Betriebskrankenkassen, während die übrigen Kassenarten – insbesondere die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Innungskrankenkassen – ihr Beitragssatzniveau seit dem Jahreswechsel 1996/97 nicht mehr veränderten.

Die Beitragssatzentwicklung des Jahres 1997 ist insbesondere vor dem Hintergrund der defizitären Finanzentwicklung der Jahre 1995 und 1996 sowie des 1. Halbjahres 1997 zu erklären. Trotz Inkrafttretens des Beitragsentlastungsgesetzes kam es im 1. Halbjahr 1997 noch zu einem Defizit von rd. 2,8 Mrd. DM. Durch die günstige Finanzentwicklung nach Inkrafttreten des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes zum 1. Juli 1997 wurde aus dem Defizit des 1. Halbjahres aufgrund eines Überschusses von rd. 4 Mrd. DM im 2. Halbjahr für das gesamte Jahr 1997 noch ein Überschuß von rd. 1,4 Mrd. DM.

Nach den vorläufigen Finanzergebnissen (KV 45) für das 1. bis 4. Quartal 1997 stand einem Rückgang der Leistungsausgaben je Mitglied von –2,5 % ein weiterhin nur geringer Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von 0,7 % gegenüber.

Durch den Überschuß des Jahres 1997 konnten die Ende 1996 noch vorhandenen Betriebsmittel und Rücklagen bis Ende 1997 auf eine Größenordnung von rd. 7,7 Mrd. DM erhöht werden. Diese Entwicklung war eine wichtige Voraussetzung für die Stabilisierung des Beitragssatzniveaus. Darüber hinaus haben einzelne Krankenkassen Beitragssatzsenkungen für Mitte des Jahres 1998 beschlossen.

### Neue Bundesländer

In den neuen Bundesländern ging der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz vom 1. Dezember 1996 zum 1. Januar 1997 von 13,91 % auf 13,74 % zurück. Vor dem Hintergrund der bis Ende 1996 aufgebauten Verschuldung von rd. 1,1 Mrd. DM wurde die beabsichtigte Beitragssatzsenkung um 0,4 % nur von einem Teil der Krankenkassen realisiert. Bei einigen Kassenarten – insbesondere im AOK-Bereich – kam es zur Jahreswende 1996/97 sogar zu einer Anhebung des Beitragssatzniveaus. Bis Mitte 1997 stieg das Beitragssatzniveau der GKV-Ost auf ca. 13,95 % an und blieb seitdem weitgehend konstant.

Trotz Inkrafttretens des Beitragsentlastungsgesetzes hatte sich die Finanzsituation der GKV in den neuen Bundesländern im 1. Halbjahr 1997 durch ein erneutes Defizit von 1,1 Mrd. DM nochmals verschärft. Nach Inkrafttreten des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes zum 1. Juli 1997 konnte das Defizit durch einen Überschuß von rd. 0,8 Mrd. DM im 2. Halbjahr 1997 zwar im gesamten Jahr auf rd. 0,3 Mrd. DM reduziert werden. Nach den vorläufigen Finanzergebnissen (KV 45) kam es auch in den neuen Ländern zu einem Rückgang bei den Leistungsausgaben je Mitglied von –1,9 %, denen nur ein minimaler Anstieg bei den beitragspflichtigen Einnahmen von +0,3 % gegenüberstand. Im Unterschied zu den alten Bundesländern hat sich im Beitrittsgebiet die Vermögenssituation Ende 1997 gegenüber Ende 1996 verschlechtert. Unter Berücksichtigung der bereits Ende

1996 vorhandenen Altschulden hatten die negativen Betriebsmittel und Rücklagen bis Ende 1997 ein Finanzvolumen von rd. 1,4 Mrd. DM erreicht. Dabei konzentrierte sich die Problematik in den neuen Bundesländern in starkem Maße auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die in der GKV-Ost das mit Abstand höchste Beitragssatzniveau und die mit Abstand höchste Verschuldung aufweisen.

### III. Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV als Voraussetzung für stabile Beitragssätze

Zusammenfassend läßt sich für den Berichtszeitraum 1995 bis 1997 feststellen, daß das Beitragssatzniveau der GKV in den *alten Bundesländern* vom 1. Januar 1995 mit 13,18 % bis zum 1. Januar 1998 auf 13,56 % und damit um knapp 0,4 Prozentpunkte gestiegen ist. Im Vergleich zum 1. Januar 1993, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsstrukturgesetzes mit einem Beitragssatzniveau von 13,42 % ist das gegenwärtigen Beitragssatzniveau jedoch nur um 0,14 Beitragssatzpunkte angestiegen. Dies dokumentiert wiederum für den Bereich der alten Bundesländer, daß trotz der schwierigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Probleme sich in jüngerer Zeit vor allem aufgrund der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in starkem Umfang auf die Einnahmenseite verlagert haben, für den Zeitraum der letzten fünf Jahre von einer weitgehenden Stabilität des Beitragssatzniveaus ausgegangen werden kann.

Für den Bereich der *neuen Bundesländer* ergibt die zusammenfassende Bewertung der Beitragssatzentwicklung im Betrachtungszeitraum einen wesentlich ungünstigeren Trend, der durch einen Anstieg von 12,84 % vom 1. Januar 1995 bis auf 13,95 % zum 1. Januar 1998 und einen Zuwachs von rd. 1,1 Beitragssatzpunkten gekennzeichnet ist. Seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1. Januar 1993 mit einem damaligen Beitragssatzniveau von 12,54 % ist sogar ein Niveauanstieg von rd. 1,4 Beitragssatzpunkten zu verzeichnen.

Zur Jahreswende 1997/98 ist somit im Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern nicht nur ein um 0,4 Beitragssatzpunkte ungünstigeres Niveau der GKV-Ost zu verzeichnen mit allen damit verbundenen negativen wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Auswirkungen. Vielmehr zeigen die in der GKV-West Ende 1997 noch vorhandenen Finanzreserven von rd. 7,7 Mrd. DM bei gleichzeitiger Verschuldung der GKV-Ost in einer Größenordnung von rd. 1,4 Mrd. DM, daß zur Stabilisierung des gegenwärtigen Beitragssatzniveaus in der GKV-Ost im Unterschied zur GKV-West erhebliche zusätzliche Konsolidierungsmaßnahmen erforderlich sind.

Die jetzt erkennbare Stabilisierung des Beitragssatzniveaus in der gesamten GKV ist nur mit Hilfe der Maßnahmen des zum 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Beitragsentlastungsgesetzes sowie der Regelungen des zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes möglich. Darüber hinaus haben verstärkte Stabilisierungsbemühungen der Selbstverwaltung auch unter dem Eindruck einer verstärkten Beitragssatzkonkurrenz der Krankenkassen nach der Erweiterung der Wahlfreiheit für die

Versicherten zu beachtenswerten Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung geführt und damit zur Stabilisierung des Beitragssatzniveaus beigetragen. Außerdem ist jedoch für die neuen Bundesländer neben noch zu verstärkenden Einsparbemühungen in einer Reihe von Leistungsbereichen eine wirksame Finanzhilfe im Rahmen des zum 23. März 1998 in Kraft getretenen GKV-Finanzstärkungsgesetzes erforderlich, das vor allem die einnahmenseitigen Probleme der GKV-Ost lösen hilft.

Im Folgenden sollen die Maßnahmen des Beitragsentlastungsgesetzes, des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes sowie des GKV-Finanzstärkungsgesetzes hinsichtlich der Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV und in ihrer Bedeutung für die Stabilisierung des Beitragssatzniveaus der gesetzlichen Krankenkassen dargestellt werden.

### Beitragsentlastungsgesetz

Das Beitragsentlastungsgesetz als Teil des Programms der Bundesregierung für mehr Wachstum und Beschäftigung entlastet die gesetzliche Krankenversicherung in einer Größenordnung von jährlich ca. 7 Milliarden DM und verpflichtete die Krankenkassen zum 1. Januar 1997 ihre Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte abzusenken. Das Gesetz enthält insbesondere folgende ausgabenbegrenzende Maßnahmen:

- die pauschale Absenkung der Krankenhausbudgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999 insbesondere aufgrund des durch die Einführung der Pflegeversicherung möglichen Abbaus von Fehlbelegungen im Krankenhaussektor.
- die Erhöhung der nach Packungsgröße gestaffelten Zuzahlungen zu Arzneimitteln um 1,– DM
- den Wegfall des Kassenanteils von 20,– DM für Brillenfassungen
- den Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz für Versicherte der Geburtsjahrgänge 1979 und jünger
- Einsparungen im Bereich der stationären Kuren durch Verkürzungen der Regelkurdauer von vier auf drei Wochen, die Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre und die Anhebung der Zuzahlungen bei Kuren von 12,– auf 25,– DM in den alten und von 9,– auf 20,– DM in den neuen Ländern
- die Absenkung des Krankengeldes um 10 Prozentpunkte von bisher 80 % auf 70 % des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts sowie
- die Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung.

### 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz

Parallel zu den Maßnahmen des Beitragsentlastungsgesetzes wurde seitens der Bundesregierung auch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der „3. Stufe der Gesundheitsreform“ weiter verfolgt. Die Bundesregierung hatte

die Notwendigkeit einer solchen 3. Stufe noch vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes Anfang 1993 deutlich gemacht.

Nachdem zwei vom Deutschen Bundestag beschlossene zustimmungspflichtige Gesetze im Rahmen der 3. Stufe der Gesundheitsreform (das „Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung“ und das „Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997“) im Bundesrat gescheitert waren, haben die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und F.D.P. und die Bundesregierung im Oktober 1996 das „1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz“ in die parlamentarischen Beratungen eingebracht. Beide Gesetze sind am 1. Juli 1997 in Kraft getreten. Die beiden Neuordnungsgesetze haben drei Schwerpunkte:

- Erstens wird die Selbstverwaltung gestärkt, indem ihr insbesondere im Vertragsbereich mehr Möglichkeiten gegeben werden, auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme hinzuwirken. Damit soll die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotentialen durch die Selbstverwaltung verbessert werden.
- Zweitens werden die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenkassen dauerhaft verbessert, in dem die bestehenden Zuzahlungen für die Versicherten in sozialverträglicher Weise erhöht werden. Gleichzeitig wird die Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit erhöht.
- Drittens wird die Finanzverantwortung der einzelnen Krankenkassen gestärkt, in dem Beitragssatzerhöhungen mit einer Anhebung bestehender Zuzahlungen verbunden werden sollen und den Versicherten ein sofortiges Sonderkündigungsrecht eingeräumt wird.

Das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz enthält eine Vielzahl von Neuregelungen, die die Gestaltungsspielräume und die Finanzverantwortung der Selbstverwaltung erweitern und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Das sind insbesondere folgende Maßnahmen:

- Anhebung bestehender Zuzahlungen um 5 DM bzw. 5 Prozentpunkte,
- Koppelung von Beitragssatzerhöhungen einzelner Krankenkassen mit Zuzahlungserhöhungen,
- Außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Beitragssatzerhöhungen und Satzungsänderungen,
- Verbesserung der Härtefallregelung für chronisch Kranke,
- Partnerschaftliche Gestaltung der Versorgung mit Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege sowie Kuren und Rehabilitation durch Krankenkassen und betroffene Leistungserbringer,
- Versichertenfinanzierte Satzungsleistungen,
- Gestaltungsmöglichkeiten durch Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt und Zuzahlungen,
- Verbesserte Informationsrechte und Möglichkeit der Kostenerstattung für alle Versicherten,

- Erweiterung von Modellvorhaben und Vertragsgestaltung,
- Neuregelungen der ärztlichen Vergütung,
- Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen.

Darüber hinaus wurde mit dem 2. NOG die Reform der Krankenhausversorgung durch die Erweiterung der Gestaltungsspielräume und Stärkung der Finanzverantwortung der Vertragspartner fortgesetzt. Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung ist die Prävention erweitert worden bei gleichzeitiger Begrenzung der Zahnersatzleistungen durch Festzuschüsse ab Anfang 1998.

### GKV-Finanzstärkungsgesetz

Die Krankenkassen in den neuen Ländern sind vor dem Hintergrund der kritischen Einnahmeentwicklung selbst bei Ausschöpfung vorhandener Einsparpotentiale vor allem bei Arzneimitteln und Fahrtkosten sowie bei Zahnersatz, Krankenhaus und Verwaltungskosten und der positiven Finanzentwicklung im 2. Halbjahr 1997 aufgrund der Entlastungen durch die beiden GKV-Neuordnungsgesetze sowie das Beitragsentlastungsgesetz nicht in der Lage, aus eigener Kraft, Defizite zu vermeiden und die aufgelaufene Verschuldung abzubauen.

Um zu verhindern, daß das hohe Beitragssatzniveau in den neuen Ländern mit allen wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen noch weiter ansteigt und sich damit auch der Abstand zum Beitragssatzniveau in den alten Ländern weiter vergrößert, war dringender Handlungsbedarf für Selbstverwaltung, Landesregierungen und Gesetzgebung geboten.

Deshalb wurde Ende des Jahres 1997 der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz – GKVFVG) vorgelegt. Der Deutsche Bundestag und der Bundesrat haben dieses Gesetz auf der Grundlage eines breit angelegten parlamentarischen Beratungsverfahrens am 12. Februar 1998 und am 6. März 1998 beschlossen, so daß das Gesetz unmittelbar nach Verkündung zum 27. März 1998 in Kraft treten konnte. Das diesem Gesetz zugrundeliegende Konzept sieht ein zeitlich abgestuftes Bündel vor von

- Sofortmaßnahmen, die unverzüglich bereits im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingeleitet werden und auf die kurzfristige Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen zielen,
- Selbsthilfemaßnahmen, die in der Zeit bis zur Umsetzung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs auf freiwilliger Basis innerhalb der jeweiligen Krankenkassen oder Kassenart über bereits bestehende Möglichkeiten hinaus reichen,
- Regelungen zur Einführung eines gesamtdeutschen Grundlohnenausgleichs im Risikostrukturausgleich, allerdings zunächst befristet auf drei Jahre und 1999 in der Höhe beschränkt.

Die Krankenkassen in den neuen Ländern erhalten durch die Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs ab 1. Januar 1999 zusätzliche Mittel in einer Größenordnung von rund 1,2 Mrd. DM. Dieses entspricht rechnerisch einer Entlastung von 0,4 Beitragssatzpunkten in den neuen Ländern und einer Belastung der Krankenkassen in den alten Ländern von knapp 0,1 Beitragssatzpunkten. Vor dem Hintergrund der Ende 1997 vorhandenen Finanzreserven von rd. 7,7 Mrd. DM in der GKV-West und der Verschuldung von rd. 1,4 Mrd. DM in der GKV-Ost ist davon auszugehen, daß diese Belastung der westdeutschen Krankenkassen nicht zu einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus führt, während die Entlastung der GKV-Ost weitgehend zur Stabilisierung des dortigen Beitragssatzniveaus dient. Durch die gesetzliche Begrenzung des West-Ost-Transfers auf höchstens 1,2 Mrd. DM ist 1999 eine höhere Be- oder Entlastung ausgeschlossen.

Mit diesem Gesetz wird die bisherige Trennung des Risikostrukturausgleichs zwischen den alten und neuen Ländern weitgehend aufgehoben. Dadurch werden die Unterschiede im Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den alten und neuen Ländern ausgeglichen. Eine zeitliche Befristung des gesamtdeutschen Finanzausgleichs trägt den Prognoseunsicherheiten über die weitere Finanzentwicklung der Krankenkassen in den neuen Ländern Rechnung.

### IV. Entwicklung der Beitragssatzdifferenzen

Unabhängig von der Entwicklung des allgemeinen Beitragssatzniveaus ist es nach der schrittweisen Einführung des Risikostrukturausgleichs in den Jahren 1994 und 1995 zu erheblichen Veränderungen in der Beitragssatzstruktur der einzelnen Kassenarten und Krankenkassen sowie in der Abweichung vom durchschnittlichen Beitragssatzniveau gekommen (vgl. Übersichten 3–5).

Bei einem Vergleich der Entwicklung der Beitragssatzstruktur nach Kassenarten in den *alten Bundesländern* fällt auf, daß die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Anfang 1994 mit 13,87 % noch ein Beitragssatzniveau aufwiesen, das um rd. 0,5 Beitragssatzpunkte oberhalb des Niveaus der GKV-West von 13,35 % lag. Zum 1. Januar 1998 hatten die AOKen mit 13,66 % nicht nur einen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz hatten, der um rd. 0,2 Beitragssatzpunkte unterhalb des Wertes aus dem Jahr 1994, sondern auch nur noch um 0,1 Beitragssatzpunkte oberhalb des Durchschnitts der GKV-West, der zum 1. Januar 1998 bei 13,56 % lag.

Im Unterschied dazu verlief die Entwicklung bei den Angestellten-Ersatzkassen umgekehrt. Sie hatten in den alten Ländern zum 1. Januar 1994 mit 13,31 % noch einen Beitragssatz, der um 0,04 Beitragssatzpunkte unterhalb des GKV-Durchschnitts von 13,35 % lag. Zum 1. Januar 1998 nach den deutlichen Beitragssatzerhöhungen insbesondere im Laufe des Jahres 1997 lag der Durchschnittswert der Angestellten-Ersatzkassen mit 13,90 % nicht nur um 0,34 Prozentpunkte oberhalb des GKV-Durchschnitts, sondern auch um 0,24 Prozentpunkte oberhalb des

AOK-Durchschnitts. Demgegenüber haben die Betriebskrankenkassen zum 1. Januar 1998 mit 12,82 %, die Innungskrankenkassen mit 12,97 % und die Arbeiter-Ersatzkassen mit 13,05 % nach wie vor, trotz gestiegenen Niveaus, im Vergleich zum GKV-Durchschnitt unterproportionale Werte aufzuweisen, während die Bundesknappschaft mit einem Beitragssatz von 14,50 % deutlich oberhalb des GKV-Durchschnitts liegt.

In den *neuen Ländern* stellt sich die Beitragssatzstruktur nach Kassenarten insbesondere im Vergleich zwischen AOK und Angestellten-Ersatzkassen anders als im Westen dar. Anfang 1994 lag der AOK-Durchschnittsbeitragssatz mit 13,40 % um rd. 0,4 Beitragssatzpunkte oberhalb des GKV-Ost-Durchschnitts von 12,97 % und die Angestellten-Ersatzkassen mit einem Beitragssatz von 12,89 % um rd. 0,1 Beitragssatzpunkte unterhalb dieses Werts. Auch Anfang 1998 hat der durchschnittliche AOK-Beitragssatz mit 14,29 % auf erhöhtem Niveau immer noch ein Wert, der um rd. 0,3 Beitragssatzpunkte oberhalb des GKV-Ost-Durchschnitts von 13,95 % lag, während die Angestellten-Ersatzkassen zum 1. Januar 1998 exakt diesen Durchschnittswert aufwiesen. Dabei ist bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen zu berücksichtigen, daß aufgrund der erheblichen Verschuldung und der auch im Jahr 1997 noch defizitären Entwicklung der Durchschnittswert von 14,29 % noch deutlich unterhalb des ausabendekenden Beitragssatzes liegt. Die Betriebskrankenkassen mit einem Durchschnittsbeitragssatz von 12,97 %, die Angestellten-Ersatzkassen mit 12,98 % sowie die Innungskrankenkassen mit 13,65 % haben trotz gestiegenen Niveaus ihre zum Teil deutlich unterproportionalen Beitragssätze halten können, während die Bundesknappschaft, die 1995 mit einem Beitragssatz von 11,80 % deutlich unterhalb des GKV-Durchschnitts lag, mittlerweile ihr Niveau auf 14,20 % angehoben hat und damit überproportionale Werte aufwies.

Deutlich verändert haben sich nicht nur die Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Kassenarten, sondern auch die Abweichungen vom durchschnittlichen Beitragssatz. Während in den *alten Ländern* im Januar 1994 rd. 30,5 % der GKV-Mitglieder einen Beitragssatz hatten, der um mehr als 1 % nach oben und unten vom durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz abwich, hatte sich dieser Anteil bis zum Januar 1998 auf 8,1 % verringert. Im Januar 1994 hatten von diesen Mitgliedern noch 7,2 % einen Beitragssatz, der sogar um mehr als 2 Prozentpunkte oberhalb des Durchschnittsbeitragssatzes der GKV-West lag. Im Januar 1997 ist dieser Anteil auf 1,1 % zurückgegangen.

In den *neuen Ländern* hat sich der Anteil derjenigen GKV-Mitglieder, deren Beitragssatz um mehr als einen Prozentpunkt nach oben oder unten vom Durchschnittsbeitragssatz abwich, im Vergleich Januar

1994 bis Januar 1998 wenn auch mit deutlichen Schwankungen innerhalb dieses Zeitraums nicht signifikant verändert. Im Januar 1994 betrug dieser Anteil 10,9 %, im Januar 1998 lag er bei 7,0 %.

Trotz Angleichung der Beitragssatzunterschiede zeigt die Entwicklung, insbesondere der Jahre 1996 und 1997, daß es auf der Basis des stufenweise eingeführten Risikostrukturausgleichs und nach der schrittweisen Erweiterung der Kassenwahlrechte der Versicherten auch bei einer geringeren Streubreite der Beitragssätze zu erheblichen Mitgliederänderungen insbesondere bei den AKV-Mitgliedern gekommen ist, während bei den Rentnern kaum beitragsatzabhängige Wanderungsbewegungen festzustellen sind. Bei einem aggregierten Kassenartenvergleich wird deutlich, daß nach der Erweiterung der Wahlfreiheit der Kassenmitglieder die Kassenarten mit unterproportionalen Beitragssätzen wie Betriebskrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen und Innungskrankenkassen die prozentual größten Zuwachsraten aufweisen, während die Allgemeinen Ortskrankenkassen und in jüngster Zeit auch die Angestellten-Ersatzkassen mit einem überproportionalen Beitragssatzniveau entsprechende Mitgliederverluste haben. Auch bei einer stärkeren Disaggregation unterhalb der Kassenartenebene zeigt sich eine deutliche Korrelation zwischen Beitragssatzhöhe und der Zu- und Abwanderung von Mitgliedern.

Die in der Öffentlichkeit zum Teil geäußerte These, daß die nach Einführung des Risikostrukturausgleichs insgesamt wesentlich geringeren Beitragssatzabstände Wanderungsbewegungen in der gesetzlichen Krankenversicherung unattraktiv machen, wird damit durch die Realität widerlegt. Die höheren Mitgliederanteile beitragsatzgünstiger Kassen haben insgesamt dazu geführt, daß das durchschnittliche Beitragssatzniveau seit Erweiterung der Kassenwahlrechte zum Jahreswechsel 1995/96 um knapp 0,1 Beitragssatzpunkte als Folge der veränderten Mitglieder gewichtung in der Durchschnittsrechnung niedriger ausfällt als bei konstant gebliebenen Mitgliederanteilen. Rein rechnerisch ergibt sich daraus eine jährliche Entlastung für Arbeitnehmer und Betriebe von insgesamt mehr als 1 Mrd. DM. Dies ist ein Beleg dafür, daß der Beitragssatzwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sich nicht nur positiv auf die verfügbaren Einkommen der Mitglieder auswirkt, sondern auch in beachtlichem Umfang die Lohnnebenkosten entlastet hat. Darüber hinaus wird durch die zunehmende Beitragssatzkonkurrenz der Druck auf die Selbstverwaltungen erhöht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und Einsparpotentiale zu nutzen. Die Einsparungen, die insbesondere im Jahr 1997 zusätzlich zu den vom Gesetzgeber im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes sowie des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes realisiert wurden, belegen dies.

## C. Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierte Aktion und ihrer 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 Überversorgungen 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 SGB V 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“. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde die in § 141 Abs. 2 SGB V enthaltene Ausnahmeregelung eingeführt, daß „Ausgabensteigerungen aufgrund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen“. Diese Ausnahmeregelung fand im Berichtszeitraum für das Jahr 1995 noch keine Anwendung, da in den Jahren 1993 bis 1995 die Steigerung der Ausgaben in zentralen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt sein sollte, auch wenn darüber hinaus noch zusätzliche Erhöhungen für ambulante Operationen und präventive Leistungen in diesem Zeitraum vorgesehen waren.

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

### II. Sitzungen der Konzertierte Aktion im Berichtszeitraum

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat im Berichtszeitraum von 1995 eine Sitzung am 14. September 1995 durchgeführt. Darüber hinaus fand am 20. Juli 1995 eine Erörterung des Gutachtens des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit den Mitgliedern des Gremiums statt. Diese Veranstaltung hatte jedoch nicht den formellen Charakter einer Sitzung der Konzertierte Aktion.

In der Sitzung am 14. September 1994 kam es zunächst zur Verabschiedung einer Geschäftsordnung (vgl. auch Anhang D III.), die zu einer verbesserten Effizienz und Handlungsfähigkeit des Gremiums und des „Vorbereitenden Ausschusses“ für die Konzertierte Aktion beitragen sollte.

Auf der Basis dieser Geschäftsordnung kam es zur Verabschiedung von insgesamt sechs Empfehlungen (vgl. auch Anhang D. II.) in den Versorgungsbereichen

- vertragsärztliche Versorgung,
- vertragszahnärztliche Versorgung,
- Krankenhausversorgung,
- Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Rettungsdienst,
- Kuren.

Lediglich für den Bereich der Arzneimittelversorgung kam eine Empfehlung des Gremiums nicht zustande.

Im Folgenden sollen zunächst die Grundlagen der am 14. September 1995 verabschiedeten Geschäftsordnung dargestellt und anschließend die Inhalte der Empfehlungen der Konzertierte Aktion vom 14. September 1995 dargestellt und ihre Umsetzung analysiert werden.

### III. Einführung einer Geschäftsordnung

Bereits in seinem Zweiten Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V hatte das Bundesministerium für Gesundheit auf die Notwendigkeit der Einführung von Verfahrensregeln zum Inhalt und Ablauf der Konzertierte Aktion hingewiesen, um die Funktion der Konzertierte Aktion als wirksames Beratungsgremium für die Gesundheitspolitik zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat mit dem 3. SGB V-Änderungsgesetz vom 10. 05. 1995 der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag erteilt, „sich mit mindestens drei Vierteln der Stimmen ihrer Mitglieder eine Geschäftsordnung“ zu geben. Diesem Auftrag hat die Konzertierte Aktion bei ihrer Sitzung am 14. September 1995 entsprochen.

Die dort verabschiedete Geschäftsordnung konkretisiert den in § 141 Abs. 3 SGB V umschriebenen vom Bundesminister für Gesundheit einzuladenden Mitgliederkreis der Konzertierten Aktion und den Teilnehmerkreis des „Vorbereitenden Ausschusses“, dem die Aufgabe zugeteilt ist, Themenschwerpunkte für die Plenarsitzung und Vorlagen von Entwürfen für Vorschläge und Empfehlungen zu erarbeiten.

Darüber hinaus werden neben organisatorischen Fragen zum Ablauf der Sitzungen der Konzertierten Aktion zur federführenden Aufgabenverteilung bei der Erarbeitung von Empfehlungen durch den „Vorbereitenden Ausschuss“ insbesondere Regeln für die Verabschiedung von Entschlüssen und Empfehlungen durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen getroffen. Danach bedürfen Entschlüsse und Empfehlungen der Konzertierten Aktion grundsätzlich des Konsenses der anwesenden Mitglieder und werden veröffentlicht. Darüber hinaus kann auch ein „Meinungsbild“ der Konzertierten Aktion zu Entschlüssen veröffentlicht werden, „wenn mindestens 75 % der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder zugestimmt haben und ablehnende Voten auf Antrag des betroffenen Mitglieds mit kurzer Begründung in die Veröffentlichung aufgenommen werden.“ § 86 Abs. 1 Satz 1 SGB V, der den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag erteilt, gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben, es sei denn, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und der Vertragsärzte zugestimmt haben, bleibt unberührt. In dieser Regelung kommt die besondere Verantwortung der GKV-Spitzenverbände und der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für die Entwicklung der Ausgaben im Bereich der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung zum Ausdruck.

Die Regelungen zur Verabschiedung von Entschlüssen der Konzertierten Aktion bedeuten eine Abkehr von dem bis dahin „ungeschriebenen“ Prinzip der Einstimmigkeit, die in der Vergangenheit die Verabschiedung von Entschlüssen und Empfehlungen der Konzertierten Aktion häufig blockiert hat. Zwar wird weiterhin am Konsens der anwesenden Mitglieder festgehalten. Durch die Regelung, daß auch ein „Meinungsbild der Konzertierten Aktion bei Zustimmung von mindestens drei Vierteln der Mitglieder veröffentlicht werden kann und auch Minderheitenvoten in die Veröffentlichung aufgenommen werden können,“ wird die Handlungs- und Artikulationsfähigkeit der Konzertierten Aktion gewährleistet. Die Tatsache, daß es nach der Verabschiedung der Geschäftsordnung bei der Sitzung der Konzertierten Aktion am 14. September 1995 zu einer im Konsens erfolgten Verabschiedung von sechs Empfehlungen in wichtigen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung kam, zeigt, daß die neue Geschäftsordnung grundsätzlich geeignet erscheint, konsensorientierte Empfehlungen unter den Beteiligten in der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Unabhängig davon sind jedoch im Folgenden die Inhalte und die Umsetzungen der am 14. September 1995 verabschiedeten Empfehlungen zu analysieren.

#### **IV. Empfehlungen der Konzertierten Aktion vom 14. September 1995**

##### **1. Empfehlung zur Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung**

Die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zum Bereich der vertragsärztlichen Versorgung betreffen zum einen die Erhöhung der Gesamtvergütungen im Zeitraum vom 1. Januar 1996 bis zum 30. Juni 1997 und zum anderen Fragen der Struktur bzw. Verteilung der Gesamtvergütungen auf ausgewählte Leistungsbereiche.

##### **a) Erhöhung der Gesamtvergütung**

###### **Inhalt der Empfehlung**

Die Empfehlung sieht vor, daß der Zuwachs der Gesamtvergütungen dem durchschnittlichen Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im genannten Zeitraum entsprechen soll. Die Gesamtvergütungen sollen zudem um weitere 1 v. H. gesteigert werden, wobei 0,55 v. H. für die ab dem 1. Januar 1995 neu aufgenommenen Leistungen und 0,45 v. H. für die Ausweitung der ambulanten Operationen gemäß § 115b Abs. 1 SGB V vorgesehen sind.

###### **Umsetzung der Empfehlung**

Die Umsetzung dieser Empfehlung war Aufgabe der Vertragspartner in der Selbstverwaltung, d. h. der jeweiligen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf regionaler Ebene. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen wurden daher um Auskunft und Stellungnahme zum Stand der Umsetzung der Empfehlung durch die Vertragspartner gebeten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV vermerken für das Jahr 1996, daß die in den alten Bundesländern abgeschlossenen Honorarverträge der Empfehlung weitgehend Rechnung getragen haben, was seinen Niederschlag auch in den entsprechenden Daten zur Ausgabenentwicklung findet: Die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied (einschließlich Rentner) für ärztliche Leistungen sind in den alten Bundesländern 1996 um 2,44 v. H. gestiegen, der Grundlohn hat sich um 1,06 v. H. erhöht (vgl. Übersichten 16 und 17). Die Differenz falle damit etwas höher aus als in der Empfehlung der Konzertierten Aktion vorgesehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen führen als Ursache die zunächst günstiger eingeschätzte Einnahmeentwicklung der Krankenkassen an; die KBV verweist zusätzlich auf die mit dem 4. SGB V-Änderungsgesetz im Jahre 1995 beschlossene, teilweise jedoch erst 1996 wirksam gewordene Anhebung der hausärztlichen Grundvergütung.

Für die neuen Bundesländer vermerken KBV und Spitzenverbände hingegen einen Rückgang der Leistungsausgaben für ärztliche Behandlung 1996 um 1,38 v.H. gegenüber einer Grundlohnsteigerung von 1,95 v.H. (vgl. Übersichten 16 und 17). Während die KBV hierin eine Gefahr für die Sicherstellung der Versorgung sieht, weisen die Spitzenverbände darauf hin, daß die scheinbar nicht mit der Empfehlung der Konzertierten Aktion zu vereinbarende Entwicklung zum einen auf die Überzahlungen des Jahres 1995 zurückzuführen sei, die 1996 korrigiert und ausgeglichen werden mußten und zum anderen auf die erst spät zustande gekommenen Honorarverträge mit der Folge, daß die dort vereinbarten Erhöhungen sich nur noch zum Teil auf die Ausgaben für 1996 auswirken konnten.

Der Abschluß der Verträge für das Jahr 1997 verzögerte sich insbesondere in den neuen Bundesländern. Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung werden von der KBV darauf zurückgeführt, daß einige Kassenarten bei den Verhandlungen angestrebt haben, vom Inhalt der Empfehlung der Konzertierten Aktion nach unten abzuweichen; die Spitzenverbände halten dem entgegen, daß viele Kassenärztliche Vereinigungen über die Empfehlung hinausgehende Forderungen in die Verhandlung eingebracht hätten und die Krankenkassen andererseits angesichts der entstandenen Defizite keine andere Wahl gehabt hätten, als mit den Ärzten über Nullrunden zu verhandeln.

#### b) Struktur und Verteilung der Gesamtvergütung

##### Inhalt der Empfehlung

Neben der Empfehlung zur Aufteilung der über die Grundlohnentwicklung hinausgehenden Steigerungsbeträge auf das ambulante Operieren und auf die neu in den EBM aufgenommenen Leistungen empfiehlt die Konzertierte Aktion zusätzlich folgende strukturelle Maßnahmen:

- Aufhebung der sog. Teilbudgetierung für das ambulante Operieren und für die präventiven vertragsärztlichen Leistungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV): Für die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wird empfohlen, in den Gesamtverträgen ab 1. Januar 1997 feste Punktwerte zu vereinbaren; die Empfehlung verweist in diesem Zusammenhang auf die Regelung des § 141 Abs. 2 Satz 4 SGB V, wonach Vergütungssteigerungen in diesem Bereich den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen. Es soll ebenfalls die Möglichkeit überprüft werden, für das ambulante Operieren feste Punktwerte in den Gesamtvergütungsverträgen zu vereinbaren.
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung: Zur Anhebung der hausärztlichen Grundvergütung soll ein Betrag von 600 Mio. DM im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen bereitgestellt werden, wenn eine entsprechende Aufstockung der Gesamtvergütungen durch das zu diesem Zeitpunkt

beratene 4. SGB V-Änderungsgesetz nicht zustande kommen sollten. In dem Vertrag über die hausärztliche Versorgung sollen ferner mit Wirkung zum 1. April 1996 ergänzende Regelungen zur Sicherstellung der hausärztlichen Leistungen, die mit der Grundvergütung abgegolten sind (Informationsaustausch zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, Durchführung der Dokumentation beim Hausarzt, Qualitätssicherung der hausärztlichen Versorgung) vereinbart werden.

Nach Auskunft der KBV lagen die 1996 auf neue Leistungen und das ambulante Operieren entfallenden Ausgaben der GKV mit ca. 170 Mio. DM bzw. ca. 150 Mio. DM bzw. einem Anteil von 0,4 % v.H. und 0,35 v.H. an den Gesamtvergütungen unter den Beträgen, die dafür – entsprechend der Empfehlung der Konzertierten Aktion – mit einem Anteil von 0,55 v.H. bzw. 0,45 v.H. in den Gesamtvergütungen 1996 i. d. R. vereinbart worden waren. Gleichwohl sei ein Festhalten an der Empfehlung insbesondere im Hinblick auf die 1997 noch zu erwartenden Steigerungen der Leistungsmenge in diesen Bereichen geboten. Im Hinblick auf die ambulanten Operationen weisen die Spitzenverbände der Krankenkassen darauf hin, daß die zur Förderung von den Krankenkassen zusätzlich bereitgestellten Mittel keineswegs von allen Kassenärztlichen Vereinigungen ausschließlich an die ambulant operierenden Ärzte weitergegeben worden seien. Ebenso sei die Empfehlung zur Aufhebung der Teilbudgetierung weitgehend nicht umgesetzt, sondern vielmehr durch die Bildung sog. Fachgruppentöpfe eher noch ausgeweitet worden.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung wurden die Mittel zur Aufstockung der hausärztlichen Grundvergütung durch das 4. SGB V-Änderungsgesetz bereitgestellt. Ein ergänzender Vertrag über die hausärztliche Versorgung ist entgegen der Empfehlung nicht zustande gekommen.

#### c) Laufzeit der Empfehlung und EBM-Reform

##### Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung sollten zugleich als Absicherung der von den Vertragspartnern vereinbarten, zum 1. Januar 1996 in Kraft tretenden EBM-Reform dienen.

##### Umsetzung der Empfehlung

Mit der Reform wurde insbesondere die sog. Ordinationsgebühr als erste Komplexleistung neben anderen ergänzenden Komplexleistungen eingeführt. Absicht der Vertragspartner war es, mit dieser Reform entsprechend der Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes der starken Zergliederung des EBM in über 2000 Abrechnungspositionen und dem damit einhergehenden Anreiz zur Mengenausweitung entgegenzuwirken. Das angestrebte Ziel der Mengengrenzung wurde jedoch nicht erreicht; das Ergebnis war im Gegenteil eine Ausweitung des Volumens der abgerechneten Leistungen um z.T. über 30 v.H.

bei den übrigen, nicht zu Leistungskomplexen zusammengefaßten Abrechnungspositionen. Aufgrund der dadurch notwendigen Korrekturen am EBM vereinbarten die Vertragspartner, die Laufzeit der Empfehlung der Konzertierten Aktion bis zum 31. Dezember 1997 zu verlängern.

#### *Gesetzliche Neuregelungen der ärztlichen Vergütung*

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz sind zum 1. Januar 1998 Neuregelungen der ärztlichen Grundvergütung in Kraft getreten. Die darin enthaltene neue obligatorische Regelvergütungsform verfolgt das Ziel, auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung – ebenso wie in der stationären Akutversorgung – wieder zu einer verstärkt bedarfsorientierten und leistungsgerechten ärztlichen Vergütung zu kommen, ohne allerdings nicht bedarfsgerechte Mengenausweitungen zu begünstigen. Ein Kernelement der neuen Gesamtvergütung ist daher, daß auf der Grundlage des EBM die Gesamtvergütung von den Vertragspartnern nach vereinbarten, d. h. für die Vertragslaufzeit festen Punktwerten, zu regeln ist.

Mit der Vereinbarung der festen Punktwerte sind von den Gesamtvertragspartnern Werte für das arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt zu bestimmen. Das Gesetz sieht vor, daß diese Regelleistungsvolumina primär nach bedarfsorientierten Kriterien zu bilden sind, wie insbesondere Fallzahl, bedarfsgerechte Versorgung sowie Zahl und Altersstruktur der Versicherten. Lediglich für den Bereich ärztlicher Leistungen, der diese Regelleistungsvolumen eines Arztes übersteigt, ist von den Gesamtvertragspartnern eine Abstufungszone vorzusehen. Allerdings können und müssen von dieser mengenbegrenzenden Degressionsregelung dann Ausnahmen vorgesehen werden, wenn ein besonderer medizinischer Versorgungsbedarf dies erfordert.

Zwar hat der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch weiterhin für die vertragsärztliche Versorgung Relevanz. Er darf aber nicht auf eine allein einnahmeerorientierte Ausgabenpolitik verkürzt werden. In Zeiten stagnierender oder gar zurückgehender beitragspflichtiger Einnahmen der Krankenkassen ist eine derart strikte einnahmeerorientierte Ausgabenpolitik nicht durchsetzbar und schon gar nicht bedarfsgerecht. Das Prinzip der Beitragssatzstabilität im Sinne des § 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V ermöglicht bzw. gebietet sogar Beitragssatzerhöhungen, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht anders zu gewährleisten ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität läßt daher das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung unberührt.

## **2. Empfehlung für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung**

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion vom 14. September 1995 für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sieht eine einnahmeerorientierte Entwicklung der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung im Jahr 1996,

die Neubewertung von Kunststoff-Füllungen im Bewertungsmaßstab in einer vertretbaren Größenordnung sowie den Ausbau präventiver Maßnahmen in der Gruppen- und Individualprophylaxe vor.

### **a) Entwicklung der Gesamtvergütungen**

#### **Inhalt der Empfehlung**

Die Konzertierte Aktion geht davon aus, daß sich die Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung im Jahre 1996 auf der Grundlage des zur Zeit gültigen Leistungskataloges im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen verändern.

#### **Stand der Umsetzung**

Weder in den alten noch in den neuen Bundesländern verlief die Ausgabenentwicklung im Jahr 1996 im Bereich der zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. Übersichten 18–20). Auch die Ausgabensteigerungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung überstiegen den tatsächlichen Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen, der in den alten Bundesländern bei +1,1 % und in den neuen Bundesländern bei +1,9 % lag, jeweils um ein Vielfaches. Da die Punktwertvereinbarungen in der Regel unterhalb der Grundlohnanstiege blieben, ist davon auszugehen, daß insbesondere Mengensteigerungen für die hohen Ausgabenzuwächse verantwortlich sind. Ein weiterer, jedoch nicht exakt quantifizierbarer Erklärungsbeitrag für die Höhe der Ausgabenentwicklung in diesem Bereich kann darin begründet liegen, daß aufgrund der hohen Steigerung im Zahnersatzbereich – um +10,5 % in den alten Ländern und +9,9 % in den neuen Ländern – die in diesem Zusammenhang erbrachten konservierenden Begleitleistungen angestiegen sind. Insgesamt ist es den Vertragspartnern nicht gelungen, durch ausreichend mengenbegrenzende Regelungen bei durch Vereinbarung oder Schiedsamtentscheidung erfolgten Punktwertanhebungen den Empfehlungen der Konzertierten Aktion Rechnung zu tragen.

### **b) Neubewertung von Kunststoff-Füllungen**

#### **Inhalt der Empfehlung**

Die Konzertierte Aktion erwartet, daß die durch Richtlinienänderung in das Sachleistungssystem einbezogenen Kunststoff-Füllungen durch Neubewertung im Bewertungsmaßstab in einer vertretbaren Größenordnung vereinbart werden.

#### **Stand der Umsetzung**

Der erweiterte Bewertungsausschuß hat nur für den Fall einer absoluten Amalgam-Kontraindikation (Allergie- und Niereninsuffizienzfälle) eine Bewertungsposition für Kunststoff-Füllungen festgelegt, die um bis zu annähernd 100 % über den entsprechenden bisherigen Füllungspositionen liegen. Die neuen Gebührenpositionen können jedoch nur bei strenger In-

dikationsstellung abgerechnet werden, wobei erwartet wird, daß dies nur in maximal 1 % der Fälle realisiert wird. Die getroffene Regelung wird der Erwartung der Konzertierte Aktion insofern nicht gerecht, als sie nur für einen kleinen Teil der medizinisch indizierten Kunststoff-Füllungen extrem hohe Bewertungszuschläge festlegt und für andere Teile der medizinisch indizierten Kunststoff-Füllungen keine Vergütungszuschläge vorsieht, obwohl diese Füllungen gemäß den vertragszahnärztlichen Richtlinien ebenfalls als Sachleistung zu erbringen sind.

### c) Ausbau präventiver Maßnahmen

#### Inhalt der Empfehlungen

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, daß wegen der weitgehenden Vermeidbarkeit von Karies und Parodontose präventive Maßnahmen sowohl in der Gruppenprophylaxe als auch in der Individualprophylaxe ausgebaut werden, um langfristig Spätversorgungen zu reduzieren und so einer Kostenexpansion nachhaltig entgegenzuwirken.

#### Stand der Umsetzung

Die Ausgaben für die Gruppenprophylaxe sind im Jahr 1996 in den alten Bundesländern mit +2,0 % je GKV-Mitglied gestiegen und in den neuen Bundesländern um -7,9 % zurückgegangen.

Individualprophylaktische Leistungen, die ebenfalls der Schadensvermeidung dienen, wiesen in den alten Bundesländern je GKV-Mitglied einen Anstieg von +10,8 % aus, in den neuen Bundesländern waren diese Ausgaben mit -0,2 % gegenüber dem Vorjahr nahezu konstant. Der Anteil individualprophylaktischer Leistungen am gesamten konservierend-chirurgischen Bereich (zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz) betrug im Jahr 1996 in den alten Bundesländern 3,5 % und in den neuen Bundesländern 6,4 %.

Der Gesetzgeber hat mit dem zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen 2. GKV-Neuordnungsgesetz zudem die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, bislang vorhandene präventive Betreuungslücken bei Schwangeren, Kleinkindern bis zum Kindergartenalter und bei Erwachsenen zu schließen. Damit liegt ein umfassendes Prophylaxekonzept vor, das auf einer Basisprophylaxe und ergänzender Intensivprophylaxe für besonders gefährdete Personen beruht. Es ist geeignet, Karies und Parodontalerkrankungen bei entsprechender Eigenvorsorge und regelmäßiger Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienste weitgehend zu vermeiden bzw. das Fortschreiben entstandener Schäden zu verhindern.

### 3. Empfehlung für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel

Die Empfehlung der Konzertierte Aktion vom 14. September 1995 im Heil- und Hilfsmittelbereich fordert – ausgehend von überproportionaler Ausgabenentwicklung der Jahre 1994 und 1995 – die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität

bei Vergütungsverhandlungen unter Berücksichtigung eines überproportionalen Mengenwachstums im Jahr 1995, eine Anpassung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien, die Bildung eines getrennten Heilmittelbudgets sowie die Verbesserung und stärkere Differenzierung der Datentransparenz im Heil- und Hilfsmittelbereich.

### a) Ausgabenentwicklung

#### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion sieht aufgrund der im Jahr 1994 und im ersten Halbjahr 1995 festzustellenden Ausgabenentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln, die über die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen weit hinausging, erheblichen Handlungsbedarf. Weil in den Jahren 1993 bis 1995 die Preisentwicklung gesetzlich an die Grundlohnentwicklung gebunden war, ist für die überproportionalen Ausgabenzuwächse die Mengenkompente verantwortlich.

#### Stand der Umsetzung

Die Ausgabenentwicklung für Heil- und Hilfsmittel (vgl. Übersichten 22–29), die mit Steigerungsraten je GKV-Mitglied von +13,1 % in 1994, +9,4 % in 1995 und +8,7 % in 1996 in den alten Bundesländern bzw. von +19,2 % in 1994, +11,1 % in 1995 und +12,5 % in 1996 in den neuen Bundesländern den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich übertraf, hat zur defizitären Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen. Die Ausgabenentwicklung in den Jahren 1995 und 1996, die unverändert durch die Mengenkompente dominiert wird, dokumentiert den weiterhin hohen Handlungsbedarf für eine wirtschaftlichere Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

### b) Grundlohnorientierte Vergütungsvereinbarungen

#### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion weist auf die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) für Preisverhandlungen hin und empfiehlt insbesondere, daß im Jahr 1996 die vereinbarten Preiszuwächse bei Heil- und Hilfsmitteln den geschätzten Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen nicht übersteigen sollen.

#### Stand der Umsetzung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben unter Berücksichtigung der überproportionalen Mengenentwicklung in diesem Bereich empfohlen, für das Jahr 1996 lediglich Preiserhöhungen in einer Größenordnung von 0,3 % in den alten Bundesländern und 0,2 % in den neuen Bundesländern zu vereinbaren. Diese Empfehlung wurde nach Einschätzung des im Heil- und Hilfsmittelbereich federführenden Spitzenverbandes der Krankenkassen, dem Bundesverband der Innungskrankenkassen, auch

weitgehend befolgt. Obgleich die vereinbarten Preiszuwächse damit weit unterhalb den nach § 270a SGB V für 1996 zunächst geschätzten durchschnittlichen Veränderungsdaten von +1,7 % in den alten Bundesländern und +4,5 % in den neuen Bundesländern lagen, verlief die Ausgabenentwicklung je Mitglied bei Heil- und Hilfsmitteln mit +8,7 % in den alten Bundesländern und +12,5 % in den neuen Bundesländern um ein Vielfaches oberhalb der tatsächlichen Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen, die in den alten Ländern um +2,0 % und im Beitrittsgebiet um +1,9 % zunahm. Lediglich in Teilbereichen trug die Ausgabenentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln im Jahr 1996 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei. Dies gilt für die Ausgabenentwicklung je Mitglied bei orthopädischen Hilfsmitteln in den neuen Bundesländern (+1,4 %), für medizinische Badebetriebe in den alten Bundesländern (–6,5 %) sowie für Leistungen von Masseuren in den alten Bundesländern (–3,1 %) und in den neuen Bundesländern (–2,9 %). Für die Fortentwicklung der Arznei- und Heilmittelbudgets im Jahr 1997 haben sich die Spitzenverbände insgesamt für unveränderte Budgethöhen gegenüber dem Vorjahr ausgesprochen.

### c) Anpassung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien

#### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, die Möglichkeit einer Anpassung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Richtung einer weitergehenden Konkretisierung der Verordnungsfähigkeit von Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Indikationskataloge, Wieder- und Folgeverordnungen) und einer Verankerung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu prüfen. Außerdem sollten Indikationen festgelegt werden, bei denen Hilfsmittel ohne Wiederverordnung abgegeben werden können.

#### Stand der Umsetzung

Bis Ende des Jahres 1996 wurden bei der von der Konzertierten Aktion geforderten Anpassung der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien in Richtung einer weitergehenden Konkretisierung der Verordnungsfähigkeit keine Fortschritte erzielt. Beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) wurde daraufhin eine Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Indikationskataloges für Heilmittel eingerichtet. Diese hat dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Mitte 1997 für den Bereich der physikalischen Therapie erste Vorschläge für eine Konkretisierung gemacht. Vorschläge zu anderen Leistungsbereichen der Heilmittelversorgung sollen folgen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß der Gesetzgeber die Empfehlung der Konzertierten Aktion aufgegriffen hat und mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz im Rahmen des Partnerschaftsmodells dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen u. a. die Aufgabe übertragen hat, in Richtlinien eine Zuordnung der Heilmittel zu

Indikationen vorzunehmen sowie die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen zu regeln.

Im Hilfsmittelbereich wurden wegen der in den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses enthaltenen Hinweise für die Indikation einzelner Hilfsmittel keine zusätzlichen Bemühungen zu einer Anpassung der Richtlinien vorgenommen. Durch die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien wird sichergestellt, daß das Hilfsmittelverzeichnis sowohl bei der Verordnung von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte als auch bei der Abgabe der Hilfsmittel zu beachten ist. Durch die Arzteinformation zum Hilfsmittelverzeichnis wird zudem gewährleistet, daß sich der einzelne Arzt über die Indikationsbeschränkungen des Hilfsmittelverzeichnisses informieren kann. Seit der Empfehlung der Konzertierten Aktion vom 14. September 1995 wurden die meisten der vorgesehenen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses erstellt bzw. überarbeitet. Bemühungen seitens der Selbstverwaltung, Indikationen festzulegen, bei denen Hilfsmittel ohne Wiederverordnung abgegeben werden können, hatten bisher noch keinen Erfolg.

### d) Weiterentwicklung des Budgetanteils für Heilmittel

#### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, daß getrennte Budgets für Heilmittel sowie Arznei- und Verbandmittel gebildet werden. Nur bei Überschreitung der saldierten Ausgabebegrenzungen für beide Bereiche sollen sich Konsequenzen ergeben. Für diesen Fall soll bei der Weiterentwicklung der Heilmittelbudgets der durch den Ausbau des ambulanten Operierens sowie durch einen bedarfsgerechten Ausbau der Behandlungskapazitäten für Ergotherapie und Logopädie notwendige Behandlungsbedarf besonders berücksichtigt werden.

#### Stand der Umsetzung

Die Budgetanteile für Heilmittel und Arznei- und Verbandmittel werden bislang – wie bereits vor der Empfehlung der Konzertierten Aktion – getrennt ausgewiesen, aber zu einem gemeinsamen Budget zusammengefügt. Getrennte Budgets wurden nicht gebildet. Die Kassen weisen darauf hin, daß § 84 Abs. 1 SGB V hierfür keine Rechtsgrundlage bietet. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz hat der Gesetzgeber die bisherige Rechtslage dahingehend geändert, daß die Budgets durch arztgruppenspezifische Richtgrößen abzulösen sind, die getrennt nach Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu vereinbaren sind. Sie können allerdings – insbesondere wenn es die Datenlage erlaubt – auch gemeinsam vereinbart werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihren gemeinsamen Empfehlungen zur Fortentwicklung der Arznei- und Heilmittelbudgets in den Jahren 1996 und 1997 eine gesonderte Berücksichtigung von vermehrten ergotherapeutischen und logopädischen Maßnahmen sowie Maßnahmen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren nicht vor-

gesehen. Aus der Ausgabenentwicklung bei sonstigen Heilpersonen, zu denen Leistungserbringer ergotherapeutischer und logopädischer Maßnahmen zählen, ist jedoch zu schließen, daß durch die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Leistungen der Ausbau der Behandlungskapazitäten in diesem Bereich intensiv gefördert wird. Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern lag der Ausgabenanstieg je GKV-Mitglied für Leistungen sonstiger Heilpersonen mit 19,5 % bzw. +22,1 % im Jahr 1995 doppelt so hoch wie die Ausgabenentwicklung im gesamten Heil- und Hilfsmittelbereich und mit +25,5 % bzw. +38,6 % im Jahr 1996 sogar dreifach so hoch.

#### e) Mengenwachstum 1995

##### Inhalt der Empfehlung

Bei der Umsetzung der vorstehenden Empfehlungen der Konzertierten Aktion zur Heil- und Hilfsmittelversorgung ist ein überproportionales Mengenwachstum im Jahr 1995 zu berücksichtigen.

##### Stand der Umsetzung

Trotz der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei Preisverhandlungen im Heil- und Hilfsmittelbereich der überproportionalen Mengenentwicklung in diesem Bereich Rechnung zu tragen, weist die überproportionale Ausgabenentwicklung bei Hilfsmitteln im Vergleich zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen darauf hin, daß das Mengenwachstum in der Heil- und Hilfsmittelversorgung insgesamt weiterhin nicht im Griff ist.

#### f) Verbesserung und Differenzierung der Datentransparenz

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert die Vertragspartner ausdrücklich auf, die Datentransparenz im Heil- und Hilfsmittelbereich zu verbessern und stärker zu differenzieren. Die Krankenkassen sollen im Jahre 1996 sicherstellen, daß die Abrechnungen der Heil- und Hilfsmittelerbringer nach den Vorgaben des § 302 SGB V erfolgen. Die nach § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB V zu übermittelnden arztbezogenen Ausgaben sollen den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden.

##### Stand der Umsetzung

Die Datentransparenz im Heil- und Hilfsmittelbereich ist nach wie vor verbesserungsbedürftig. Dies gilt für Daten zum Niveau und zur Entwicklung der Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten sowie für differenzierte Ausgabedaten im Hilfsmittelbereich. Punktuell ist die Datentransparenz für Krankenkassen höher, die eigene Frequenzstatistiken erarbeiten, oder mit privaten Abrechnungsorganisationen zusammenarbeiten. Eine systematische Zusammenführung vorhandener Informationsquellen und -instrumente auf Landes- oder Bundesebene erfolgt jedoch nicht.

Die Krankenkassen sind der gesetzlichen Vorgabe, neue Richtlinien für die Abrechnung nach § 302 SGB V festzulegen, nachgekommen. Seit 1. Januar 1997 können die Leistungserbringer die Abrechnungsdaten im Rahmen einer Erprobungsphase auf maschinellen Datenträgern übermitteln, ab 1. Januar 1998 soll die Übermittlung nur noch auf maschinenlesbaren oder maschinell verwertbaren Abrechnungsbelegen erfolgen. Eine zeitgerechte Übermittlung der arztbezogenen Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel erfolgt bislang nicht.

#### 4. Empfehlung für den Bereich Rettungsdienst

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion vom 14. September 1995 zum Bereich Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport) fordert, den überproportionalen Ausgabensteigerungen im Rettungsdienst wirksam zu begegnen, insbesondere zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung die Infrastruktur des Rettungsdienstes zu optimieren und Überkapazitäten abzubauen; für 1996 wird eine Ausgabenentwicklung im Rahmen der Grundlohnentwicklung erwartet.

##### a) Handlungsbedarf

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion sieht vor dem Hintergrund überproportionaler zweistelliger Ausgabensteigerungen für Leistungen des Rettungsdienstes in den Jahren 1993, 1994 und im 1. Halbjahr 1995 dringenden Handlungsbedarf, diesen Zuwächsen wirksam zu begegnen.

##### Stand der Umsetzung

Im Jahr 1995 bestand trotz rückläufiger Ausgabenwächse der Handlungsdruck für eine Stabilisierung der Ausgabenseite unverändert fort. Die Wachstumsraten je GKV-Mitglied lagen mit +5,6 % in 1995 sowohl in den alten Bundesländern als auch mit +10,9 % in den neuen Bundesländern um ein Vielfaches über der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen (+0,7 % alte Länder, +0,4 % neue Länder). Hierbei ist zu berücksichtigen, daß diese Zuwächse auf einem bereits deutlich überhöhten Ausgabenniveau aufsetzten (vgl. Übersichten 31–34).

##### b) Optimierung der Infrastruktur und Abbau von Überkapazitäten

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert Bund und Länder auf, im Zusammenwirken mit den Kommunen aus der Ausgabenentwicklung im Bereich Rettungsdienst Konsequenzen zu ziehen. Insbesondere geht es dabei um eine Optimierung der Infrastruktur des Rettungsdienstes und um den Abbau von Überkapazitäten. Kommen die Beteiligten hierbei zu keinen Ergebnissen, muß gewährleistet werden, daß die gesetzliche Krankenversicherung von den durch die festgestellten Überkapazitäten verursachten Kosten entlastet wird.

**Stand der Umsetzung**

Noch im September 1995 hat das Bundesministerium für Gesundheit an die Länder, die kommunalen Spitzenverbände und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Fragebogen zur Infrastruktur im Rettungswesen versendet. Nachdem bis Juli 1996 alle Beteiligten geantwortet haben, wurden die Antworten vom Bundesministerium für Gesundheit zusammenfassend ausgewertet (s. Anlage D. IV.). Eine Diskussion der Ergebnisse des Infrastruktur-Fragebogens mit den Beteiligten wird im Zusammenhang mit der nächsten Sitzung der Konzertierten Aktion angestrebt.

Als vorläufiges Fazit des Fragebogens läßt sich festhalten, daß fast alle Länder zu den einzelnen Infrastrukturbereichen Vorschläge und Pläne zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung äußern (z. B. Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips, Zusammenlegung von Rettungsleitstellen, Bildung von Rettungszweckverbänden und/oder integrierten Leitstellen). Konkrete Maßnahmen wurden jedoch nur von wenigen Ländern ergriffen (Reduzierung der Zahl der Rettungsleitstellen [z. B. Rheinland-Pfalz, Sachsen] und der Rettungswachen [z. B. Baden-Württemberg, Sachsen]). Indem Länder und Kommunen sich zur Entlastung ihrer Haushalte oftmals weiter aus der Finanzierung des Rettungswesens zurückzogen (z. B. Investitionskostenzuschüsse für Rettungsleitstellen, -wachen und -mittel) wurde die GKV – entgegen der KA-Empfehlung – zusätzlich mit diesen Kosten belastet.

**c) Grundlohnorientierte Ausgabenentwicklung****Inhalt der Empfehlung**

Die Konzertierte Aktion erwartet, daß im Jahr 1996 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen des Rettungsdienstes und Fahrkosten maximal bis zur Grundlohnentwicklung steigen.

**Stand der Umsetzung**

Die Ausgabenentwicklung je GKV-Mitglied für Leistungen des Rettungsdienstes überstieg im Jahr 1996 mit +2,1 % sowohl in den alten Bundesländern als auch mit +6,9 % in den neuen Bundesländern erneut die Grundlohnentwicklung (+1,1 % alte Länder, +2,0 % neue Länder), auch wenn die zweistelligen Ausgabensteigerungen der letzten Jahre in diesem Leistungsbereich nicht mehr zu verzeichnen waren. Der Ausgabenanstieg für Fahrkosten, die neben den Ausgaben für Leistungen des Rettungsdienstes u. a. auch Aufwendungen der Krankenkassen für Taxen und Mietwagen sowie für die Flugrettung umfassen, konnte gegenüber den Zuwächsen in den Vorjahren ebenfalls gebremst werden: In den alten Bundesländern wuchsen im Jahr 1996 die Ausgaben je GKV-Mitglied für die gesamten Fahrkosten um +4,1 % an, in den neuen Bundesländern um +7,8 %. Als ausgabentreibend stellten sich dabei insbesondere die mit +9,1 % Ausgabenzuwachs je GKV-Mitglied sowohl in den alten als auch mit +10,1 % in den neuen Bundesländern überproportional verlaufenden Aufwen-

dungen für Taxen und Mietwagen heraus. 1997 blieben die Anstiege der Fahrkosten nach den vorläufigen Finanzergebnissen mit einem Zuwachs von 1,5 % je Mitglied in den alten und 1,7 % je Mitglied in den neuen Ländern sowohl oberhalb der Veränderungsraten der gesamten Leistungsausgaben als auch oberhalb der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen. Dabei fällt auf, daß die Fahrkosten in den neuen Ländern rd. 130 % der Ausgaben je Versicherten in den alten Ländern erreichen. Hier ist vor dem Hintergrund der schwierigen Finanzsituation der GKV-Ost besonderer Handlungsbedarf für Ausgabensenkungen gegeben.

**5. Empfehlung zur Krankenhausversorgung**

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion enthält Aussagen zur Begrenzung der Ausgaben im Bereich der stationären Versorgung, zu Entwicklungen der Budgets und Pflegesätze für 1996, zu der Einführung des neuen Vergütungssystems zum 1. Januar 1996 und der Mengenproblematik, zur Qualitätssicherung, zur Finanzierung der Erhaltungsinvestitionen, zur Pflege-Personalregelung sowie zur Stilllegung und Umwidmung von Kapazitäten.

**a) Entwicklung der Budgets und Pflegesätze 1996****Inhalt der Empfehlung**

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Vertragsparteien, die Entwicklung der Budgets und Pflegesätze 1996 auf der Basis der geschätzten Veränderungsrate nach § 6 BPflV zu halten.

**Stand der Umsetzung**

Der Gesetzgeber hat durch das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaufgaben 1996 vom 29. April 1996 eine strikte Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags der Krankenhauserlöse festgelegt. Durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (2. GKV-NOG) wurden diese Zuwachsraten rückwirkend für 1996 in den alten Ländern mit höchstens 0,855 vom Hundert und in den neuen Ländern mit höchstens 1,106 festgelegt.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für stationäre Krankenhausbehandlung stiegen 1996 bundesweit um 0,4 v. H. Dieser Zuwachs lag deutlich unter der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (1,3 %), so daß der Krankenhausbereich im Jahre 1996 zu einer Stabilisierung der Beitragsätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen hat. In den alten Ländern sanken die Ausgaben um 0,7 v. H., dagegen stiegen sie in den neuen Ländern um 6,1 v. H. (vgl. Übersicht 30) aufgrund der gesetzlich zugelassenen Finanzierung von Folgekosten zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen, die auf Grund der Krankenhausplanung der Länder erstmals 1996 wirksam wurden und die nicht durch einen gleichzeitigen Kapazitätsabbau ausgeglichen werden konnten.

Mit Wirkung zum 1. Januar 1997 wurde § 6 der Bundespflegesatzverordnung (Obergrenze für Vergütungszuwächse) durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz neu gefaßt. Es ist nun Aufgabe der Selbstverwaltung auf der Bundesebene, die für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) prospektiv zu vereinbaren. Diese Rate darf im Bereich des Krankenhausbudgets überschritten werden, wenn dies aufgrund von Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahl erforderlich ist. Für den Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte wurde die Veränderungsrate als Obergrenze für Vereinbarungen über die Höhe der Entgelte vorgegeben. Durch Gesetz wurde die Veränderungsrate für das Jahr 1997 festgesetzt mit 1,3 vom Hundert in den alten und 2,3 vom Hundert in den neuen Ländern.

Die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung sind im Jahre 1997 in den alten Bundesländern um 2,3 vom Hundert und in den neuen Ländern um 3,4 vom Hundert gestiegen. In den alten Ländern blieben die für 1997 vereinbarten Budgetzuwächse in der Summe -nach vorläufigen Angaben- im Rahmen der vom Gesetz vorgegebenen Rate (1,3 vom Hundert); maßgebend für höheren Zuwächse waren Verrechnungsbeträge für Vorperioden. In den neuen Ländern wurden wie in den Vorjahren erneut Mehrleistungen finanziert.

#### b) Fallpauschalen und Sonderentgelte

##### Inhalt der Empfehlung

Mit den zum 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verpflichtend eingeführten Fallpauschalen und Sonderentgelten wird für einen bedeutenden Teil der Krankenhausleistungen eine neue Vergütungsregelung wirksam. Die Festlegung der Punktwerte hat sich an der Grundlohnentwicklung zu orientieren. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist konsequent zu beachten.

Besonderes Augenmerk ist auf die durch das neue Vergütungssystem bedingte Mengenproblematik zu richten. Dabei bedarf es auch der Unterstützung durch den Ordnungsgeber. Insbesondere ist die Ausgleichsregelung des § 11 Abs. 8 BPflV 1995 zu ändern.

##### Stand der Umsetzung

Aufgrund des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes gilt die vereinbarte Obergrenze auch für Punktwertvereinbarungen zu Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Die Ausgleichsregelung des § 11 Abs. 8 BPflV für Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten wurde mit der 4. Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung geändert. Dabei wurde die ausgleichsfreie Bandbreite in Höhe von 15 Prozent der Erlöse abgeschafft. Die anteilige Rückzahlungsverpflichtung gilt somit seit dem 1. Januar 1996 für alle Mehrerlöse aus diesen Entgelten und übt eine mengenbegrenzende Wirkung aus. Darüber hinaus wur-

de mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz zum 1. Januar 1997 die Ausgleichsquote für Mehrerlöse von 50 auf 75 Prozent erhöht; die Selbstverwaltung kann abweichende Regelungen treffen.

#### c) Qualitätssicherung

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion sieht in einer umfassenden externen Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung für die künftige Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit.

##### Stand der Umsetzung

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurden in zehn Ländern Vereinbarungen zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten abgeschlossen; in den übrigen Ländern wird noch verhandelt. Im Bereich der Herzchirurgie wurde eine Vereinbarung über eine Bundesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung überarbeitet und angepaßt.

Nach den Regelungen des SGB V ist die Gestaltung von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen Aufgabe der Selbstverwaltung. Um die Transparenz und damit die Qualität der erbrachten Leistungen zu erhöhen, sind von Seiten der Selbstverwaltungspartner verschiedene Maßnahmen für den stationären Bereich erarbeitet worden. Zu nennen sind insbesondere

- die Vereinbarung zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten

Sie hat zum Ziel sicherzustellen, daß der Patient die im Rahmen einer Fallpauschale medizinisch erforderlichen Leistungen auch tatsächlich erhält. Dabei werden die entsprechenden Leistungen dokumentiert und zur Auswertung an eine externe Stelle geleitet.

- Das vorgesehene Qualitätssiegel der Krankenkassen für Krankenhäuser

Bundesärztekammer und Verband der Angestellten Krankenkassen beabsichtigen gemeinsam – ggf. mit anderen Kassenarten und mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Kriterienkatalog über qualitätsrelevante Bereiche des Krankenhauses zu erstellen, um die Qualität der Krankenhausleistungen auch im Vergleich der Krankenhäuser untereinander beurteilen zu können. Anhand von Überprüfungen durch externe Gutachter sollen die Krankenhäuser beurteilt werden. Dies führt dazu, daß hinsichtlich der Qualität der Leistungen wichtige Daten im Sinne einer externen Qualitätssicherung offen gelegt werden.

#### d) Finanzierung der Erhaltungsinvestitionen

##### Inhalt der Empfehlung

Aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1993 besteht nach 2 1/2 Jahren gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert den Gesetzge-

ber auf, die Initiative zu ergreifen, damit die Finanzierung der Erhaltungsinvestitionen auf gesicherten Grundlagen möglich wird.

#### Stand der Umsetzung

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde gesetzlich klargestellt, daß Instandhaltungskosten – auch die Kosten der sog. „großen Instandhaltungsmaßnahmen“ – grundsätzlich pflegesatzfähig sind; zu den Kosten der „großen Instandhaltungsmaßnahmen“ zählen die Kosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. In den Jahren 1997 bis 1999 werden die Kosten der „großen Instandhaltungsmaßnahmen“ in Höhe von jährlich ca. 1 Mrd. DM über die Pflegesätze finanziert. Dazu werden die tagesbezogenen Pflegesätze sowie die Fallpauschalen und Sonderentgelte pauschal um 1,1 % erhöht. Die zusätzlichen Ausgaben in Höhe von rd. 880 Mio. DM bei den gesetzlichen Krankenkassen werden durch einen zusätzlichen Beitrag der Mitglieder in Höhe von 20 DM pro Jahr refinanziert. Der zusätzliche Beitrag entfällt, wenn ein Land die Instandhaltungsaufwendungen im Wege der Pauschal- oder Einzelförderung finanziert.

#### e) Pflege-Personalregelung

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert angesichts der Stellenmehrung im Pflegedienst den Gesetzgeber auf, zu überprüfen, inwieweit die Zielsetzung der 1992 beschlossenen Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung) erreicht wurde, und welche Konsequenzen zu ziehen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, das Ergebnis innerhalb von vier Wochen den Beteiligten mitzuteilen.

##### Stand der Umsetzung

Die Pflege-Personalregelung wurde durch das 2. GKV-NOG aufgehoben.

Am 4. Oktober 1995 fand ein Gespräch über die Wirkungen der Pflege-Personalregelung und der möglichen Konsequenzen mit allen Beteiligten im Bundesministerium für Gesundheit statt. Hier wurde deutlich, daß es zu einer deutlichen Überschreitung der ursprünglich kalkulierten Annahmen über die Wirkungen der Pflege-Personalregelung gekommen ist.

Der Gesetzgeber ging davon aus, daß im Pflegedienst der Krankenhäuser aufgrund der Pflege-Personalregelung in dem vierjährigen Übergangszeitraum von 1993 bis 1996 rd. 13 000 zusätzliche Personalstellen entstehen. Tatsächlich sind jedoch in nur drei Jahren, nämlich von 1993 bis 1995, fast 21 000 neue Stellen geschaffen worden.

Da bei Anwendung der Pflege-Personalregelung im Jahre 1996 mit der zusätzlichen Schaffung von rd. 7 000 Stellen zu rechnen war, wurde vor dem Hinter-

grund der defizitären Finanzentwicklung im Krankenhausbereich die Pflege-Personalregelung im Jahre 1996 ausgesetzt und mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz aufgehoben. Damit wurde die Verantwortung für die Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartner von Krankenhäusern und Krankenkassen gelegt.

#### f) Ausbau des leistungsbezogenen Vergütungssystems

##### Inhalt der Empfehlung

Durch das zum 1. Januar 1993 novellierte KHG und die auf dieser Grundlage vom Verordnungsgeber beschlossene BpflV 1995 ist ein Mischsystem eingeführt worden, das aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und einer budgetierten Vergütung über Abteilungs-pflegesätze und einen Basispflegesatz besteht. Das leistungsbezogene Vergütungssystem ist schnellstmöglich auszubauen. Dabei sollte angestrebt werden, das Leistungsspektrum ganzer Fachabteilungen mit leistungsbezogenen Vergütungen abzudecken. Beim Ausbau des leistungsbezogenen Vergütungssystems sind die Ergebnisse der unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit laufenden Begleitforschung zur Einführung des neuen Vergütungssystems zu berücksichtigen.

##### Stand der Umsetzung

Zum 1. Januar 1996 sind für alle Krankenhäuser 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte eingeführt worden. Mit diesen Entgelten werden rd. 20 Prozent des Krankenhausumsatzes abgerechnet. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden diese Entgeltkataloge mit Wirkung zum 1. Januar 1998 aus der Verordnung herausgenommen und der Selbstverwaltung übertragen. Diese hat nun die Aufgabe, das Entgeltsystem so schnell und so weitgehend wie möglich weiterzuentwickeln.

Im Rahmen der Begleitforschung zur Bundespflege-satzverordnung wurden Befragungen von Krankenhäusern, Krankenkassen, Verbänden und Ländern zu den Entwicklungen im Jahr 1996 und im Jahr 1997 durchgeführt, dem ersten Jahr der flächendeckenden Anwendung der Entgelte, durchgeführt. Die Ergebnisse sind der Selbstverwaltung auf der Bundesebene und den Ländern zur Verfügung gestellt worden, damit sie bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden können.

#### g) Stilllegung und Umwidmung von Kapazitäten

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion rechnet mit einer weiterhin sinkenden Auslastung der Bettenkapazitäten aufgrund der Umstellung des Entgeltsystems und der Einführung neuer Behandlungsformen im Krankenhaus sowie der Einführung der Pflegeversicherung. Sie empfiehlt, freiwerdende Kapazitäten umzuwidmen oder stillzulegen und appelliert an die Länder,

die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben bereitzustellen.

#### Stand der Umsetzung

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion, freierwerdende Bettenkapazitäten im stationären Bereich umzuwidmen oder stillzulegen, richtet sich an die Krankenhausträger und Länder. Dazu ist festzustellen, daß ein großer Teil der 56 Krankenhäuser, die 1996 aus der Krankenhausversorgung ausgeschieden sind, in Pflegeeinrichtungen umgewidmet wurden.

Zu dem Appell der Konzertierten Aktion an die Länder, zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel (§ 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG) bereitzustellen, hat das Bundesministerium für Gesundheit keine Hinweise darauf, daß einzelne Länder ihrer Förderverpflichtung nicht nachkommen. Als Folge der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie durch neue Behandlungsformen im Krankenhaus ist mit einer weiter sinkenden Auslastung der Bettenkapazitäten zu rechnen. Diese Tendenz wird sich durch das Pflegeversicherungsgesetz voraussichtlich verstärken.

Die Ländern haben den Bettenabbau weiter fortgesetzt. Im Jahre 1996 wurde die Bettenzahl nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gegenüber 1995 um 2,5 v.H. auf 594 000 verringert; die Zahl der Krankenhäuser sank im gleichen Zeitraum um 56 (2,5 v.H.). Auch für die Folgejahre sind von den Ländern weitere Reduzierungen vorgesehen.

### 6. Empfehlungen für den Bereich der Kuren

Zum Bereich der Kuren und Rehabilitationsleistungen enthält die Empfehlung der Konzertierten Aktion Aussagen zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung sowie strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen, insbesondere zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Leistungsangebots, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und zur Verstärkung der Rehabilitationsforschung.

#### a) Begrenzung der Ausgabenentwicklung

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert alle Beteiligten auf, für eine konsequente Einhaltung der Budgetierung Sorge zu tragen und zu gewährleisten, daß die Kur Ausgaben im Jahre 1996 nicht mehr ansteigen.

##### Umsetzung der Empfehlung

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber den Krankenkassen auferlegt, daß sich die Ausgaben für stationäre Kuren im Zeitraum 1993 bis 1995 nur im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen verändern sollten. Eine Analyse

der Ausgabenentwicklung in diesem Zeitraum ergibt jedoch einen Anstieg der Ausgaben für stationäre Kuren von 3,4 Mrd. DM im Jahr 1992 auf 5,1 Mrd. DM im Jahr 1995. Je Mitglied entspricht dies einem Zuwachs von 48,7 v.H.. Im gleichen Zeitraum sind jedoch die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nur um 11,3 v.H. gestiegen. Auch im Jahr 1995, dem Jahr der Verabschiedung der Empfehlung der Konzertierten Aktion ergab sich für den Bereich der Kuren ein Zuwachs von 18,1 % gegenüber dem Vorjahr (vgl. Übersicht 35).

Auch der Empfehlung der Konzertierten Aktion, daß die Kurausgaben im Jahr 1996 nicht mehr ansteigen sollen, wurde nicht entsprochen, auch wenn sich die Ausgabensteigerungen gegenüber dem Vorjahr deutlich abgeflacht haben. Je Mitglied betrug der Zuwachs von 1996 auf 1995 bei den stationären Kuren 4,0 % und bei den Kuren insgesamt 3,3 %.

Die exorbitanten Ausgabensteigerungen bei Kuren, die weder durch die Budgetierungsregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes noch durch die Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen wirksam gebremst werden konnten, haben den Gesetzgeber veranlaßt, im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – ebenso wie für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung – ausgabenbegrenzende Regelungen vorzusehen. Hierzu zählen für den Bereich der GKV:

- die Verkürzung der Regelkurzdauer von 4 auf 3 Wochen,
- die Verlängerung des Regelkurintervalls von 3 auf 4 Jahre sowie
- die Anhebung der Zuzahlungen für stationäre Kuren (ohne Anschlußrehabilitation) auf 25 DM.

Mit diesen Maßnahmen sollte im Jahr 1997 ein Einsparvolumen von rd. 860 Mio. DM erreicht werden. Die vorläufigen Finanzergebnisse des Jahres 1997 deuten darauf hin, daß die Ausgaben für Kuren mit rd. 4,3 Mrd. DM um ca. 1 Mrd. DM unter dem Ausgabenvolumen des Jahres 1996 liegen und damit in relativ geringem Umfang oberhalb der vom Gesetzgeber erwarteten Einsparungen liegen könnten.

#### b) Bedarfsgerechtes Versorgungsangebot

##### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, ein bedarfsgerechteres Versorgungsangebot im Bereich der stationären Vorsorge und Rehabilitation anzustreben und deshalb bei der Zulassung von Betten nach § 111 SGB V äußerste Zurückhaltung zu wahren und, soweit eine Überversorgung für bestimmte Indikationsbereiche festgestellt wird, korrigierend zu wirken.

##### Stand der Umsetzung

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion richtet sich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen. Grundsätzlich haben diese neue Versorgungsverträge nur abgeschlossen,

um bestehende Versorgungslücken zu schließen. Zur Beseitigung von Kapazitätsüberhängen haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen Versorgungsverträge gekündigt, und zwar insbesondere mit Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen.

Zu der Empfehlung ist aber auch darauf hinzuweisen, daß mit einem Versorgungsvertrag ohnehin eine Belegungsgarantie nicht verbunden ist. Die von der Konzertierte Aktion kritisierte „Übersorgung mit Betten“ wirkt deshalb nicht zwangsläufig zu Lasten der GKV. Die Krankenkassen belegen bei einem Überangebot bevorzugt die Einrichtungen, die bei gleichem Leistungsstandard über vergleichsweise günstige Vergütungsstrukturen verfügen.

### c) Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

#### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion fordert eine bedarfsgerechtere und differenziertere Feststellung der Notwendigkeit von Kuren und Anschlußheilbehandlungen, u. a. durch Entwicklung konkreter Kriterien für die verordnenden Ärzte und den Medizinischen Dienst sowie Überarbeitung der bestehenden Begutachtungsanleitungen und Vordrucke.

#### Umsetzung der Empfehlung

Der Empfehlung der Konzertierte Aktion im Hinblick auf eine Verbesserung der Feststellung der Notwendigkeit von Kuren wurde durch eine Eingrenzung der Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V umgesetzt (vgl. Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 3. Juli 1996). Gleichzeitig haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die Begutachtungsanleitung Kuren in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst überarbeitet und als vorläufige Begutachtungsanleitung Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bzw. -maßnahmen auf Fachebene verabschiedet und zur Umsetzung empfohlen. Eine Verabschiedung der Begutachtungsanleitung durch das Beschlußgremium nach § 213 SGB V soll nach Einarbeitung der gesetzlichen Neuregelungen (Richtlinien gem. § 92 SGB V, Rahmenempfehlungen gem. § 111 a SGB V etc.) erfolgen.

### d) Bewilligung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

#### Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, deutliche Zurückhaltung der Krankenkassen bei der Bewilligung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu wahren.

#### Umsetzung der Empfehlungen

Aus der Entwicklung der Fallzahlen für Kuren und Rehabilitationsleistungen (vgl. Übersicht 35) ist für das Jahr 1996 im Bereich der gesetzlichen Kranken-

versicherung gegenüber dem Vorjahr sowohl bei den ambulanten Kuren als auch bei den stationären Rehabilitations- und Vorsorgekuren (ohne Anschlußheilbehandlung) gegenüber den Vorjahren eine deutliche Zurückhaltung der Krankenkassen erkennbar, während bei Anschlußrehabilitationen und Mütterkuren die Fallzahlen weiter deutlich angestiegen sind.

Die Fallzahlen für das Jahr 1997, aus denen konkrete Rückschlüsse über die Bewilligung von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes gezogen werden können, liegen zur Zeit noch nicht vor. Allerdings kann aus den Ausgabenrückgängen des Jahres 1997 bereits die Schlußfolgerung gezogen werden, daß es in jenem Jahr insbesondere als Folge des Beitragsentlastungsgesetzes zu einer deutlichen Reduzierung der Fallzahlen mit Ausnahme der Bereiche Anschlußrehabilitation und Mütterkuren gekommen ist.

### e) Verzahnung von ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen und Verstärkung der Rehabilitationsforschung

#### Inhalt der Empfehlungen

Die Konzertierte Aktion empfiehlt, eine Verbesserung der Verzahnung von stationärer und ambulanter Rehabilitation anzustreben und die Rehabilitationsforschung zu verbessern.

#### Stand der Umsetzung

Eine Möglichkeit der Verbesserung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Rehabilitation bieten die Regelungen über das „Partnerschaftsmodell“, die durch das 2. GKV-NOG zum 1. Juli 1997 eingeführt worden sind. Nach dem Partnerschaftsmodell sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen abschließen (§ 111 a SGB V). In den Rahmenempfehlungen sind z. B. „die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (§ 111 a Nr. 3 SGB V) oder „Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern (§ 111 a Nr. 5 SGB V)“ zu regeln. Darüber hinaus können die Rahmenempfehlungen eine Reihe weiterer Maßnahmen vorsehen, die einer wirtschaftlichen Leistungserbringung dienen. Es bieten sich ausreichend Möglichkeiten für die Selbstverwaltung, in den Rahmenempfehlungen auch Probleme der Verzahnung von ambulanter und stationärer Rehabilitation zu regeln. Die Rahmenempfehlungen werden derzeit in den genannten Gremien erarbeitet.

Zur Verstärkung der Rehabilitationsforschung hat das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie zusammen mit der Ren-

ten- und Unfallversicherung als Rehabilitationsträger und unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie des Bundesministeriums für Gesundheit einen gemeinsamen Förderschwerpunkt aufgelegt mit dem Ziel, in mehreren Regionen unter Einbeziehung von Hochschulen, Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträgern rehabilitationswissenschaftliche Forschungsstrukturen aufzubauen, von denen ein Multiplikationseffekt und eine Langzeitwirkung auf die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die fachliche Fort- und Weiterbildung zu erwarten ist.

Mit der Förderung sollen interdisziplinäre Forschungsarbeiten zu bisher defizitären Themenfeldern der Rehabilitationsforschung angestoßen werden, die einen unmittelbaren Praxisbezug haben und zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung bei-

tragen können. Die Schwerpunkte der Forschungsvorhaben beziehen sich auf gesundheitspolitisch prioritäre Bereiche der rehabilitativen Versorgung, die z. B. durch die Vielzahl der betroffenen Patienten, Chronizität der Erkrankung, besonders leistungs- und kostenintensive Versorgung, Gefährdung der Patienten u. ä. gekennzeichnet sind. Die vom Gutachterkreis inzwischen genehmigten Anträge berücksichtigen spezifische Maßnahmen der Qualitätssicherung, der Flexibilisierung der Rehabilitationsbehandlung (stationär, teilstationär, ambulant), der besseren Vernetzung von ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie zur Steigerung der Rehabilitationseffizienz und entwickeln Anforderungsziele für Rehabilitationseinrichtungen. Mit den Ergebnissen dieser Forschungsvorhaben soll ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisqualität rehabilitativer Leistungen erbracht werden.

**D. Anhang****I. Tabellen, Graphiken, Übersichten**

	Seite	
Übersicht 1	Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitrags- satzes nach Kassenarten im Jahresdurchschnitt . . . . .	29
Übersicht 2	Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitrags- satzes nach Kassenarten . . . . .	30
Übersicht 3	Entwicklung der Beitragssatzspanne in der GKV im früheren Bundesgebiet . . . . .	31
Übersicht 4	Entwicklung der Beitragssatzspanne in der GKV im Beitritts- gebiet . . . . .	31
Übersicht 5	Entwicklung der Beitragssatzspanne in der GKV Bund ins- gesamt . . . . .	32
Übersicht 6	Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV . . . . .	33
Übersicht 7	Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV nach Kassenarten im früheren Bundesgebiet . . . . .	34
Übersicht 8	Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV nach Kassenarten im Beitrittsgebiet . . . . .	35
Übersicht 9	Entwicklung von Finanzsalden und Finanzreserven in der GKV im früheren Bundesgebiet/im Beitrittsgebiet . . . . .	36
Übersicht 10	Entwicklung von Finanzsalden in der GKV nach Kassenar- ten im früheren Bundesgebiet/im Beitrittsgebiet . . . . .	37
Übersicht 11	Mitglieder der GKV und deren mitversicherte Familienange- hörige 1991 bis 1997 . . . . .	38
Übersicht 12	Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten im frühe- ren Bundesgebiet/im Beitrittsgebiet – Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr . . . . .	39
Übersicht 13	Anteile ausgewählter Leistungsarten an den Gesamt-Lei- stungsausgaben der GKV im früheren Bundesgebiet/im Bei- trittsgebiet/im Bundesgebiet . . . . .	40
Übersicht 14	Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten im frühe- ren Bundesgebiet/im Beitrittsgebiet – Werte je Mitglied ein- schließlich Rentner und Veränderungen gegenüber dem Vorjahr . . . . .	41
Übersicht 15	Verhältnis der Ausgaben zwischen dem Beitrittsgebiet und dem früheren Bundesgebiet je Versicherten . . . . .	42
Übersicht 16	Entwicklung der Ausgaben und beitragspflichtigen Einnah- men in der GKV – Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr – früheres Bundesgebiet/ Beitrittsgebiet . . . . .	43
Übersicht 17	Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung	44
Übersicht 18	Ausgabenentwicklung für zahnärztliche Behandlung . . . . .	45
Übersicht 19	Ausgabenentwicklung für Zahnersatz . . . . .	46
Übersicht 20	Ausgabenentwicklung für kieferorthopädische Behandlung	47
Übersicht 21	Ausgabenentwicklung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken . . . . .	48
Übersicht 22	Ausgabenentwicklung für Hilfs- und Heilmittel . . . . .	49

---

	Seite
Übersicht 23 Ausgabenentwicklung für orthopädische Heil- und Hilfsmittel .....	50
Übersicht 24 Ausgabenentwicklung für Sehhilfen .....	51
Übersicht 25 Ausgabenentwicklung für Hörhilfen .....	52
Übersicht 26 Ausgaben für medizinische Badebetriebe .....	53
Übersicht 27 Ausgabenentwicklung für Masseur .....	54
Übersicht 28 Ausgabenentwicklung für Krankengymnasten .....	55
Übersicht 29 Ausgabenentwicklung für sonstige Heilpersonen .....	56
Übersicht 30 Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung .....	57
Übersicht 31 Ausgaben für Fahrkosten insgesamt .....	58
Übersicht 32 Ausgabenentwicklung für Krankentransport und Rettungswesen insgesamt .....	59
Übersicht 33 Ausgabenentwicklung für Taxen und Mietwagen .....	60
Übersicht 34 Ausgabenentwicklung für Flugrettung .....	61
Übersicht 35 Ausgabenentwicklung für Kuren .....	62

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes  
nach Kassenarten im früheren Bundesgebiet - im Jahresdurchschnitt -**

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
1994	13,23	13,62	12,00	12,89	13,10	13,90	12,43	13,30
1995	13,24	13,57	12,20	12,71	13,10	13,90	13,18	13,29
1996	13,47	13,83	12,59	13,11	13,10	13,94	12,97	13,45
1997	13,50	13,66	12,70	12,98	13,40	14,00	13,00	13,73

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen; seit 1994 einschließlich Freiw. Mitglieder

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KG 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

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

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991 <sup>1)</sup>	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
1992	12,61	12,80	11,81	12,45	12,54	12,80	12,00	12,54
1993	12,62	13,11	11,71	12,14	11,90	12,80	11,86	12,19
1994	12,95	13,43	11,70	11,98	9,90	12,80	11,81	12,84
1995	12,82	13,49	11,39	11,86	9,90	11,80	12,00	12,59
1996	13,53	14,17	12,47	12,97	9,90	11,80	11,69	13,23
1997	13,89	14,29	12,93	13,48	9,50	12,08	12,89	13,85

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen; seit 1994 einschließlich Freiw. Mitglieder

<sup>1)</sup> Beitragssatz gemäß Einigungsvertrag einheitlich 12,80 v.H.

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KG 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes  
nach Kassenarten im Bundesgebiet - im Jahresdurchschnitt -**

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991	12,36	12,77	11,25	12,05	12,21	12,75	11,14	12,23
1992	12,71	13,27	11,43	12,52	12,06	13,44	11,17	12,41
1993	13,22	13,80	11,83	13,00	12,83	13,53	12,34	12,95
1994	13,17	13,57	11,95	12,65	12,35	13,46	12,37	13,40
1995	13,15	13,55	12,06	12,48	12,20	13,12	13,08	13,15
1996	13,48	13,90	12,57	13,07	12,64	13,21	12,84	13,40
1997	13,58	13,80	12,73	13,12	12,85	13,37	12,99	13,76

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen; seit 1994 einschließlich Freiw. Mitglieder

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KG 1

## Übersicht 2

### Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten im früheren Bundesgebiet

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
01.04.70	8,24	8,16	7,49	7,81	6,60	9,60	8,10	9,07
01.01.71	8,12	8,09	7,47	7,79	6,60	9,60	8,00	8,68
01.01.72	8,25	8,24	7,62	7,96	6,20	9,60	8,05	8,68
01.01.73	9,01	8,95	8,19	8,47	6,20	11,60	8,97	9,37
01.01.74	9,36	9,35	8,63	8,95	8,00	11,60	9,38	9,81
01.01.75	10,01	10,22	9,06	10,08	8,80	11,60	9,93	10,16
01.01.76	11,21	11,25	10,05	11,01	9,20	12,60	10,95	11,84
01.01.77	11,36	11,38	10,39	11,14	10,20	12,60	11,35	11,84
01.01.78	11,47	11,51	10,61	11,34	10,20	12,60	11,46	11,82
01.01.79	11,26	11,46	10,49	11,23	9,90	12,60	11,40	11,23
01.01.80	11,36	11,69	10,49	11,21	9,90	12,60	11,07	11,22
01.01.81	11,74	12,02	10,65	11,40	10,60	12,60	11,02	11,88
01.01.82	11,97	12,36	10,86	11,65	10,60	12,60	11,47	11,94
01.01.83	11,93	12,30	10,81	11,65	9,80	11,60	11,35	11,93
01.01.84	11,46	11,83	10,23	11,10	9,50	11,60	10,62	11,51
01.01.85	11,73	11,96	10,24	11,22	10,50	11,60	11,35	12,11
01.01.86	12,15	12,62	10,72	11,99	11,70	11,60	11,51	12,11
01.01.87	12,47	13,11	11,13	12,64	11,70	11,60	11,48	12,10
01.01.88	12,89	13,47	11,42	12,79	12,80	12,60	11,97	12,70
01.01.89	12,90	13,47	11,48	12,75	12,80	13,30	11,95	12,68
01.01.90	12,78	13,33	11,35	12,43	12,80	13,30	11,26	12,66
01.01.91	12,22	12,76	10,87	11,95	11,90	12,70	11,13	12,04
01.01.92	12,46	13,17	11,04	12,33	11,90	13,90	11,06	12,04
01.01.93	13,42	14,07	11,77	13,28	13,10	13,90	12,40	13,19
01.01.94	13,35	13,87	11,98	13,07	13,10	13,90	12,46	13,31
01.01.95	13,18	13,50	12,11	12,68	13,10	13,90	12,57	13,30
01.01.96	13,43	13,85	12,41	12,96	13,10	13,90	13,01	13,40
01.12.96	13,58	13,82	12,90	13,20	13,10	14,40	13,26	13,64
01.01.97	13,29	13,67	12,62	12,97	12,70	14,00	12,92	13,23
01.01.98	13,56	13,66	12,82	12,97	13,40	14,50	13,05	13,90

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KM 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten im Beitrittsgebiet

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
01.01.1991 <sup>1)</sup>	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
01.01.92	12,73	12,80	11,95	12,68	12,80	12,80	12,80	12,80
01.01.93	12,54	12,96	11,73	12,20	11,90	12,80	11,88	12,17
01.01.94	12,97	13,40	11,77	12,00	9,90	12,80	11,85	12,89
01.01.95	12,84	13,42	11,46	11,91	9,90	11,80	11,28	12,66
01.01.96	13,28	14,17	12,40	12,47	9,90	11,80	11,61	12,62
01.12.96	13,91	14,16	12,99	13,67	9,90	11,80	13,00	13,96
01.01.97	13,74	14,29	12,80	13,33	9,50	11,40	12,53	13,56
01.01.98	13,95	14,29	12,97	13,65	9,50	14,20	12,98	13,95

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

<sup>1)</sup> Beitragssatz gemäß Einigungsvertrag einheitlich 12,80 v.H.

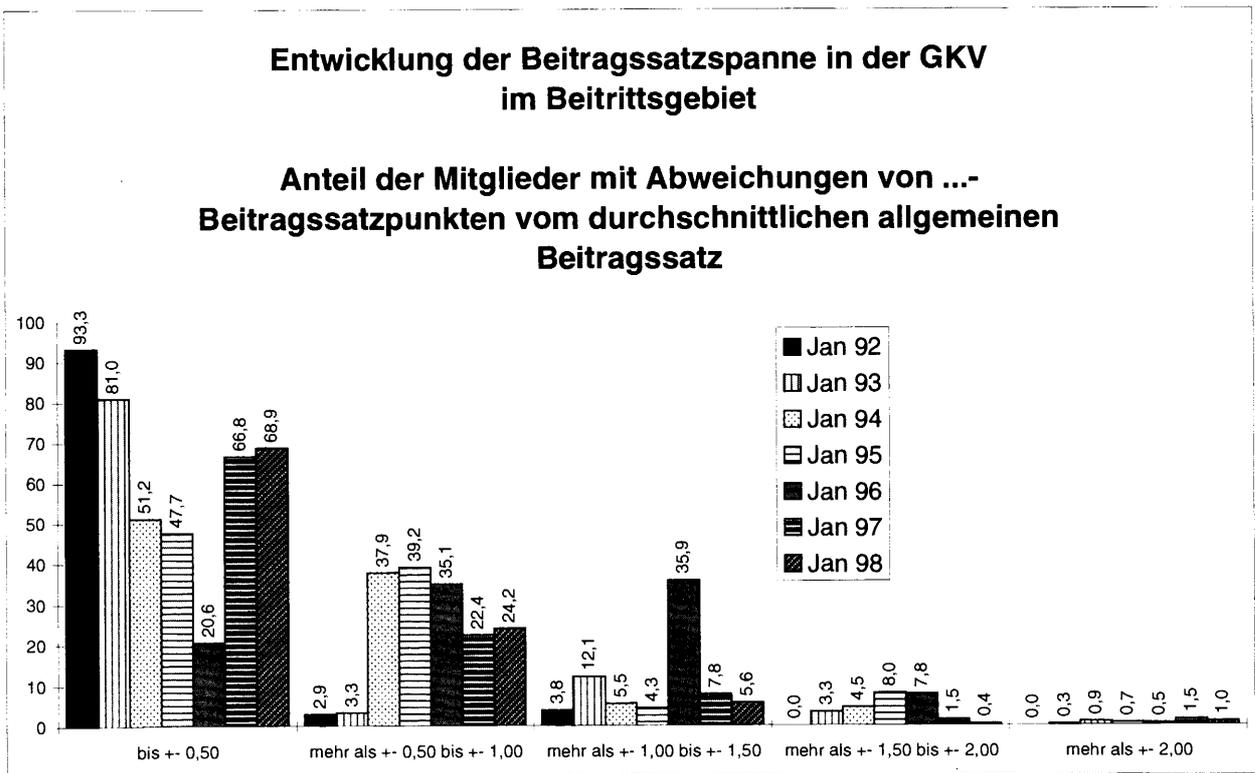
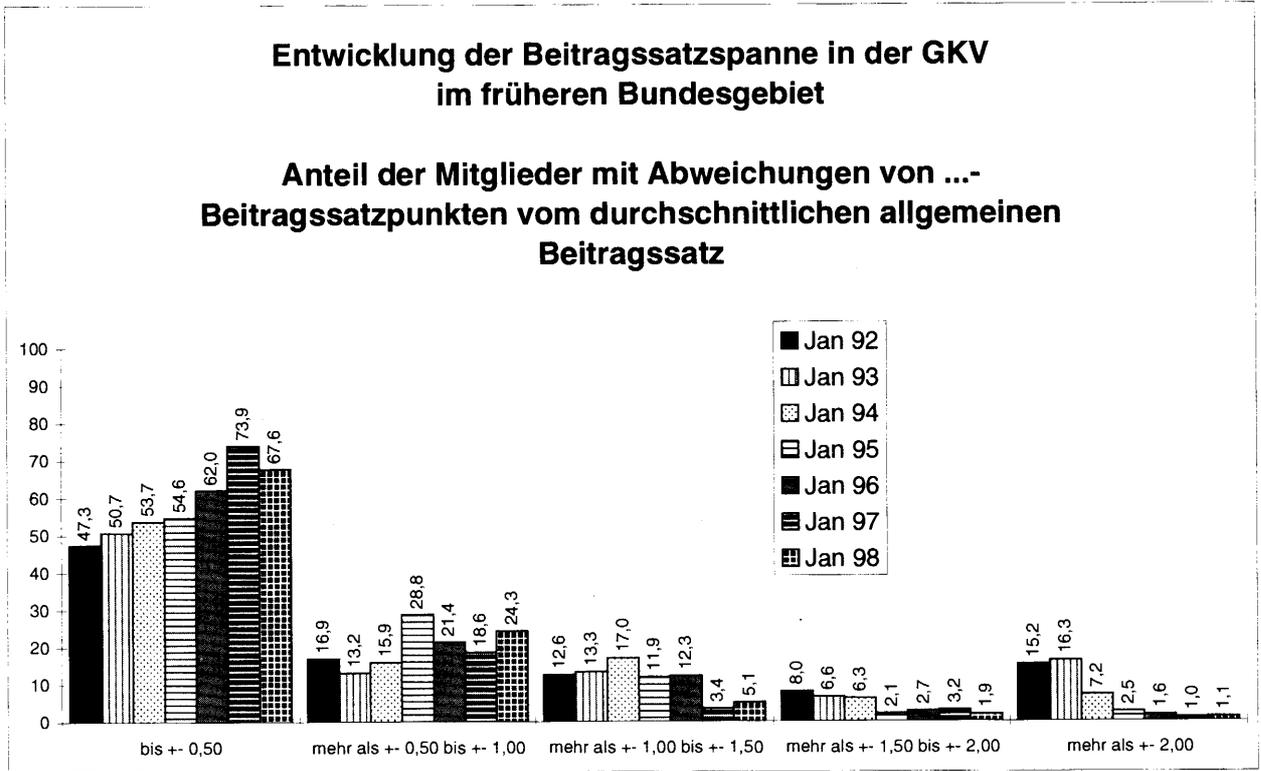
Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KM 1

### Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten im Bundesgebiet

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
01.01.1991 <sup>1)</sup>	12,30	12,76	13,66	12,03	12,09	12,75	11,25	12,23
01.01.92	12,53	13,06	11,23	12,39	12,07	13,36	11,19	12,23
01.01.93	13,20	13,76	11,77	13,03	12,89	13,41	12,36	12,94
01.01.94	13,26	13,75	11,94	12,80	12,33	13,44	12,41	13,21
01.01.95	13,11	13,48	12,01	12,47	12,61	13,10	12,46	13,16
01.01.96	13,40	13,92	12,41	12,82	12,64	13,16	12,88	13,24
01.12.96	13,56	13,90	12,91	13,33	12,64	13,54	13,31	13,70
01.01.97	13,38	13,80	12,57	13,07	12,24	13,15	12,86	13,30
01.01.98	13,64	13,79	12,83	13,17	12,86	14,41	13,04	13,91

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

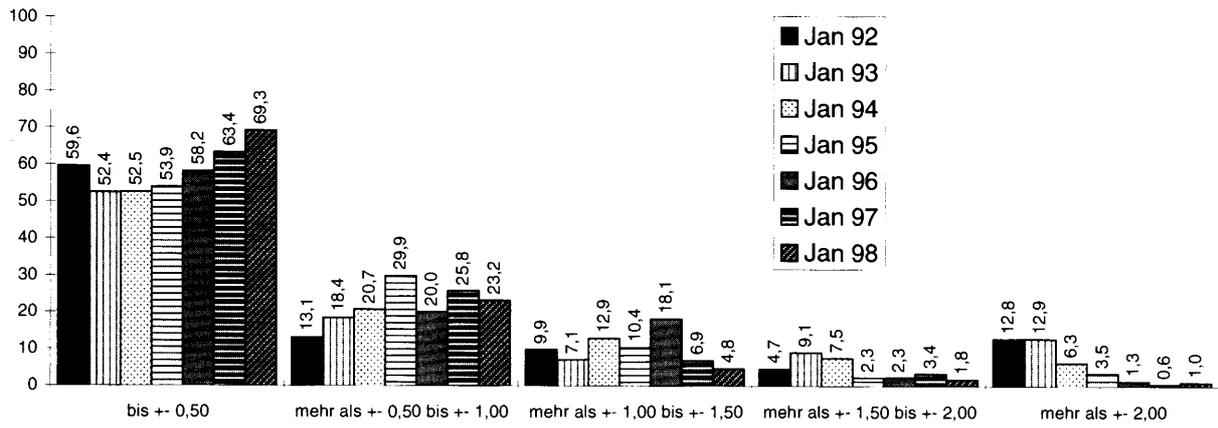
Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KM 1



Übersicht 5

**Entwicklung der Beitragssatzspanne in der GKV  
Bund insgesamt**

**Anteil der Mitglieder mit Abweichungen von ...-  
Beitragssatzpunkten vom durchschnittlichen allgemeinen  
Beitragssatz**



<b>Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV</b>		
<b>Gültig ab</b>	<b>früheres Bundesgebiet</b>	<b>Beitrittsgebiet</b>
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
1.1.1995	5.850	4.800
1.1.1996	6.000	5.100
1.1.1997	6.150	5.325
1.1.1998	6.300	5.250

## Übersicht 7

### Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV nach Kassenarten im früheren Bundesgebiet

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.91	15.653	5.717	2.272	1.147	382	19	261	414	5.437
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.92	6.412	2.262	1.213	682	37	-1	138	162	1.583
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.93	14.963	4.891	2.394	1.179	501	1	147	481	5.355
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.94	16.550	5.091	2.290	1.261	550	15	182	432	6.728
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.95	11.285	3.611	1.508	809	639	10	132	252	4.324
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.96	6.343	2.123	534	803	724	0	73	107	1.980
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	p31.12.1997	7.716	1.788	1.280	802	864	0	75	166	2.741

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.91	1,16	0,97	1,39	1,83	1,40	0,99	0,58	1,72	1,25
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.92	0,43	0,35	0,68	0,97	1,26	-0,07	0,28	0,58	0,32
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.93	1,02	0,77	1,39	1,69	1,73	0,52	0,31	1,73	1,12
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.94	1,03	0,75	1,18	1,63	1,80	7,43	0,36	1,36	1,26
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.95	0,62	0,50	0,70	0,84	2,04	0,46	0,26	0,62	0,66
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.96	0,34	0,29	0,23	0,87	2,36	0,02	0,14	0,25	0,29
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	p31.12.1997	0,42	0,26	0,58	0,88	2,76	0,36	0,15	0,39	0,40

<sup>1)</sup> Verhältnis von Rücklagen und Betriebsmitteln zu jahresdurchschnittlichen Monatsausgaben.

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.91	12,22	12,76	10,87	11,95	-----	11,90	12,70	11,13	12,04
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.92	12,46	13,17	11,04	12,33	-----	11,90	13,90	11,06	12,04
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.93	13,42	14,07	11,77	13,28	-----	13,10	13,90	12,40	13,19
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.12.93	13,40	14,01	11,87	13,28	-----	13,10	13,90	12,37	13,17
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.94	13,35	13,87	11,98	13,07	-----	13,10	13,90	12,46	13,31
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.95	13,18	13,50	12,11	12,68	-----	13,10	13,90	12,57	13,30
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.96	13,43	13,85	12,41	12,96	-----	13,10	13,90	13,01	13,40
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.97	13,29	13,67	12,62	12,97	-----	12,70	14,00	12,92	13,23
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.98	13,56	13,66	12,82	12,97	-----	13,40	14,50	13,05	13,90

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1, KM 1 und Berechnungen BMG; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

**Entwicklung von Finanzreserven und Beitragssätzen in der GKV  
nach Kassenarten im Beitrittsgebiet**

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.91	2.491	1.244	331	151	4	18	186	29	524
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.92	1.952	310	341	307	21	35	299	46	591
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.93	2.845	227	625	514	30	48	349	75	974
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.94	2.647	-65	538	437	36	41	373	85	1.202
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.95	669	-643	229	302	41	39	355	37	308
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	31.12.96	-1.142	-1.354	-76	151	46	29	242	-12	-168
Rücklagen/Betriebsmittel in Mio. DM	p31.12.1997	-1.441	-1.632	-62	181	51	29	93	-2	-98

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.91	1,21	0,98	2,56	3,98	5,17	10,89	2,72	4,72	0,95
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.92	0,65	0,18	1,66	3,31	11,57	13,05	2,72	4,20	0,71
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.93	0,88	0,12	2,99	4,20	13,21	18,24	3,04	5,99	1,09
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.94	0,75	-0,30	2,11	3,39	10,09	14,20	2,79	6,68	1,36
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.95	0,18	-0,32	0,89	1,43	10,14	10,77	2,56	1,67	0,07
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	31.12.96	-0,28	-0,66	-0,28	0,60	9,68	8,62	1,66	-0,39	-0,13
Eigenmittelquote <sup>1)</sup>	p31.12.1997	-0,37	-0,85	-0,23	0,72	9,63	6,81	0,63	-0,04	-0,08

<sup>1)</sup> Verhältnis von Rücklagen und Betriebsmitteln zu jahresdurchschnittlichen Monatsausgaben.

		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.91	12,80	12,80	12,80	12,80	-----	12,80	12,80	12,80	12,80
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.92	12,73	12,80	11,95	12,68	-----	12,80	12,80	12,80	12,80
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.93	12,54	12,96	11,73	12,20	-----	11,90	12,80	11,88	12,17
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.12.93	12,74	13,40	11,70	12,14	-----	11,90	12,80	11,85	12,18
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.94	12,97	13,40	11,77	12,00	-----	9,90	12,80	11,85	12,89
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.95	12,84	13,42	11,46	11,91	-----	9,90	11,80	11,28	12,66
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.96	13,28	14,17	12,40	12,47	-----	9,90	11,80	11,61	12,62
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.97	13,47	14,29	12,80	13,33	-----	9,50	11,40	12,53	13,56
Ø allgemeiner Beitragssatz	01.01.98	13,95	14,29	12,97	13,65	-----	9,50	14,20	12,98	13,95

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1, KM 1 und Berechnungen BMG; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Entwicklung von Finanzsalden und Finanzreserven in der GKV im früheren Bundesgebiet

- in Mio. DM -

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
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	2.061	-5.111	-4.640	1.399
Rücklagen/Betriebsmittel zum 31.12.	12.765	15.081	12.055	9.651	8.247	8.282	6.540	16.078	21.629	15.654	6.412	14.963	16.550	11.285	6.343	7.716

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Entwicklung von Finanzsalden und Finanzreserven in der GKV im Beitrittsgebiet

- in Mio. DM -

										1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
Überschüsse/Defizite pro Jahr										2.773	-256	1.353	116	-1.836	-2.136	-300
Rücklagen/Betriebsmittel zum 31.12.										2.491	1.953	2.845	2.647	669	-1.142	-1.441

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

**Entwicklung von Finanzsalden in der GKV  
nach Kassenarten im früheren Bundesgebiet**

- in Mio. DM -

früheres Bundesgebiet	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	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
1994	2.061	372	-54	180	48	5	55	-44	1.498
1995	-5.111	-1.610	-728	-457	88	-5	-42	-179	-2.178
1996	-4.640	-1.319	-817	-38	109	-10	-84	-152	-2.329
p 1.-4. Qu. 97	1.399	-334	770	-4	140	7	2	59	761

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

**Entwicklung von Finanzsalden in der GKV  
nach Kassenarten im Beitrittsgebiet**

- in Mio. DM -

Beitrittsgebiet	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	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
1994	116	-156	-85	73	6	-7	54	10	223
1995	-1.836	-387	-319	-131	5	-3	-23	-47	-930
1996	-2.136	-833	-313	-228	5	-10	-169	-49	-541
p 1.-4. Qu. 97	-300	-278	21	31	5	-9	-149	10	70

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Übersicht 11

**Mitglieder (M) der GKV und deren mitversicherte Familienangehörigen (F) 1991 bis 1997**

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	39.472.353	16.608.283	4.600.139	2.106.340	692.185	46.413	907.346	773.058	13.738.771
	F	17.695.851	6.749.556	2.527.883	1.040.094	609.545	26.704	409.825	454.019	5.878.225
1993	M	39.632.610	16.465.633	4.552.429	2.156.601	679.883	45.069	895.786	807.187	14.030.022
	F	17.841.299	6.845.371	2.486.793	1.076.221	578.119	27.229	394.055	471.631	5.961.880
1994	M	39.704.673	16.361.093	4.487.079	2.196.746	669.174	43.760	882.857	826.917	14.237.047
	F	17.680.869	6.863.124	2.414.913	1.079.254	545.223	25.006	366.056	470.644	5.916.649
1995	M	40.703.367	16.706.471	4.590.197	2.271.217	650.942	42.608	874.652	862.824	14.704.456
	F	18.045.689	7.032.532	2.407.010	1.127.796	503.741	23.606	352.046	483.345	6.115.613
1996	M	40.831.953	16.460.259	4.637.377	2.314.434	642.605	42.124	858.368	895.742	14.981.044
	F	18.282.169	7.103.651	2.420.545	1.156.392	475.793	22.130	330.726	497.353	6.275.579
1997	M	40.872.436	16.034.387	4.898.110	2.379.581	635.660	42.853	842.220	932.249	15.107.376
	F	17.857.702	6.782.195	2.424.279	1.156.147	458.532	20.786	313.919	497.066	6.204.778
Beitrittsgebiet		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
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	11.552.422	6.808.149	870.267	469.503	15.473	9.854	389.256	48.373	2.941.547
	F	3.258.305	1.179.392	259.244	98.216	10.484	2.490	69.784	18.454	1.620.241
1993	M	11.244.948	6.385.383	823.388	570.527	16.036	8.725	360.471	53.661	3.026.757
	F	3.445.771	1.282.483	264.016	145.375	12.835	2.416	59.050	19.619	1.659.977
1994	M	11.048.645	6.079.458	778.541	656.389	17.738	7.941	342.607	60.569	3.105.402
	F	3.275.976	1.258.026	243.963	167.479	13.236	2.275	49.605	19.830	1.521.562
1995	M	10.184.297	5.509.300	640.275	705.535	19.668	7.307	329.598	62.921	2.909.693
	F	2.952.880	1.169.625	197.916	177.822	13.975	2.065	42.412	19.600	1.329.465
1996	M	10.163.555	5.274.584	628.025	746.067	20.223	7.131	318.682	85.703	3.083.140
	F	2.854.268	1.112.829	182.509	164.996	13.455	1.928	35.873	25.464	1.317.214
1997	M	10.109.598	4.996.355	645.037	781.988	20.741	7.003	315.059	138.373	3.205.043
	F	2.755.863	1.033.754	178.729	186.895	13.018	1.825	33.173	41.773	1.266.696

**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		44,83	40,64	54,95	49,38	88,06	57,54	45,17	58,73	42,79
1993		45,02	41,57	54,63	49,90	85,03	60,42	43,99	58,43	42,49
1994		44,53	41,95	53,82	49,13	81,48	57,14	41,46	56,92	41,56
1995		44,33	42,09	52,44	49,66	77,39	55,40	40,25	56,02	41,59
1996		44,77	43,16	52,20	49,96	74,04	52,54	38,53	55,52	41,89
1997		43,69	42,30	49,49	48,59	72,13	48,51	37,27	53,32	41,07
Beitrittsgebiet		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
1991		23,62	11,29	19,62	29,98	144,28	21,96	20,08	40,92	55,13
1992		28,20	17,32	29,79	20,92	67,76	25,27	17,93	38,15	55,08
1993		30,64	20,08	32,06	25,48	80,04	27,69	16,38	36,56	54,84
1994		29,65	20,69	31,34	25,52	74,62	28,65	14,48	32,74	49,00
1995		28,99	21,23	30,91	25,20	71,05	28,26	12,87	31,15	45,69
1996		28,08	21,10	29,06	22,12	66,53	27,04	11,26	29,71	42,72
1997		27,26	20,69	27,71	23,90	62,76	26,06	10,53	30,19	39,52

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KM 5 und Berechnungen BMG; seit 1995 gehört Berlin-Ost zum Rechtskreis "früheres Bundesgebiet"

**Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten im früheren Bundesgebiet  
- Absolute Werte und Veränderungsdaten gegenüber dem Vorjahr -**

- insgesamt in Mio. DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt	sonstige Ausgaben	Ausgaben insgesamt
1960	1.874	468	269	1.093	212	1.565	2.688	796	8.965	548	9.513
1965	3.195	953	401	2.021	372	2.947	3.698	1.328	14.915	961	15.876
1970	5.458	1.708	828	4.224	667	6.009	2.467	2.488	23.849	1.330	25.179
1975	11.259	4.130	4.180	8.901	2.582	17.534	4.664	4.921	58.171	2.819	60.990
1976	11.923	4.297	5.313	9.642	3.054	15.226	4.733	9.400	63.588	2.976	66.564
1977	12.489	4.608	5.403	9.849	3.340	20.464	4.909	5.552	66.614	3.209	69.823
1978	13.194	4.968	5.755	10.651	3.844	21.865	5.308	5.875	71.460	3.329	74.789
1979	14.122	5.222	6.472	11.372	4.356	23.252	5.941	6.698	77.435	3.628	81.063
1980	15.358	5.518	7.351	12.573	4.881	25.465	6.654	8.156	85.956	3.878	89.834
1981	16.491	5.937	8.110	13.631	5.273	27.321	6.440	9.001	92.204	4.187	96.391
1982	16.917	6.072	6.989	13.777	5.046	29.192	5.897	8.786	92.676	4.549	97.225
1983	17.764	6.281	6.664	14.449	5.234	30.477	5.781	9.247	95.897	4.795	100.692
1984	18.924	6.563	7.338	15.545	6.064	32.384	6.301	10.443	103.562	5.118	108.680
1985	19.660	6.656	7.666	16.603	6.512	34.020	6.379	11.208	108.704	5.404	114.108
1986	20.295	7.165	6.897	17.626	7.221	36.529	6.875	11.453	114.061	5.807	119.868
1987	20.966	7.370	6.283	18.889	7.849	38.190	7.391	11.992	118.930	6.067	124.997
1988	21.650	7.692	9.651	20.435	8.905	39.489	7.782	12.455	128.059	6.317	134.376
1989	22.653	7.694	4.861	20.217	7.826	40.815	7.780	11.396	123.242	6.685	129.927
1990	24.371	8.172	4.840	21.841	8.424	44.595	8.778	13.217	134.238	7.416	141.654
1991	26.737	9.131	5.613	24.486	9.685	49.124	10.184	16.674	151.634	8.180	159.814
1992	28.935	10.160	6.841	27.084	10.844	53.944	10.919	19.123	167.850	9.026	176.876
1993	29.888	10.410	4.913	21.813	10.905	56.951	10.792	20.420	166.092	9.270	175.362
1994	31.072	10.897	5.674	22.889	12.333	61.355	11.535	22.708	178.463	13.657	192.120
1995	32.687	11.215	6.204	25.046	14.301	64.780	15.243	20.814	190.290	27.064	217.354
1996	33.668	12.095	6.886	26.771	15.612	64.616	14.945	21.799	196.392	27.947	224.339
1.-4. Qu. 97	34.334	12.220	6.934	25.731	14.779	65.921	11.782	19.982	191.683	27.664	219.347

Veränderungen in v.H.

1976	5,9	4,1	27,1	8,3	18,3	-13,2	1,5	91,0	9,3	5,6	9,1
1977	4,7	7,2	1,7	2,1	9,4	34,4	3,7	-40,9	4,8	7,8	4,9
1978	5,6	7,8	6,5	8,1	15,1	6,8	8,1	5,9	7,3	3,7	7,1
1979	7,0	5,1	12,5	6,8	13,3	6,3	11,9	14,0	8,4	9,0	8,4
1980	8,7	5,7	13,6	10,6	12,1	9,5	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	5,0	3,4	-4,6	4,9	3,7	4,4	-2,0	5,2	3,5	5,4	3,6
1984	6,5	4,5	10,1	7,6	15,9	6,3	9,0	12,9	8,0	6,7	7,9
1985	3,9	1,4	4,5	6,8	7,4	5,1	1,2	7,3	5,0	5,6	5,0
1986	3,2	7,6	-10,0	6,2	10,9	7,4	7,8	2,2	4,9	7,5	5,1
1987	3,3	2,9	-8,9	7,2	8,7	4,6	7,5	4,7	4,3	4,5	4,3
1988	3,3	4,4	53,6	8,2	13,5	3,4	5,3	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	9,3	12,8	16,0	8,9	10,9	9,0
1991	9,7	11,7	16,0	12,1	15,0	10,2	16,0	26,2	13,0	10,3	12,8
1992	8,2	11,3	21,9	10,6	15,0	9,8	7,2	26,2	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
1994	4,0	4,7	15,5	4,9	13,1	7,7	6,9	11,2	7,4	*47,3	9,6
1995	3,6	1,3	7,1	7,4	10,0	3,9	14,2	-0,6	4,9	*95,7	11,3
1996	3,0	7,8	11,0	6,9	9,2	-0,3	-2,0	4,7	3,2	3,3	3,2
1.-4. Qu. 97	2,1	1,6	2,2	-3,9	-3,8	2,3	-21,2	-8,3	-1,9	-1,0	-1,3

1970-75	15,6	19,3	38,2	16,1	31,1	23,9	13,6	13,8	19,5	162,0	19,4
1976-80	6,4	6,0	12,3	7,2	13,6	8,8	7,4	18,3	8,2	6,6	8,1
1981-85	5,1	3,8	1,3	5,8	6,1	6,3	-0,7	6,7	4,9	6,9	4,9
1986-90	4,4	4,2	-3,1	5,7	5,7	5,6	6,7	3,6	4,4	6,6	4,5
1991-95	6,1	6,6	6,9	3,5	13,7	7,8	12,0	8,0	7,3	*34,3	9,1

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG, seit 1995 einschließlich Berlin-Ost  
\* ab 1994 auch Zahlungen aus bzw. vom Risikostrukturausgleich, ab 1995 einschließlich RSA der Rentner

**Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten im Beitrittsgebiet  
- Absolute Werte und Veränderungsdaten gegenüber dem Vorjahr -**

- insgesamt in Mio. DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt	sonstige Ausgaben	Ausgaben insgesamt
1991	3.334	1.584	1.187	3.988	1.082	7.970	922	1.866	21.933	1.297	23.230
1992	4.448	2.362	2.704	5.464	1.817	10.312	1.394	3.209	31.710	1.910	33.620
1993	5.175	2.508	1.194	5.669	2.107	11.552	1.872	3.963	34.040	2.379	36.419
1994	5.855	2.676	1.353	6.283	2.452	13.190	2.267	4.696	38.772	3.382	42.154
1995	5.784	2.572	1.215	6.359	2.535	12.928	3.164	3.968	38.525	6.946	45.471
1996	5.666	2.717	1.326	6.669	2.831	13.620	3.253	3.949	40.031	8.260	48.291
1.-4. Qu. 97	5.844	2.698	1.436	6.223	2.622	14.050	2.654	3.640	39.167	7.591	46.758

Veränderungen in v.H.

1992	33,4	49,1	127,7	37,0	67,9	29,4	51,3	72,0	44,6	32,1	44,7
1993	16,4	6,2	-55,8	3,8	16,0	12,0	34,3	23,5	7,4	19,7	8,3
1994	13,1	6,7	13,3	10,8	16,4	14,2	21,1	18,5	13,9	*42,2	15,7
1995	7,7	2,8	-1,6	8,5	10,1	6,2	23,0	3,7	7,5	*116,5	16,4
1996	-2,0	5,7	9,2	4,9	11,7	5,4	2,8	-0,5	3,9	18,9	6,2
1.-4. Qu. 97	3,1	-1,6	9,2	-7,2	-5,6	3,4	-18,6	-7,8	-2,0	-8,1	-1,9

1992-95	15,3	14,5	18,4	13,2	28,4	13,2	36,5	29,5	16,2	*52,5	19,2
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	------

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG, seit 1995 ohne Berlin-Ost  
\* ab 1994 auch Zahlungen aus bzw. vom Risikostrukturausgleich, ab 1995 einschließlich RSA der Rentner

## Übersicht 13

### Anteile ausgewählter Leistungsarten an den Gesamt-Leistungsausgaben der GKV im früheren Bundesgebiet

- in v.H. -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt
1960	20,9	5,2	3,0	12,2	2,4	17,5	30,0	8,9	100,0
1965	21,4	6,4	2,7	13,6	2,5	19,8	24,8	8,9	100,0
1970	22,9	7,2	3,5	17,7	2,8	25,2	10,3	10,4	100,0
1975	19,4	7,1	7,2	15,3	4,4	30,1	8,0	8,5	100,0
1976	18,8	6,8	8,4	15,2	4,8	23,9	7,4	14,8	100,0
1977	18,7	6,9	8,1	14,8	5,0	30,7	7,4	8,3	100,0
1978	18,5	7,0	8,1	14,9	5,4	30,6	7,4	8,2	100,0
1979	18,2	6,7	8,4	14,7	5,6	30,0	7,7	8,6	100,0
1980	17,9	6,4	8,6	14,6	5,7	29,6	7,7	9,5	100,0
1981	17,9	6,4	8,8	14,8	5,7	29,6	7,0	9,8	100,0
1982	18,3	6,6	7,5	14,9	5,4	31,5	6,4	9,5	100,0
1983	18,5	6,5	6,9	15,1	5,5	31,8	6,0	9,6	100,0
1984	18,3	6,3	7,1	15,0	5,9	31,3	6,1	10,1	100,0
1985	18,1	6,1	7,1	15,3	6,0	31,3	5,9	10,3	100,0
1986	17,8	6,3	6,0	15,5	6,3	32,0	6,0	10,0	100,0
1987	17,6	6,2	5,3	15,9	6,6	32,1	6,2	10,1	100,0
1988	16,9	6,0	7,5	16,0	7,0	30,8	6,1	9,7	100,0
1989	18,4	6,2	3,9	16,4	6,4	33,1	6,3	9,2	100,0
1990	18,2	6,1	3,6	16,3	6,3	33,2	6,5	9,8	100,0
1991	17,6	6,0	3,7	16,1	6,4	32,4	6,7	11,0	100,0
1992	17,2	6,1	4,1	16,1	6,5	32,1	6,5	11,4	100,0
1993	18,0	6,3	3,0	13,1	6,6	34,3	6,5	12,3	100,0
1994	17,4	6,1	3,2	12,8	6,9	34,4	6,5	12,7	100,0
1995	17,2	5,9	3,3	13,2	7,5	34,0	8,0	10,9	100,0
1996	17,1	6,2	3,5	13,6	7,9	32,9	7,6	11,1	100,0
1.-4. Qu. 97	17,9	6,4	3,6	13,4	7,7	34,4	6,1	10,4	100,0

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG, seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Anteile ausgewählter Leistungsarten an den Gesamt-Leistungsausgaben der GKV im Beitrittsgebiet

- in v.H. -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt
1991	15,2	7,2	5,4	18,2	4,9	36,3	4,2	8,5	100,0
1992	14,0	7,4	8,5	17,2	5,7	32,5	4,4	10,1	100,0
1993	15,2	7,4	3,5	16,7	6,2	33,9	5,5	11,6	100,0
1994	15,1	6,9	3,5	16,2	6,3	34,0	5,8	12,1	100,0
1995	15,0	6,7	3,2	16,5	6,6	33,6	8,2	10,3	100,0
1996	14,2	6,8	3,3	16,7	7,1	34,0	8,1	9,9	100,0
1.-4. Qu. 97	14,9	6,9	3,7	15,9	6,7	35,9	6,8	9,3	100,0

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG, seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Anteile ausgewählter Leistungsarten an den Gesamt-Leistungsausgaben der GKV im Bundesgebiet

- in v.H. -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt
1991	17,3	6,2	3,9	16,4	6,2	32,9	6,4	10,7	100,0
1992	16,7	6,3	4,8	16,3	6,3	32,2	6,2	11,2	100,0
1993	17,5	6,5	3,1	13,7	6,5	34,2	6,3	12,2	100,0
1994	17,0	6,2	3,2	13,4	6,8	34,3	6,4	12,6	100,0
1995	16,8	6,0	3,2	13,7	7,4	34,0	8,0	10,8	100,0
1996	16,6	6,3	3,5	14,1	7,8	33,1	7,7	10,9	100,0
1.-4. Qu. 97	17,4	6,5	3,6	13,8	7,5	34,6	6,3	10,2	100,0

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG, seit 1995 ohne Berlin-Ost

**Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten im früheren Bundesgebiet  
- Werte je Mitglied einschließlich Rentner und Veränderungen gegenüber Vorjahr -**

- in DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt	sonstige Ausgaben	Ausgaben insgesamt
1960	69	17	10	40	8	58	125	4	331	21	352
1965	111	33	14	70	13	103	162	13	519	30	549
1970	178	56	27	138	22	196	109	52	778	44	822
1975	336	123	125	266	77	524	195	91	1.737	84	1.821
1976	355	128	158	287	91	573	199	103	1.894	88	1.982
1977	369	136	160	291	99	605	206	103	1.969	95	2.064
1978	384	145	167	310	112	636	219	106	2.079	96	2.175
1979	405	150	186	326	125	667	241	123	2.223	104	2.327
1980	433	155	207	355	137	719	265	161	2.432	110	2.542
1981	462	166	227	382	148	765	254	178	2.582	118	2.700
1982	472	170	195	385	141	815	232	177	2.587	127	2.714
1983	496	175	186	404	146	851	228	192	2.678	134	2.812
1984	526	182	204	432	168	900	245	220	2.877	142	3.019
1985	543	184	212	459	180	940	244	240	3.002	149	3.151
1986	557	197	189	484	198	1.002	261	241	3.129	160	3.289
1987	571	201	171	514	214	1.040	279	249	3.239	165	3.404
1988	585	208	261	552	241	1.067	296	251	3.461	171	3.632
1989	608	207	131	543	210	1.096	297	218	3.310	180	3.490
1990	642	215	128	576	222	1.175	326	254	3.538	196	3.734
1991	691	236	145	633	250	1.269	369	325	3.918	211	4.129
1992	737	259	174	690	276	1.375	390	376	4.277	230	4.507
1993	757	264	125	553	276	1.443	384	407	4.209	235	4.444
1994	786	276	143	579	312	1.551	410	455	4.512	346	4.858
1995	807	277	153	619	353	1.600	376	515	4.700	668	5.368
1996	828	297	170	658	384	1.588	367	535	4.827	687	5.514
1.-4. Qu. 97	843	300	170	631	363	1.618	289	490	4.704	679	5.383

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	8,8
1977	3,9	6,3	1,3	1,4	8,8	5,6	3,5	0,0	4,0	8,0	4,1
1978	4,1	6,6	4,4	6,5	13,1	5,1	6,3	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	6,9	8,3	7,0
1980	6,9	3,3	11,3	8,9	9,6	7,8	10,0	30,9	9,4	5,8	9,2
1981	6,7	7,1	9,7	7,6	8,0	6,4	-4,2	10,6	6,2	7,3	6,2
1982	2,2	2,4	-14,1	0,8	-4,8	6,5	-8,7	-0,5	0,2	7,6	0,5
1983	5,1	2,9	-4,6	4,9	3,8	4,4	-1,7	8,3	3,5	5,5	3,6
1984	6,0	4,0	9,7	6,9	15,2	5,8	7,5	14,4	7,4	6,0	7,4
1985	3,2	1,1	3,9	6,3	6,8	4,4	-0,4	9,4	4,3	4,9	4,4
1986	2,6	7,1	-10,8	5,4	10,1	6,6	7,0	0,3	4,2	7,4	4,4
1987	2,5	2,0	-9,5	6,2	7,9	3,8	6,9	3,5	3,5	3,1	3,5
1988	2,5	3,5	52,6	7,4	12,6	2,6	6,1	0,8	6,9	3,6	6,7
1989	3,9	-0,5	-49,8	-1,6	-12,7	2,7	0,3	-13,3	-4,4	5,3	-3,9
1990	5,6	3,9	-2,3	6,1	5,6	7,2	9,7	16,6	6,9	8,9	7,0
1991	7,6	9,8	13,3	9,9	12,7	8,0	13,3	27,8	10,7	7,6	10,6
1992	6,7	9,7	20,0	9,0	10,4	8,4	5,6	15,7	9,2	9,2	9,2
1993	2,8	1,9	-28,4	-19,9	-0,2	5,0	-1,5	8,4	-1,6	2,0	-1,4
1994	3,8	4,6	14,9	4,7	13,1	7,5	6,7	11,7	7,2	*47,3	9,3
1995	3,1	0,8	6,6	6,9	9,4	3,4	13,7	-1,0	4,4	*94,8	10,8
1996	2,6	7,3	11,1	6,4	8,7	-0,7	-2,4	3,9	2,7	2,8	2,7
1.-4. Qu. 97	2,0	1,5	2,1	-4,1	-3,9	2,1	-21,4	-8,4	-2,0	-1,2	-1,5

1970-75	13,5	17,0	35,9	14,0	28,5	21,7	12,3	11,9	17,4	14,2	17,3
1976-80	5,2	4,7	10,9	6,0	12,3	6,5	6,4	12,6	7,0	5,6	6,9
1981-85	4,6	3,5	0,9	5,3	5,8	5,5	-1,5	8,4	4,3	6,3	4,4
1986-90	3,4	3,2	-4,0	4,7	4,7	4,6	6,0	1,6	3,4	5,7	3,5
1991-95	4,7	5,3	5,4	2,1	9,9	6,4	4,4	16,9	5,9	*31,9	7,6

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

\* ab 1994 auch Zahlungen aus bzw. vom Risikostrukturausgleich, ab 1995 einschließlich RSA der Rentner

**Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten im Beitrittsgebiet  
- Werte je Mitglied einschließlich Rentner und Veränderungen gegenüber Vorjahr -**

- in DM -

Jahr	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung incl. Kfo	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhaus- behandlung	Krankengeld	sonstige Leistungen	Leistungs- ausgaben insgesamt	sonstige Ausgaben	Ausgaben insgesamt
1991	288	137	103	345	94	689	108	133	1.897	112	2.009
1992	384	204	233	471	157	890	163	234	2.736	165	2.900
1993	458	222	106	502	186	1.022	228	288	3.012	211	3.222
1994	530	242	122	568	222	1.193	289	341	3.507	306	3.813
1995	566	252	119	623	248	1.266	310	389	3.773	680	4.453
1996	559	268	131	658	279	1.343	321	389	3.948	814	4.762
1.-4. Qu. 97	578	267	142	616	259	1.391	263	361	3.877	751	4.628

Veränderungen in v.H.

1992	33,1	48,8	127,2	36,7	67,6	29,1	51,0	75,9	44,2	47,0	44,4
1993	19,3	8,9	-54,7	6,4	18,9	14,9	39,7	23,2	10,1	27,8	11,1
1994	15,8	9,1	15,4	13,2	19,1	16,7	26,7	18,3	16,4	*45,3	18,3
1995	8,7	3,7	-0,7	9,5	11,1	7,1	24,1	5,1	8,5	*118,6	17,5
1996	-1,4	6,4	9,2	5,6	12,5	6,1	3,5	0,0	4,6	19,7	6,9
1.-4. Qu. 97	3,5	-1,1	9,6	-6,8	-5,2	3,8	-18,3	-7,2	-1,6	-7,7	-1,5

1992-95	18,7	17,7	21,3	16,5	29,4	16,7	31,1	33,2	19,6	*60,3	22,7
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	------

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG; seit 1995 ohne Berlin-Ost

\* ab 1994 auch Zahlungen aus bzw. vom Risikostrukturausgleich, ab 1995 einschließlich RSA der Rentner

## Übersicht 15

**Verhältnis der Ausgaben zwischen dem Beitrittsgebiet  
und dem früheren Bundesgebiet  
je Versicherten**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	p 1.-4. Qu. 1997
Ärztliche Behandlung	49,09	59,33	67,74	75,47	78,87	76,29	76,73
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	68,29	89,73	94,24	98,37	102,19	101,82	101,81
Zahnersatz	83,27	152,54	95,11	95,53	87,24	87,28	94,98
Arzneimittel	64,12	77,87	101,67	109,94	113,15	112,93	112,77
Heil- und Hilfsmittel	42,97	63,29	73,52	77,39	78,99	82,20	81,28
Krankenhausbehandlung	63,86	73,79	79,36	86,11	88,95	95,55	97,80
Krankengeld	35,90	57,23	75,89	86,31	92,50	98,66	103,49
Kuren	12,79	29,83	41,03	62,70	83,19	88,33	85,88
Fahrtkosten	80,32	90,59	103,24	113,44	124,01	129,12	129,64
Verwaltungskosten	64,05	83,45	104,25	105,65	107,41	107,39	103,41
Leistungsausgaben insgesamt	56,94	72,92	80,18	87,02	90,23	92,40	93,80

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45 und Berechnungen BMG; seit 1995 ist Berlin-Ost in den Rechtskreis des "früheren Bundesgebietes" einbezogen.

**Entwicklung der Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV  
- Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr -  
früheres Bundesgebiet**

- Werte in v.H. -

	1970 bis 1975 *	1975 bis 1980 *	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>I.</b>																				
- ärztliche Behandlung	13,5	5,2	7,0	6,3	2,3	5,1	5,9	3,3	2,6	2,6	2,5	4,0	5,6	7,5	6,7	2,7	3,7	3,1	2,5	2,1
- zahnärztliche Behandlung	17,0	4,9	4,0	6,5	2,0	3,5	3,9	0,8	6,9	2,1	3,6	-0,6	4,2	9,5	9,8	1,9	4,4	0,8	7,3	1,6
- Zahnersatz	35,5	10,7	11,8	9,2	-14,1	-4,6	9,5	3,9	-10,6	-9,6	52,4	-49,9	-2,3	13,7	20,2	-28,6	15,2	6,6	10,5	2,2
- Arzneien	14,0	5,9	8,8	7,3	0,7	4,9	7,0	6,2	5,5	6,4	7,4	-1,7	6,0	9,9	9,1	-19,9	4,7	6,9	6,4	-3,9
- Heil- u. Hilfsmittel	28,5	12,2	10,3	6,9	-4,6	3,8	15,2	6,8	10,2	7,9	12,6	-12,7	5,6	12,7	10,4	0,0	13,1	9,4	8,7	-3,8
- Krankenhausbehandlung	21,7	6,5	7,8	6,2	8,0	4,7	6,6	4,9	6,3	3,8	2,6	2,7	7,2	8,0	8,3	5,0	7,5	3,4	-0,7	2,3
- Krankengeld	12,3	6,3	9,8	-4,3	-8,6	-1,8	7,4	0,5	7,0	6,7	4,5	6,1	11,0	14,4	6,4	-1,5	7,3	13,7	-2,4	-21,2
Leistungsausgaben insgesamt	17,4	6,9 (6,6)	9,3 (8,5)	6,2	0,2	3,5	7,4	4,3	4,2	3,5	6,9	-4,4	6,9	10,7	9,2	-1,6	7,2	4,4	2,7	-1,9
- Verwaltungskosten	14,2	5,6	5,8	7,3	7,6	5,5	6,0	4,9	7,4	3,1	3,6	5,3	8,9	7,6	9,2	2,0	5,5	2,0	6,5	-2,0
Ausgaben insgesamt ***	17,3	6,9	9,2	6,2	0,5	3,6	7,4	4,4	4,4	3,5	6,7	-3,9	7,0	10,6	9,2	-1,4	9,3	10,8	2,7	-1,5
<b>II. Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied o. R.; ab 1997 Mitglieder + Rentner</b>	10,9	6,2	5,4	5,0	4,4	3,8	4,6	3,0	3,1	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7
<b>III. Ø Allgemeiner Beitragssatz in v.H.</b>	1970 - 9,20 1975 - 10,43	1975 - 10,43 1980 - 11,38	11,38	11,79	12,00	11,88	11,44	11,80	12,20	12,62	12,90	12,90	12,53	12,20	12,74	13,41	13,23	13,24	13,47	13,50

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45, seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

\* Durchschnittliche jährliche Veränderung

\*\* Werte in Klammern ohne Mutterschaftsurlaub

\*\*\* ab 1994 auch Zahlungen in bzw. vom Risikostrukturausgleich, ab 1995 einschließlich RSA der Rentner

**Entwicklung der Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV  
- Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr -  
Beitrittsgebiet**

- Werte in v.H. -

															1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>I.</b>																				
- ärztliche Behandlung															33,1	19,3	15,7	8,7	-1,4	3,5
- zahnärztliche Behandlung															48,8	8,9	9,1	3,7	6,4	-1,1
- Zahnersatz															127,2	-54,7	15,8	-0,7	9,9	9,6
- Arzneien															36,7	6,4	13,3	9,5	5,6	-6,8
- Heil- u. Hilfsmittel															67,6	18,9	19,2	11,1	12,4	-5,2
- Krankenhausbehandlung															29,1	14,9	16,7	7,1	6,1	3,8
- Krankengeld															51,0	39,7	20,6	24,1	3,5	-18,3
Leistungsausgaben insgesamt															44,2	10,1	16,4	8,5	4,6	-1,6
- Verwaltungskosten															47,0	27,8	7,0	2,8	5,9	-4,9
Ausgaben insgesamt ***															44,4	11,1	18,3	17,5	6,9	-1,5
<b>II. Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied o. R.; ab 1997 Mitglieder + Rentner</b>															29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3
<b>III. Ø Allgemeiner Beitragssatz in v.H.</b>															12,61	12,62	12,95	12,82	13,53	13,89

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45, seit 1995 ohne Berlin-Ost

\*\*\* ab 1994 auch Zahlungen in bzw. vom Risikostrukturausgleich, ab 1995 einschließlich RSA der Rentner

## Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	20.966	21.650	22.653	24.371	26.737	28.935	29.888	31.072	32.688	33.668	34.334
<b>Veränderung in v.H.</b>	3,3	3,3	4,6	7,6	9,7	8,2	3,3	4,0	3,6	3,0	2,1
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	571	585	608	642	691	737	757	786	807	828	843
<b>Veränderung in v.H.</b>	2,6	2,5	4,0	5,6	7,5	6,7	2,7	3,7	3,1	2,5	2,0
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Behandlung

Beitrittsgebiet					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					3.334	4.448	5.175	5.855	5.784	5.666	5.844
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	33,4	16,4	13,2	7,7	-2,0	3,1
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					287	373	446	521	566	599	578
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	33,1	19,3	15,7	8,7	-1,4	3,5
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>					.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für zahnärztliche Behandlung

(ohne Zahnersatz)

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	7.370	7.692	7.693	8.172	9.131	10.160	10.410	10.897	11.216	12.095	12.220
<b>Veränderung in v.H.</b>	2,9	4,4	0,0	6,2	11,7	11,3	2,5	4,7	1,3	7,4	1,6
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	201	208	207	215	236	259	264	276	277	297	300
<b>Veränderung in v.H.</b>	2,1	3,6	-0,6	4,2	9,5	9,8	1,9	4,4	0,8	7,3	1,5
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für zahnärztliche Behandlung

(ohne Zahnersatz)

Beitragsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	1.584	2.362	2.508	2.676	2.572	2.717	2.698
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	49,1	6,2	6,7	2,8	5,7	-1,6
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	137	204	222	242	252	268	267
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	48,8	8,9	9,1	3,7	6,4	-1,3
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Zahnersatz

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	6.283	9.651	4.861	4.840	5.613	6.841	4.913	5.674	6.204	6.886	6.934
<b>Veränderung in v.H.</b>	-8,9	53,6	-49,6	-0,5	16,0	21,9	-28,2	15,5	7,1	11,0	2,2
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	171	261	131	128	145	174	125	143	153	169	170
<b>Veränderung in v.H.</b>	-9,6	52,4	-49,9	-2,3	13,7	20,2	-28,6	15,2	6,6	10,5	2,1
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Zahnersatz

Beitrittsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	1.187	2.704	1.194	1.353	1.215	1.326	1.436
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	127,7	-55,8	13,3	-1,6	9,2	9,2
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	103	233	106	122	119	131	142
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	127,2	-54,7	15,8	-0,7	9,9	9,6
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für kieferorthopädische Behandlung

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	1.412	1.430	1.284	1.290	1.330	1.530	1.481	1.525	1.584	1.669	1.727
<b>Veränderung in v.H.</b>	8,0	1,2	-10,2	0,4	3,1	15,1	-3,2	2,9	2,1	5,4	2,6
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	39	39	35	34	34	39	38	39	39	41	42
<b>Veränderung in v.H.</b>	7,2	0,5	-10,7	-1,4	1,0	13,5	-3,7	2,7	1,7	4,8	2,4
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für kieferorthopädische Behandlung

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					143	234	257	331	293	331	353
<b>Veränderung in v.H.</b>						63,9	9,6	28,6	-3,8	13,1	4,0
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					12	20	23	30	29	33	35
<b>Veränderung in v.H.</b>						63,5	12,4	31,5	-3,0	13,9	4,4
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	18.889	20.435	20.217	21.841	24.486	27.084	21.813	22.889	25.046	26.771	25.731
<b>Veränderung in v.H.</b>	7,2	8,2	-1,1	8,0	12,1	10,6	-19,5	4,9	7,4	6,9	-3,9
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	514	552	543	576	633	690	553	579	619	658	631
<b>Veränderung in v.H.</b>	6,2	7,4	-1,7	6,0	9,9	9,1	-19,9	4,7	6,9	6,4	-4,1
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					3.988	5.464	5.669	6.283	6.359	6.669	6.223
<b>Veränderung in v.H.</b>						37,0	3,8	10,8	8,5	4,9	-7,2
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					345	471	502	568	623	658	616
<b>Veränderung in v.H.</b>						36,7	6,4	13,3	9,5	5,6	-6,8
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Hilfs- und Hilfsmittel

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	7.996	9.079	8.026	8.654	9.965	11.196	11.318	12.831	14.300	15.612	14.779
<b>Veränderung in v.H.</b>	8,8	13,5	-11,6	7,8	15,2	12,4	1,1	13,4	10,0	9,2	-3,8
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	218	245	216	228	257	285	287	324	353	384	363
<b>Veränderung in v.H.</b>	8,0	12,7	-12,2	5,8	12,9	10,8	0,5	13,1	9,4	8,7	-3,9
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Hilfs- und Hilfsmittel

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					1.088	1.836	2.127	2.479	2.535	2.831	2.622
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	68,8	15,9	126,6	10,1	11,7	-5,6
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					94	158	188	244	248	279	259
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	68,4	18,8	19,2	11,1	12,5	-5,2
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>					.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für orthopädische Heil- und Hilfsmittel

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	1.352	1.497	1.463	1.591	1.824	2.056	2.132	2.428	2.740	3.050	2.936
<b>Veränderung in v.H.</b>	6,7	10,7	-2,2	8,7	14,7	12,7	3,7	13,9	11,3	11,3	-2,0
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	37	40	39	42	47	52	54	61	68	75	72
<b>Veränderung in v.H.</b>	6,0	9,9	-2,8	6,7	12,4	11,2	3,1	13,6	10,8	10,8	-2,2
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für orthopädische Heil- und Hilfsmittel

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					377	562	602	683	674	679	648
<b>Veränderung in v.H.</b>						49,1	7,1	13,5	4,0	0,7	-3,4
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					33	49	53	62	66	67	64
<b>Veränderung in v.H.</b>						48,8	9,9	16,0	5,0	1,4	-3,0
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Sehhilfen

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	1.770	2.202	1.180	1.237	1.304	1.338	1.326	1.413	1.513	1.656	1.203
<b>Veränderung in v.H.</b>	9,6	24,4	-46,4	4,8	5,4	2,6	-0,8	6,5	4,7	9,5	-25,9
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	48	60	32	33	34	34	34	36	37	41	30
<b>Veränderung in v.H.</b>	8,8	23,4	-46,7	2,9	3,3	1,1	-1,4	6,2	4,2	9,0	-26,0
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Sehhilfen

<i>Beitragsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					207	335	369	395	360	405	252
<b>Veränderung in v.H.</b>						61,7	10,2	7,1	-0,9	12,5	-36,2
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					18	29	33	36	35	40	25
<b>Veränderung in v.H.</b>						61,3	13,0	9,4	0,0	13,3	-35,9
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Hörhilfen

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	429	592	451	291	353	403	437	490	533	566	589
<b>Veränderung in v.H.</b>	8,5	38,3	-23,9	-35,4	21,1	14,2	8,6	12,0	7,2	6,2	6,7
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	12	16	12	8	9	10	11	12	13	14	14
<b>Veränderung in v.H.</b>	7,7	37,2	-24,4	-36,6	18,8	12,5	8,0	11,7	6,7	5,7	6,5
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Hörhilfen

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					58	116	126	120	112	119	115
<b>Veränderung in v.H.</b>						101,7	8,8	-4,8	0,0	5,9	-0,6
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					5	10	11	11	11	12	11
<b>Veränderung in v.H.</b>						101,2	11,6	-2,7	1,0	6,6	-0,2
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für medizinische Badebetriebe

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	651	659	565	622	677	692	540	567	567	533	385
<b>Veränderung in v.H.</b>	3,7	1,2	-14,3	10,2	8,7	2,3	-21,9	5,0	-0,7	-6,0	-28,4
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	18	18	15	16	18	18	14	14	14	13	9
<b>Veränderung in v.H.</b>	2,9	0,5	-14,8	8,1	6,6	0,9	-22,4	4,8	-1,2	-6,4	-28,5
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für medizinische Badebetriebe

Beitrittsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	40	65	82	105	120	137	43
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	64,4	25,3	29,1	18,8	14,1	-21,8
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	3	6	7	10	12	13	4
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	64,0	28,5	32,0	19,8	14,9	-21,4
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Masseure

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	981	1.046	937	1.106	1.283	1.404	1.129	1.281	1.364	1.330	1.045
<b>Veränderung in v.H.</b>	6,1	6,7	-10,4	18,0	16,0	9,4	-19,6	13,5	6,3	-2,5	-20,6
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	27	28	25	29	33	36	29	32	34	33	26
<b>Veränderung in v.H.</b>	5,4	5,8	-11,0	15,8	13,7	7,9	-20,0	13,2	5,8	-2,9	-20,7
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Masseure

Beitriffsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	92	155	181	228	197	198	169
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	68,9	16,5	26,2	-13,0	0,4	-10,1
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	8	13	16	21	19	20	17
<b>Veränderung in v.H.</b>	.	68,4	19,6	29,0	-12,3	1,1	-9,7
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Krankengymnasten

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	679	797	836	1.002	1.231	1.493	1.617	1.908	2.205	2.485	2.474
<b>Veränderung in v.H.</b>	16,5	17,5	4,9	19,8	22,8	21,3	8,4	18,0	13,6	12,7	2,0
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	19	22	23	26	32	38	41	48	54	61	61
<b>Veränderung in v.H.</b>	15,7	16,6	4,2	17,5	20,4	19,6	7,8	17,7	13,1	12,2	1,8
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Krankengymnasten

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					64	121	190	248	314	401	436
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	88,8	57,0	30,7	45,8	27,8	-9,0
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					6	10	17	23	31	40	43
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	88,3	61,1	33,6	47,2	28,6	-8,6
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>					.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für sonstige Heilpersonen\*

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	147	174	200	229	280	352	413	498	601	757	692
<b>Veränderung in v.H.</b>	15,3	17,7	15,4	14,6	21,9	26,0	17,3	20,5	20,1	26,1	-4,2
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	4	5	5	6	7	9	11	13	15	19	17
<b>Veränderung in v.H.</b>	14,3	17,0	14,7	12,5	19,5	24,2	16,6	20,3	19,5	25,5	-4,3
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

\* insbesondere Logopäden, Ergotherapeuten

## Ausgabenentwicklung für sonstige Heilpersonen\*

Beitragsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	6	19	20	27	30	42	44
<b>Veränderung in v.H.</b>		197,7	8,4	35,1	21,3	37,6	8,5
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	1	2	2	3	3	4	4
<b>Veränderung in v.H.</b>		198,2	11,2	38,0	22,1	38,6	9,1
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>		29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

\* insbesondere Logopäden, Ergotherapeuten

## Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	38.190	39.489	40.815	44.595	49.124	53.944	56.951	61.355	64.780	64.617	65.921
<b>Veränderung in v.H.</b>	4,6	3,4	3,4	9,3	10,2	9,8	5,6	7,7	3,9	-0,3	2,3
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	1.040	1.067	1.096	1.175	1.269	1.375	1.443	1.551	1.560	1.588	1.618
<b>Veränderung in v.H.</b>	3,8	2,6	2,7	7,2	8,0	8,3	5,0	7,5	3,4	-0,7	2,1
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					7.970	10.312	11.552	13.190	12.928	13.620	14.050
<b>Veränderung in v.H.</b>						29,4	12,0	14,2	6,2	5,4	3,4
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					689	890	1.022	1.193	1.266	1.343	1.391
<b>Veränderung in v.H.</b>						29,1	14,9	16,7	7,1	6,1	3,8
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Fahrkosten insgesamt

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
Ausgaben in Mio. DM	1.680	1.729	1.375	1.530	1.756	2.060	2.357	2.711	2.993	3.128	3.137
Veränderung in v.H.	7,4	2,9	-20,5	11,3	14,8	17,3	14,5	15,0	10,4	4,5	1,6
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	46	47	37	40	45	52	60	69	74	77	77
Veränderung in v.H.	6,6	2,1	-21,0	9,2	12,5	15,7	13,8	14,7	8,3	4,1	1,5
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	0,7

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Fahrkosten insgesamt

Beitrittsgebiet					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
Ausgaben in Mio. DM					358	484	622	768	833	891	887
Veränderung in v.H.						35,0	28,7	23,4	14,5	7,0	1,3
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					31	42	55	69	82	88	88
Veränderung in v.H.						34,6	32,0	26,1	15,5	7,8	1,7
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	0,3

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1 und KV 45; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Krankentransport und Rettungswesen insgesamt

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	854	894	910	1.032	1.199	1.439	1.662	1.893	2.044	2.096	---
<b>Veränderung in v.H.</b>	4,9	4,7	1,8	13,4	16,1	20,1	15,5	13,9	6,1	2,6	---
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	23	24	25	27	31	37	42	48	50	52	---
<b>Veränderung in v.H.</b>	4,1	3,9	1,2	11,3	13,8	18,4	14,9	13,6	5,6	2,1	---
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	---

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

## Ausgabenentwicklung für Krankentransport und Rettungswesen insgesamt

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					286	392	482	569	587	623	---
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	37,2	23,0	18,0	9,9	6,1	---
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					25	34	43	51	58	62	---
<b>Veränderung in v.H.</b>					.	36,9	26,1	20,6	10,9	6,9	---
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>					.	29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	---

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Taxen und Mietwagen

früheres Bundesgebiet	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
Ausgaben in Mio. DM	578	570	335	356	398	441	483	564	657	720	---
Veränderung in v.H.	10,9	-1,3	-41,2	6,1	11,7	11,0	9,4	16,9	15,7	9,6	---
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM	16	15	9	9	10	11	12	14	16	18	---
Veränderung in v.H.	10,2	-2,0	-47,6	4,1	9,5	9,4	8,8	16,7	15,1	9,1	---
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	---

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Taxen und Mietwagen

Beitrittsgebiet					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
Ausgaben in Mio. DM					36	59	87	125	167	183	---
Veränderung in v.H.						61,7	49,0	43,0	37,8	9,4	---
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM					3	5	8	11	16	18	---
Veränderung in v.H.						61,3	52,9	46,2	39,1	10,1	---
Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	---

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Flugrettung

<i>früheres Bundesgebiet</i>	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>	32	37	42	50	60	70	76	83	98	104	---
<b>Veränderung in v.H.</b>	6,4	15,2	12,2	20,1	20,2	16,6	8,0	9,9	14,9	6,5	---
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	---
<b>Veränderung in v.H.</b>	6,0	14,8	10,9	17,9	18,2	14,7	7,3	9,9	14,2	5,8	---
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>	2,2	3,4	3,5	5,1	5,0	5,1	4,0	2,4	0,7	1,1	---

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 einschließlich Berlin-Ost

### Ausgabenentwicklung für Flugrettung

<i>Beitrittsgebiet</i>					1991	1992	1993	1994	1995	1996	1.-4. Qu. 97
<b>Ausgaben in Mio. DM</b>					5	15	24	33	36	36	---
<b>Veränderung in v.H.</b>						205,5	61,1	39,9	12,3	0,2	---
<b>Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM</b>					0	1	2	3	4	4	---
<b>Veränderung in v.H.</b>						204,8	64,8	42,7	13,3	0,9	---
<b>Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ohne Rentner (seit 1997 einschließlich Rentner)</b>						29,3	16,5	8,9	0,4	2,0	---

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KJ 1; seit 1995 ohne Berlin-Ost

## Übersicht 35

## Ausgabenentwicklung für Kuren

in Mio. DM (1)							
früheres Bundesgebiet	1991	1992	1993	1994	1995 (2)	1996	1.-4. Qu. 97
ambulante Kuren	520,6	471,1	442,3	460,9	484,6	468,3	215,1
station. Kuren ohne AHB	1.578,1	1.712,3	1.615,1	1.777,3	2.031,3	1.840,9	1.110,3
Anschlußrehabilitation	658,4	808,6	911,1	1.121,4	1.315,4	1.530,2	1.719,2
Stat.Kuren ohne Mütterk.	2.236,5	2.521,0	2.526,3	2.898,8	3.346,8	3.371,1	2.829,4
Mütterkuren	153,3	193,5	266,2	357,8	457,1	572,4	559,2
insgesamt	2.910,4	3.185,5	3.234,7	3.717,4	4.288,5	4.411,9	3.603,7
Kuren ohne ambul. Kuren	2.389,9	2.714,4	2.792,4	3.256,6	3.803,9	3.943,5	3.388,6
Veränderung in v.H. (3)							
ambulante Kuren		-9,5	-6,1	4,2	4,3	-3,4	-53,9
station. Kuren ohne AHB		8,5	-5,7	10,0	13,5	-9,4	-39,4
Anschlußrehabilitation		22,8	12,7	23,1	16,3	16,3	16,0
Stat.Kuren ohne Mütterk.		12,7	0,2	14,7	14,6	0,7	-14,6
Mütterkuren		26,2	37,6	34,4	26,8	25,2	-1,5
insgesamt		9,5	1,5	14,9	14,5	2,9	-17,1
Kuren ohne ambul. Kuren		13,6	2,9	16,6	15,9	3,7	-12,7

Beitrittsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995 (2)	1996	1.-4. Qu. 97
ambulante Kuren	8,4	17,7	18,3	20,8	21,3	23,7	13,8
station. Kuren ohne AHB	78,0	194,2	226,3	343,6	459,1	435,0	203,8
Anschlußrehabilitation	6,2	26,6	73,1	165,3	242,2	306,7	352,5
Stat.Kuren ohne Mütterk.	84,2	220,9	299,4	508,8	701,4	741,7	556,3
Mütterkuren	2,0	7,6	21,5	52,3	77,7	94,1	101,1
insgesamt	94,7	246,1	339,2	581,9	800,4	859,6	671,3
Kuren ohne ambul. Kuren	86,2	228,4	320,9	561,1	779,1	835,9	657,5
Veränderung in v.H. (3)							
ambulante Kuren		110,1	3,7	13,5	26,0	11,4	-41,7
station. Kuren ohne AHB		149,0	16,5	51,8	38,4	-5,3	-53,0
Anschlußrehabilitation		327,0	174,5	126,1	55,8	26,6	15,0
Stat.Kuren ohne Mütterk.		162,2	35,5	70,0	44,0	5,8	-24,8
Mütterkuren		278,1	184,2	142,9	56,9	21,1	8,5
insgesamt		160,0	37,8	71,5	44,6	7,4	-21,7
Kuren ohne ambul. Kuren		164,9	40,5	74,9	45,2	7,3	-21,1

Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM							
früheres Bundesgebiet	1991	1992	1993	1994	1995 (2)	1996	1.-4. Qu. 97
ambulante Kuren	13	12	11	12	12	12	5
station. Kuren ohne AHB	41	44	41	45	50	45	27
Anschlußrehabilitation	17	21	23	28	32	38	42
Stat.Kuren ohne Mütterk.	58	64	64	73	83	83	69
Mütterkuren	4	5	7	9	11	14	14
insgesamt	75	81	82	94	106	108	88
Kuren ohne ambul. Kuren	62	69	71	82	94	97	83
Veränderung in v.H. (3)							
ambulante Kuren		-10,7	-6,6	4,0	3,8	-3,8	-54,0
station. Kuren ohne AHB		7,0	-6,2	9,8	13,0	-9,8	-39,5
Anschlußrehabilitation		21,1	12,1	22,8	15,7	15,8	15,8
Stat.Kuren ohne Mütterk.		11,2	-0,3	14,5	14,1	0,2	-14,8
Mütterkuren		24,4	36,8	34,1	26,2	24,6	-1,7
insgesamt		8,0	1,0	14,6	14,0	2,4	-17,3
Kuren ohne ambul. Kuren		12,0	2,3	16,3	15,4	3,2	-12,8

Beitrittsgebiet	1991	1992	1993	1994	1995 (2)	1996	1.-4. Qu. 97
ambulante Kuren	1	2	2	2	2	2	1
station. Kuren ohne AHB	7	17	20	31	45	43	20
Anschlußrehabilitation	1	2	6	15	24	30	35
Stat.Kuren ohne Mütterk.	7	19	26	46	69	73	55
Mütterkuren	0	1	2	5	8	9	10
insgesamt	8	21	30	53	78	85	66
Kuren ohne ambul. Kuren	7	20	28	51	76	82	65
Veränderung in v.H. (3)							
ambulante Kuren		109,6	6,3	16,0	27,1	12,1	-41,5
station. Kuren ohne AHB		148,4	19,5	55,2	39,6	-4,6	-52,8
Anschlußrehabilitation		326,0	181,5	131,1	57,3	27,5	15,5
Stat.Kuren ohne Mütterk.		161,6	39,0	73,8	45,3	6,5	-24,5
Mütterkuren		277,2	191,5	148,3	58,4	21,9	9,0
insgesamt		159,4	41,4	75,4	45,9	8,1	-21,4
Kuren ohne ambul. Kuren		164,3	44,1	78,8	46,5	8,0	-20,8

(1) 1991 - 1996 (endgültige) Daten nach Statistik KJ 1, Daten für 1997 (vorläufige) Daten nach Statistik KV 45.

(2) Für die Berechnung der Veränderungsdaten 1994/95 wurden die Basiswerte 1994/West rechnerisch um "Berlin-Ost-Werte" ergänzt, die Basiswerte 1994/Ost rechnerisch um die "Berlin-Ost-Werte" gemindert, soweit für 1994 keine gesonderte statistische Erfassung der "Berlin-Werte" erfolgte.

Aufgeführte Absolutwerte bis 1994 neue Länder einschließlich Ost-Berlin, ab 1995 alte Länder einschließlich Ost - Berlin (gem. gesetzlicher Vorgabe).

(3) Für die Berechnung der Veränderungsdaten 1996/1997 sind als Basiswerte auch für 1996 die Ausgaben nach Statistik KV 45 berücksichtigt worden.

Stand: 02.06.1998

## II. Wortlaut von Empfehlungen und Vorschlägen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 14. September 1995

### **Bundesempfehlung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung ab dem 1. Januar 1996 auf der Grundlage von § 141 Abs. 2 SGB V (oder § 86 Abs. 1 SGB V)**

#### **Präambel**

In der Erwartung, daß durch die EBM-Reform und die nachstehenden Empfehlungen die Strukturen der ambulanten Versorgung verbessert und damit die Voraussetzungen für Einsparungen in anderen Leistungsbereichen geschaffen werden, geben die Vertragspartner auf Bundesebene für den Zeitraum ab 1. Januar 1996 bis 30. Juni 1997 die folgende Empfehlung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütung ab.

Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wird für den Zeitraum ab 1. Januar 1996 bis 30. Juni 1997 folgende von den Vertragspartner auf Bundesebene getragene Empfehlung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütung abgegeben:

1. Unbeschadet der nachfolgenden Einzelempfehlungen sollen sich die Gesamtvergütung um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen erhöhen. Ausgangsbasis ist die Gesamtvergütung 1995 unter Einbeziehung der Änderungen, die sich durch das 3. und ggf. das 4. SGB V-Änderungsgesetz in 1995 ergeben.
2. Zur Finanzierung eines zusätzlichen Leistungsbedarfs für die ab 1. Januar 1995 neu in den EBM aufgenommenen Leistungen (siehe Anlage) sollen sich die Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung dadurch erhöhter Praxiskosten und eines erhöhten Arbeitszeitaufwandes (§ 85 Abs. 3 SGB V) um zusätzlich 0,55 v. H. erhöhen.
3. Zur Vermeidung von Verwerfungen zwischen der ambulanten und stationären Durchführung der im Katalog ambulant durchführbarer Operationen gemäß § 115b Abs. 1 SGB V aufgeführten operativen Leistungen und zur Ermöglichung einer angemessenen Vergütung dieser durch zugelassene Krankenhäuser und Vertragsärzte erbringbaren Leistungen einschließlich der Dokumentationskosten des vereinbarten Verfahrens zur Qualitätssicherung sollen sich die Gesamtvergütungen zusätzlich um 0,45 v. H. erhöhen.
4. Die Partner dieser Empfehlung gehen davon aus, daß mit Auslaufen der gesetzlichen Regelungen zur Bildung von Teilbudgets für ambulantes Operieren und präventive vertragsärztliche Leistungen und der Neubewertung dieser Leistungen im EBM bestehende Honorarverteilungsregelungen mit entsprechender Teilbudgetbildung auslaufen. Auf der Grundlage von § 141 Abs. 2 Satz 4 SGB V sollen für die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (Abschn. B IX EBM) in den Gesamtverträgen ab 1. Januar 1997 Punktwerte vereinbart werden. Zu diesem Zeitpunkt soll geprüft werden, ob auch für die Leistungen des ambulanten Operierens Punktwerte vereinbart werden können, um zu festen regional einheitlichen Vergütungssätzen für die Leistungserbringung durch zugelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser zu gelangen.
5. Sollte durch ein 4. SGB V-Änderungsgesetz in 1995 die hausärztliche Grundvergütung nicht entsprechend angehoben werden, sollen sich die Gesamtvergütungen in 1996 um zusätzlich 2 v. H. erhöhen, wobei durch den EBM und begleitende vertragliche/honorarverteilungsrechtliche Regelungen sichergestellt werden muß, daß ein Betrag von 600 Mio. DM, erhöht um die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in 1996, insgesamt zur Verbesserung der hausärztlichen Grundvergütung bereitgestellt wird.
6. Die Partner dieser Empfehlung werden den Vertrag über die hausärztliche Versorgung mit Wirkung zum 1. April 1996 ergänzen durch Regelungen zum Informationsaustausch zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, zur Durchführung der Dokumentation beim Hausarzt und zur Qualitätssicherung der hausärztlichen Versorgung, die mit der hausärztlichen Grundvergütung abgegolten sind.
7. Grundlage der vorstehenden Empfehlungen ist das Inkrafttreten eines gemäß § 87 Abs. 2a und 2b SGB V neugefaßten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 1. Januar 1996. Dabei soll die damit eingeleitete Bildung von Leistungskomplexen möglichst noch im Jahr 1996 fortgesetzt werden. Unberührt von dieser Empfehlung bleiben gesamtvertragliche Regelungen, die unter dem Gesichtspunkt einer „sektorübergreifenden“ Verantwortung des Vertragsarztes Einsparungen in anderen Leistungsbereichen bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung berücksichtigen, soweit dadurch insgesamt der Grundsatz der Beitragsstabilität gewahrt wird.
8. Diese Bundesempfehlung hat eine Laufzeit von 18 Monaten, wobei ab 1. Januar 1997 die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahre 1997 zu berücksichtigen ist. Bei einer gesetzlichen Strukturveränderung oder einer gesetzmäßigen, satzungsgemäßen, von der Rechtsprechung ausgelösten oder vertraglichen Leistungsausweitung ist über eine entsprechende Weiterentwicklung der Gesamtvergütung bereits zum 1. Januar 1997 zu verhandeln.

**Anlage zur Bundesempfehlung zur angemessenen  
Veränderung der Gesamtvergütung für die vertrags-  
ärztliche Versorgung für das Jahr 1996****Neue Leistungen zur Aufnahme in den EBM ab 1. Ja-  
nuar 1996**

1. Leistungen des Kap. Phoniatrie und Pädaudiologie
2. Otoakustische Emissionen
3. Streß-Echokardiographie
4. Lithotripsie von Harnsteinen
5. Ultraschalluntersuchung der Haut
6. Magnetisch evozierte Potentiale

7. PCR bei ausgewählten Indikationen

8. CW-Doppler des feto-maternalen Gefäßsystems

**Protokollnotiz zu Nummer 5 der Bundesempfehlung**

Aus den Vergütungsregelungen nach den Nrn. 2, 3 und 5 ist nach Maßgabe einer zwischen den Partnern der Bundesempfehlung zu treffenden Absprache ein Betrag bis zu 240 Mio. DM zur gezielten Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in denjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer zu verwenden, in denen im 2. Halbjahr 1995 der Anstieg der Arzneimittelausgaben gegenüber dem 1. Halbjahr 1995 deutlich gesenkt wird.

**Empfehlung der Konzierten Aktion  
im Gesundheitswesen für den Bereich  
der vertragszahnärztlichen Versorgung**

1. Die Konzierte Aktion geht davon aus, daß sich die Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung im Jahre 1996 auf der Grundlage des z. Zt. gültigen Leistungskatalogs im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen verändern.
2. Die Konzierte Aktion erwartet, daß die durch Richtlinienänderung in das Sachleistungssystem

einbezogenen Kunststoff-Füllungen durch Neubewertung im Bewertungsmaßstab in einer vertretbaren Größenordnung vereinbart werden.

3. Die Konzierte Aktion empfiehlt, daß wegen der weitgehenden Vermeidbarkeit von Karies und Parodontose präventive Maßnahmen sowohl in der Gruppenprophylaxe als auch in der Individualprophylaxe ausgebaut werden sollen. Vornehmlich präventive Strategien können dazu führen, daß mittel- und langfristig Spätversorgungen reduziert werden und einer Kostenexpansion nachhaltig entgegengewirkt wird.

**Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Heil- und Hilfsmittelbereich****I.**

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht erheblichen Handlungsbedarf aufgrund der Ausgabensteigerungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel. Die Veränderungsrate je Mitglied betrug 1994 im Vergleich zum Jahr 1993 in den alten Bundesländern 13,1 v.H. und in den neuen Bundesländern 19,2 v.H. Diese Entwicklung hat sich im 1. Halbjahr 1995 im Vergleich zum 1. Halbjahr 1994 mit Steigerungsraten von 12,2 v.H. in den alten Bundesländern und 17,4 v.H. in den neuen Bundesländern fortgesetzt. Verantwortlich hierfür ist im wesentlichen eine Steigerung der Mengenkompente, da die Steigerung der Preiskompente nach § 125/§ 127 SGB V an die Grundlohnentwicklung gebunden war.

**II.**

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist darauf hin, daß die Krankenkassen und die Leistungserbringer in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragsstabilität zu beachten haben (§ 71 Abs. 1 SGB V). Den Vertragspartnern auf Landesebene wird – zumal aufgrund der fortbestehenden Budgetierung bei Hilfsmitteln nach § 87 Abs. 1 SGB V – empfohlen, bei Vertragsverhandlungen für das Jahr 1996 keine jahresdurchschnittlichen Preisveränderungen vorzusehen, die die zu erwartende und durch das Bundesgesundheitsministerium nach § 270a SGB V geschätzte durchschnittliche Veränderungsrate der nach § 270 SGB V zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Jahre 1996 übersteigen.

**III.**

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, die Möglichkeit einer Anpassung der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dahingehend zu prüfen, ob mittels einer weitergehenden Konkretisierung der Verordnungsfähigkeit von Heil- und Hilfsmitteln

(z. B. Indikationskataloge, Wieder- und Folgeverordnungen) und einer Verankerung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung die wirtschaftliche Verordnung und Erbringung von Heil- und Hilfsmitteln gefördert werden kann. Außerdem sollten Indikationen festgelegt werden, bei denen aufgrund der Unveränderbarkeit des Krankheitsbildes eine kontinuierliche Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln ohne eine jeweilige Wiederverordnung erfolgen kann.

**IV.**

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, daß insbesondere wegen der unterschiedlichen Ausgabenentwicklung bei den Arznei- und Hilfsmitteln die Budgets nach § 84 Abs. 1 SGB V getrennt für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie Hilfsmittel andererseits gebildet werden, wobei sich Konsequenzen aus Überschreitungen der Obergrenze nur im Falle des Überschreitens der saldierten Ausgabenbegrenzungen für beide Bereiche ergeben.

Für diesen Fall soll bei der Weiterentwicklung der Budgets für Hilfsmittel der durch den Ausbau des ambulanten Operierens sowie durch einen bedarfsgerechten Ausbau der Behandlungskapazitäten für Ergotherapie und Logopädie notwendige Behandlungsbedarf besonders berücksichtigt werden.

**V.**

Bei der Umsetzung der vorstehenden Ziffern ist ein überproportionales Mengenwachstum im Jahr 1995 zu berücksichtigen.

**VI.**

Die Konzertierte Aktion fordert die beteiligten Vertragspartner ausdrücklich auf, die Datentransparenz im Heilmittel- und Hilfsmittelbereich zu verbessern und stärker zu differenzieren. Die Krankenkassen sollen im Jahre 1996 sicherstellen, daß die Abrechnungen der Heilmittel- und Hilfsmittelerbringer entsprechend der Vorgaben nach § 302 SGB V erfolgen. Nach § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB V sollen die weiterzuleitenden Angaben den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden.

**Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport)**

Die Konzertierte Aktion stellt mit Besorgnis fest, daß die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zum Bereich Rettungsdienst vom 14. Dezember 1993, die auf die Stabilisierung der Ausgabenseite und die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven gerichtet waren, in keiner Hinsicht eingehalten wurden. Trotz der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz intendierten Ausgabenstabilisierung überstiegen in den Jahren 1993, 1994 und im ersten Halbjahr 1995 in fast allen Ländern und Kommunen die Preise die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen um ein Vielfaches. Dies schlägt sich in den Wachstumsraten je Mitglied für Rettungsdienste nieder, die mit 14,8 % in 1993 und 13,6 % in 1994 sowohl in den alten Bundesländern als auch mit 26,1 % in 1993 und 20,6 % in 1994 in den neuen Bundesländern die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung weit überschritten haben. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Ausgaben in den neuen Ländern 1994 je Mitglied bereits 108 % und je Versicherten sogar 121 % der Werte in den alten Ländern erreicht hatten. Auch im ersten Halbjahr 1995 zeichnet sich erneut ein zweistelliges Ausgabenwachstum ab.

Vor diesem Hintergrund sieht die Konzertierte Aktion dringenden Handlungsbedarf, um den überproportionalen Ausgabensteigerungen im Rettungsdienst endlich wirksam zu begegnen.

1. Die Konzertierte Aktion fordert in Anknüpfung an ihre Empfehlung vom 14. Dezember 1993 Bund und Länder auf, im Zusammenwirken mit den Kommunen aus der anhaltend hohen Entwicklung der Ausgaben für Notfallrettung und Krankentransporte in den Jahren 1993, 1994 und 1995 Konsequenzen zu ziehen. Insbesondere geht es dabei um eine Optimierung der Infrastruktur des Rettungsdienstes und um den Abbau von Überkapazitäten. Kommen die Beteiligten hierbei zu keinen Ergebnissen, muß gewährleistet werden, daß die gesetzliche Krankenversicherung von den durch festgestellten Überkapazitäten verursachten Kosten entlastet wird.
2. Die Konzertierte Aktion erwartet vor dem Hintergrund des hohen Ausgabenniveaus und aufgrund ermittelter Einsparpotentiale, daß 1996 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Rettungsdienste und Fahrkosten maximal bis zur Grundlohnentwicklung steigen.

### Empfehlung zur Entwicklung der GKV-Ausgaben im Pflegesatzzeitraum 1996 für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

1. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß die prozentualen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich in den Jahren 1993 bis 1995 weit über der Entwicklung der Einnahmen der GKV lagen. So sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung in den Jahren 1993 und 1994 in den alten Bundesländern um 12,5 % und in den neuen Bundesländern um 29,5 % gestiegen, während die beitragspflichtigen Einnahmen im gleichen Zeitraum nur um 6,4 % (alte Bundesländer) bzw. 25,4 % (neue Bundesländer) anwuchsen. Zugleich sind in der Deckelungszeit die Bettenkapazitäten – wie in den Jahren zuvor – weiter abgebaut worden und der Anstieg der Patientenzahlen (Fallzahlen) hat sich kontinuierlich bei gleichzeitiger Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer und der Pfl egetage fortgesetzt. Die feste Krankenhausbudgetierung hat in der Zeit von 1993 bis 1995 zur Aktivierung von Wirtschaftlichkeitsreserven in den Krankenhäusern geführt.

Nach den vorliegenden Ergebnissen der GKV-Ausgaben im 1. Halbjahr 1995 zeichnet sich ab, daß die GKV für 1995 ein Defizit ausweisen wird. Der Ausgabenanstieg betrug 6,4 % (West) und 12,48 % (Ost) bei einem Grundlohnsummenanstieg von 0,7 % bzw. 1,83 %. Die entsprechenden Daten für den Krankenhaussektor sind 6,15 % (West) und 11,3 % (Ost).

Einzelne Krankenkassen haben bereits angekündigt, zum Jahresbeginn 1996 die Beitragssätze anheben zu müssen. Dies ist eine besorgniserregende Entwicklung.

2. Für die überproportionale Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor in den Jahren 1993 bis 1995 waren die im GSG festgeschriebenen und umgesetzten Ausnahmetatbestände maßgeblich. Dazu gehören vor allem der Mehrbedarf infolge von Veränderungen des Leistungsangebotes nach Maßgabe der Krankenhausplanung sowie zusätzliche Mittel für Personalkosten infolge der Pflege-Personalregelung, der Hebammenverordnung und der Psychiatrie-Personalverordnung. Der Anstieg der GKV-Ausgaben im stationären Sektor in den Jahren 1993 bis 1995 in den alten Bundesländern erklärt sich etwa zur Hälfte durch gesetzliche Ausnahmeregelungen, der restliche Anstieg liegt im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung.

3. Im Pflegesatzzeitraum 1996 ist die Finanzentwicklung von folgenden vorgegebenen bzw. drohenden Belastungen gekennzeichnet:

- die Pflege-Personalregelung,
- das Arbeitszeitrechtsgesetz vom 6. Juni 1994,
- die durch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom Januar 1993 ungerichtete Finanzierung des Erhaltungsaufwandes der Krankenhäuser,

– die Regelung der im Juli 1994 beschlossenen neuen Bundespflegesatzverordnung 1995 und deren Auswirkungen (z. B. Mengenentwicklung).

4. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist der Auffassung, daß die verpflichtende Einführung des neuen Vergütungssystems zum 1. Januar 1996 und die entsprechenden Budget- und Pflegesatzverhandlungen nach neuem Recht für den Pflegesatzzeitraum 1996 in einer außerordentlich kritischen Phase stattfinden, in der die Vertragsparteien auf Landes- und örtlicher Ebene den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 6 BPflV) nicht nur im Hinblick auf das einzelne Krankenhaus, sondern auch im Hinblick auf die Entwicklung der gesamten GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung mit großer Verantwortung zu beachten haben.

5. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen appelliert eindringlich an die Vertragsparteien, die Entwicklung der Budgets und der Pflegesätze 1996 auf der Basis der vorausgeschätzten Veränderungsrate (§ 6 BPflV) zu halten. Voraussetzung, dieses Ziel zu erreichen, ist allerdings unter Berücksichtigung der Nr. 3 die Realisierung der unter Nr. 7 abgegebenen Empfehlungen.

6. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist der Auffassung, daß es für die bevorstehende Verhandlungsrunde entscheidend darauf ankommt, auf Landes- und örtlicher Ebene mit Aufgeschlossenheit, gegenseitigem Verständnis und Vertrauen an die Umsetzung des neuen und überwiegend noch unerprobten Pflegesatzrechts heranzugehen und alle sich ergebenden Fragen und Probleme im Geiste einer guten partnerschaftlichen Zusammenarbeit zu lösen.

7. Zur kurz-, mittel- und langfristigen Sicherung der Beitragssatzstabilität in der GKV sind u. a. folgende Maßnahmen erforderlich:

a) Mit der Verabschiedung der BPflV 1995 im Juli 1994 ist die Weiche zur leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung endgültig eingestellt worden. Das neue Vergütungssystem wird ab 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verpflichtend eingeführt. Mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten wird für einen bedeutenden Teil der Krankenhausleistungen eine neue Vergütungsregelung eingeführt. Im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte hat sich die Festlegung der Punktwerte an der Grundlohnentwicklung zu orientieren. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist konsequent zu beachten.

b) Besonderes Augenmerk ist auf die durch das neue Vergütungssystem bedingte Mengenproblematik zu richten. Dabei bedarf es auch der Unterstützung durch den Ordnungsgeber. Insbesondere ist die Ausgleichsregelung des § 11 Abs. 8 PBflV 1995 zu ändern.

c) Eine umfassende externe Qualitätssicherung ist von besonderer Bedeutung für die künftige Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

- d) Aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1993 besteht nach 2 1/2 Jahren gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert den Gesetzgeber auf, die Initiative zu ergreifen, damit die Finanzierung der Erhaltungsinvestitionen auf gesicherten Grundlagen möglich wird.
- e) Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert angesichts der jüngst bekanntgewordenen Zahl zur Stellenmehrung im Pflegedienst den Gesetzgeber auf, zu überprüfen, inwieweit die Zielsetzung der 1992 beschlossenen Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung) erreicht wurde, und welche Konsequenzen zu ziehen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, das Ergebnis innerhalb von vier Wochen den Beteiligten mitzuteilen.
- f) Durch das zum 1. Januar 1993 novellierte KHG und die auf dieser gesetzgeberischen Grundlage vom Verordnungsgeber beschlossene BpflV 1995 ist ein Mischsystem eingeführt worden, das aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und einer budgetorientierten Vergütung über Abteilungsplafonds und einem Basisplafond besteht. Dieses Mischsystem kann nur ein Übergangssystem sein. Das leistungsbezogene Vergütungssystem ist schnellstmöglich auszubauen. Dabei sollte angestrebt werden, das Leistungsspektrum ganzer Fachabteilungen mit leistungsbezogenen Vergütungen abzudecken. Beim Ausbau des leistungsbezogenen Vergütungssystems sind die Ergebnisse (ggf. Zwischenberichte) der unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) laufenden Begleitforschung zur Einführung des neuen Vergütungssystems zu berücksichtigen.
- g) Als Folge der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie durch neue Behandlungsformen im Krankenhaus ist mit einer weiter sinkenden Auslastung der Bettenkapazitäten zu rechnen. Diese Tendenz kann sich durch das Pflegeversicherungsgesetz voraussichtlich verstärken. Die Konzertierte Aktion empfiehlt, freiwerdende Bettenkapazitäten im stationären Bereich umzuwidmen oder stillzulegen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen appelliert an die Länder, zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel bereitzustellen.

**Empfehlung der Konzierten Aktion  
für den Bereich der Kuren**

1. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Kuren sind von 1992 bis 1994 in den alten Bundesländern stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Es handelt sich um eine besorgniserregende Entwicklung mit Zuwachsraten in z.T. zweistelliger Größenordnung. Die Entwicklung im 1. Halbjahr 1995 zeigt eine Fortsetzung dieser Tendenz auch in den neuen Bundesländern.
2. Die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Kuren ist deutlich durch die Zuwachsraten im Bereich stationärer Rehabilitationsmaßnahmen geprägt. Ursachen dafür sind auch:
  - Die verstärkte Inanspruchnahme von Anschlußheilbehandlungen, von Frührehabilitationsmaßnahmen und allgemeinen Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere in Verbindung mit Krankenhausbehandlungen.
  - Der Ausbau der neurologischen Rehabilitation.
  - Der Auf- und Ausbau der geriatrischen Rehabilitation.
  - Die Verwirklichung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege.
3. Die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen fordert alle Beteiligten auf, für eine konsequente Einhaltung der Budgetierung Sorge zu tragen.
4. Die Konzierte Aktion empfiehlt, folgende Strukturmaßnahmen durchzuführen:
  - Im Bereich der stationären Vorsorge- und Rehabilitation ist der Bettenbedarf weitgehend gedeckt, in vielen Teilbereichen ist sogar eine Überversorgung zu erkennen. Ein bedarfsgerechteres Versorgungsangebot ist anzustreben. Bei der Zulassung von Betten nach § 111 SGB V ist äußerste Zurückhaltung zu wahren und, soweit eine Überversorgung für bestimmte Indikationsbereiche festgestellt wird, korrigierend zu wirken.
5. Für den Bereich der stationären Kuren empfiehlt die Konzierte Aktion, daß 1996 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr steigen.
  - Im Verhältnis ambulanter zu stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ist ein starkes Ungleichgewicht zu verzeichnen. Deshalb muß die Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich verbessert werden.
  - Die Feststellung der Notwendigkeit von Kuren muß bedarfsgerechter und differenzierter erfolgen. Hierzu ist es erforderlich, sowohl den verordnenden Ärzte als auch dem begutachtenden Medizinischen Dienst konkretere Kriterien an die Hand zu geben bzw. bestehende Begutachtungsanleitungen und Vordrucke zu überarbeiten. Auch für die Anschlußheilbehandlung sind die medizinischen Kriterien sorgfältig zu beachten. Nachdem sich die Belastung der Medizinischen Dienste durch die Pflegebegutachtungen auf ein normales Maß eingependelt hat, soll der Medizinische Dienst bei der Prüfung der Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gem § 275 SGB V regelmäßig in Anspruch genommen werden.
  - Bei der Bewilligung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist seitens der Krankenkassen deutliche Zurückhaltung zu wahren. Leistungen, für die die Krankenkassen nur subsidiär zuständig sind, dürfen nicht von ihnen übernommen werden.
  - Die Qualität der ambulanten und stationären Rehabilitation muß weiter verbessert werden. Ein wichtiger Schritt wurde hierzu mit der Einführung der ambulanten Kompaktkur getan. Zur Flexibilisierung und Qualitätsverbesserung von Kuren ist auch die Rehabilitationsforschung zu verstärken.

### III. Wortlaut der Geschäftsordnung der Konzertierten Aktion

#### Geschäftsordnung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen \*)

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mitglieder der Konzertierten Aktion</li> <li>2. Ablauf der Sitzungen</li> <li>3. Verabschiedung von Entschlüssen durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen</li> <li>4. Vorbereitungen von Empfehlungen und Entschlüssen</li> <li>5. Teilnehmer des „Vorbereitenden Ausschusses“</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Verfahrensregeln für den „Vorbereitenden Ausschuss“</li> <li>7. Diskussion der Jahresgutachten/Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen</li> </ol> <p><b>1. Mitglieder der Konzertierten Aktion</b></p> <p>An den Sitzungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen nehmen Vertreter/innen folgender Organisationen als stimmberechtigte Mitglieder teil:</p> |
|--|---|

Organisationen	Anzahl der Vertreter
AOK-Bundesverband	3
Bundesverband der Betriebskrankenkassen	2
Bundesverband der Innungskrankenkassen	2
Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen	2
Bundesknappschaft	2
Verband der Angestellten-Krankenkassen Arbeiter-Ersatzkassen-Verband	3
Verband der privaten Krankenversicherung	2
Kassenärztliche Bundesvereinigung	3
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	2
Bundesärztekammer	5
Bundeszahnärztekammer	1
Deutsche Krankenhausgesellschaft	3
ABDA Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	3
Bundesverband der pharmazeutischen Industrie	1
Verband der forschenden Pharmaindustrie	1
Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller	1
Verband Aktiver Pharmaunternehmer	1
Deutscher Gewerkschaftsbund	4
Deutsche Angestellten-Gewerkschaft	1
Deutscher Beamtenbund	1
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	6
Deutscher Städtetag	1
Deutscher Landkreistag	1
Städte- und Gemeindebund	1
Für Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung zuständige Minister und Senatoren der Länder	16
Behindertenverbände	1
Verbände der Freien Wohlfahrtspflege	1
Verbände der Gesundheitshandwerker	1
Verbände der Heilmittelerbringer	1
Verbände des Kur- und Bäderwesens	1
Verbände der Pflegeberufe	1
Verbraucherverbände	1
<b>Gesamtzahl der Mitglieder</b>	<b>75</b>

\*) Beschlossen bei der 31. Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 14. September 1995

Die Mitglieder werden vom Bundesminister für Gesundheit auf Vorschlag der vertretenen Organisationen persönlich berufen. Änderungsvorschläge sind dem Bundesminister für Gesundheit rechtzeitig vor den Sitzungen bekanntzugeben.

Die Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz sowie der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder nehmen ohne Abstimmungsrecht teil.

Die Minister/innen und Senatoren/innen der Bundesländer und die Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz sowie der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder können sich durch Angehörige ihrer Ministerien vertreten lassen.

Seitens der Bundesregierung nehmen an den Sitzungen teil:
Bundesministerium für Gesundheit (Vorsitz)
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend
Bundesministerium für Wirtschaft
Bundeskanzleramt

Die Vertreter der Bundesregierung beteiligen sich nicht an den Abstimmungen.

Die Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen können an den Sitzungen teilnehmen.

## 2. Ablauf der Sitzungen

Die Redezeit der Diskussionsteilnehmer zu den einzelnen Tagesordnungspunkten ist grundsätzlich auf 5 Minuten begrenzt. In der Diskussion sollte auf das Ablesen vorbereiteter Statements verzichtet werden.

- a) Im Anschluß an die Einführungsrede des Bundesministers für Gesundheit findet eine Generalsprache statt.

Die Diskussionsbeiträge werden bei der Sitzungsleitung angemeldet.

- b) Bei Tagesordnungspunkten, die einzelne Leistungsbereiche betreffen, führen das Bundesministerium für Gesundheit und die jeweils federführenden Verbände in die Problematik ein. Anschließend geben die in den jeweiligen Leistungsbereichen betroffenen Organisationen und Institutionen Stellungnahmen ab.

Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

## 3. Verabschiedung von Entschlüssen durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Entschlüsse und Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bedürfen des Konsenses der anwesenden Mitglieder. Sie werden veröffentlicht.

Ein Meinungsbild der Konzertierte Aktion zu Entschlüssen und Empfehlungen kann veröffentlicht werden, wenn mindestens 75 % der anwesenden stimmbe-

rechtigten Mitglieder zugestimmt haben und ablehnende Voten auf Antrag des betroffenen Mitglieds mit kurzer Begründung in die Veröffentlichung aufgenommen werden.

§ 86 Abs. 1 Satz 1 SGB V bleibt unberührt.

## 4. Vorbereitungen von Empfehlungen und Entschlüssen

- a) Zur Vorbereitung von Vorschlägen und Empfehlungen, die einzelne Leistungsbereiche betreffen, übernehmen die Hauptvertragspartner die Federführung:

Auf Seiten der Leistungsträger (§ 12 SGB I) übernehmen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung die Federführung. Sie können die Federführung einem bestimmten Spitzenverband übertragen.

Auf Seiten der Leistungserbringer übernimmt die Federführung:

- für den Gesamtbereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, einschließlich der Versorgung mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
- bei Fragen, die die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung betreffen, die ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände,
- für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung,
- für den Bereich Krankenhausversorgung die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Zur Klärung spezifischer Fragestellungen kann die Federführung im Vorbereitenden Ausschuß abweichend zu den o.g. Regelungen festgelegt werden.

Der federführende Verband der Leistungserbringer stimmt sich bei der Vorbereitung und Erarbeitung von Vorschlägen und Empfehlungen mit den übrigen betroffenen Leistungserbringern ab.

- b) Bei anderen als Schwerpunktthemen zu behandelnden Leistungsbereichen, für die Vorschläge und Empfehlungen angestrebt werden, übernimmt das Bundesministerium für Gesundheit die Federführung. Das gleiche gilt für Vorschläge und Empfehlungen, die einzelnen Leistungsbereichen nicht zugeordnet werden können. Auch hier gilt die unter Punkt a) angesprochene Notwendigkeit der Abstimmung mit den betroffenen Leistungserbringern und Leistungsträgern.

- c) Die im Vorbereitenden Ausschuß erörterten Entwürfe von Vorschlägen und Empfehlungen greifen der Willensbildung durch die Konzertierte Aktion nicht vor.

- d) Die beteiligten Organisationen und das Bundesministerium für Gesundheit berichten in der Sitzung der Konzertierte Aktion, die der Verabschiedung von Vorschlägen und Empfehlungen folgt, über den Stand der Umsetzung.

**5. Teilnehmer des „Vorbereitenden Ausschusses“**

An den Sitzungen des Vorbereitenden Ausschusses nehmen Vertreter/innen folgender Organisationen und Institutionen teil:

AOK-Bundesverband
Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Bundesverband der Innungskrankenkassen
Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
Bundesknappschaft
Verband der Angestellten-Krankenkassen
Verband der privaten Krankenversicherung
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Bundesärztekammer
Deutsche Krankenhausgesellschaft
ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
Verband Forschender Arzneimittelhersteller
Deutscher Gewerkschaftsbund
Deutsche Angestellten-Gewerkschaft
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz
Vorsitzender der Arbeits- und Sozial- ministerkonferenz
Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bundesministerium für Wirtschaft
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

**6. Verfahrensregeln für den „Vorbereitenden Ausschuß“**

Der Vorbereitende Ausschuß tritt i. d. R. zweimal vor einer Sitzung der Konzertierten Aktion zusammen:

In der 1. Sitzung des Vorbereitenden Ausschusses werden Themenschwerpunkte für die Plenarsitzung erarbeitet. Gleichzeitig werden die federführenden Organisationen/Institutionen gebeten, Vorlagen von Entwürfen für Vorschläge und Empfehlungen in Abstimmung mit den übrigen Beteiligten zu erarbeiten.

Bei der 2. Sitzung des Vorbereitenden Ausschusses sollten die federführenden Organisationen/Institutionen Entwurfstexte von Vorschlägen und Empfehlungen vorlegen und einen Sachstandsbericht abgeben, der auch einen Überblick über ggf. noch bestehenden Abstimmungsbedarf vermittelt.

**7. Diskussion der Jahresgutachten/Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

Die Diskussion der Sondergutachten/Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erfolgt nach Möglichkeit im Rahmen einer Sondersitzung der Konzertierten Aktion. Den Mitgliedern der Konzertierten Aktion wird das Gutachten unmittelbar nach der Übergabe an den Bundesgesundheitsminister zugeleitet.

Zur Vorbereitung einer Sondersitzung der Konzertierten Aktion kann der Vorbereitende Ausschuß zusammentreten.

## IV. Auswertung der Fragebogenaktion zur Infrastruktur im Rettungswesen

**Auswertung des Infrastruktur-Fragebogens zur Empfehlung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Rettungsdienst vom 14. September 1995****Antworten der Länder**

**Frage 1.** Wie hoch ist die aktuelle bzw. die geplante Gesamtzahl der Rettungsleitstellen in Ihrem Land? Bitte tragen Sie die Daten in die nachfolgende Tabelle ein.

**Anzahl der Rettungsleitstellen:  
Soll- und Ist-Werte nach dem  
Unfallverhütungsbericht (UVB)  
und aktuellen Länderangaben (kursiv)**

Bundesland	Ist (lt. UVB 1991)	Soll (lt. UVB 1991)	Ist 1995	Soll 1995
Baden-Württemberg	37	37	38	37
Bayern	26	26	26	26
Berlin	1	1	1	1
Brandenburg	44	12–14	34 <sup>1)</sup>	16
Bremen	2	2	2	2
Hamburg	1	1	1	1
Hessen	27	24	24	24
Mecklenburg.-Vorp.	37	14	18	14 <sup>2)</sup>
Niedersachsen	53	53	49	k.A.
Nordrh.-Westfalen	54	54	54	54
Rheinland-Pfalz	18	18	17	17
Saarland	1	1	1	1
Sachsen	53	21	28	23
Sachsen-Anhalt	40	k.A.	24	k.A.
Schleswig-Holstein	15	15	15	15
Thüringen	33	7	20	20

<sup>1)</sup> Davon 30 Notrufabfragestellen.

<sup>2)</sup> Bis spätestens Ende 1998 sollen 4 Rettungsleitstellen der bestehenden 18 Leitstellen geschlossen werden; langfristig werden insgesamt 5 integrierte Leitstellen angestrebt.

**Frage 2.** Bitte begründen Sie ggf., warum in ihrem Land bestehende Überkapazitäten bei Rettungsleitstellen nicht abgebaut worden sind.

*Brandenburg:*

- Bei dem angestrebten Aufbau von integrierten Leitstellen handelt es sich um einen längerfristigen Vorgang, der 1996/97 abgeschlossen sein wird. Generell bleibt es allerdings den Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen ihres kommunalen Handelns überlassen, wie weit sie von der Möglichkeit Gebrauch machen, gemeinsame Leitstellen einzurichten.

*Bremen:*

- Das Land Bremen besteht aus den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven; beide Gemeinden sind durch das Land Niedersachsen getrennt. In beiden Stadtgemeinden ist nur je 1 Rettungsleitstelle vorhanden.

*Hessen:*

- Eine weitere Reduzierung der in Hessen bestehenden Zentralen Leitstellen ist sowohl aus funktchnischen als auch einsatztaktischen Gesichtspunkten derzeit kaum noch möglich; trotzdem bietet das Hessische Rettungsdienstgesetz für den Fall des Zusammenschlusses von Trägern des Rettungsdienstes und den gemeinsamen Betrieb von Zentralen Leitstellen finanzielle Anreize.

*Sachsen:*

- Die fünf über der Soll-Zahl liegenden Leitstellen werden infolge von technischen Schwierigkeiten bei der Umstellung auf Gleichwellenfunk noch benötigt; sie sollen spätestens bis zum Ende des 1. Halbjahres 1996 geschlossen werden. Durch Zusammenschluß mehrerer Rettungsdienstbereiche zu Rettungszweckverbänden werden 1996 zwei weitere Leitstellen geschlossen, wodurch sich das Leitstellensoll auf 21 reduzieren wird.

**Frage 3.** Bitte begründen Sie ggf., warum Ihr Land im Vergleich zu Ländern mit ähnlichen Rahmenbedingungen (z.B. Einwohnerdichte, Flächenland oder Stadtstaat) den Rettungsdienst mit einer höheren Anzahl an Rettungsleitstellen durchführen muß (z.B. Bayern – Niedersachsen; Saarland – Nordrhein Westfalen).

*Brandenburg:*

- Eine weitere Reduzierung der vorgesehenen 16 Leitstellen wird mittelfristig nicht zu diskutieren sein, weil die Träger des Rettungsdienstes mit Hilfe hochmoderner Leitstellentechnik kostenangemessen reagieren können und wollen.

*Sachsen-Anhalt:*

- Die verhältnismäßig hohe Anzahl von Rettungsleitstellen beruht auf der Festlegung der Landkreisgrößen.

*Thüringen:*

- Der geltende Landesrettungsdienstplan (LRDP) sieht vor, daß jeder Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt über eine Zentrale Leitstelle verfügt. Die Ausnahme davon bildet ein Rettungszweckverband; der Zusammenschluß zu Rettungszweckverbänden wird auch vom LRDP favorisiert.

**Frage 4.** Welche weiteren Verbesserungsmöglichkeiten zur Optimierung der Rettungsleitstellenorganisation werden in Ihrem Land verfolgt (z. B. strukturierte Notfallabfrage, zentrale Systeme zur Vermittlung von Notfallpatienten)?

*Baden-Württemberg:*

- Über die Investitionsförderung nach dem Rettungsdienstgesetz, die auch von Wirtschaftlichkeitskriterien abhängig gemacht wird, versucht das Land bei einem relativ geringen Auslastungsgrad von einzelnen Rettungsleitstellen, die Einrichtung bereichsübergreifender Rettungsleitstellen zu fördern.
- Verstärkte Schaffung von integrierten Leitstellen.

*Bayern:*

- Verbesserungsmöglichkeiten bestehen allenfalls im Bereich der Organisation der Verfahrensabläufe im Betrieb der Rettungsleitstelle (Stichwort: strukturierte Notfallabfrage).

*Brandenburg:*

- Es werden Gespräche mit der KV geführt, ihren Notfalldienst über die Leitstellen lenken zu lassen.

*Hamburg:*

- Es werden Gespräche mit den Trägern des Krankenhausbettennachweises und der KV mit dem Ziel geführt, die jeweiligen Zentralen mit der Rettungsleitstelle zusammenzufassen.
- Erarbeitung von Dispositionsalgorithmen für die Rettungsleitstelle.

*Hessen:*

- Ausstattung der Zentralen Leitstellen (ab 1996) mit Einrichtungen der elektronischen Datenverarbeitung (Optimierung der Einsatzdisposition, Abstimmung der Rettungsmittelvorhaltung auf das Einsatzaufkommen, Abrechnung der Leistungserbringer nach § 302 SGB V).
- Aufbau eines positiven EDV-Bettennachweises über die notfallmedizinisch besonders relevanten Versorgungskapazitäten.

*Mecklenburg-Vorpommern:*

- Es wird die Zusammenführung mehrerer Leitstellen zu 5 bereichsübergreifenden integrierten Leitstellen angestrebt.

*Niedersachsen:*

- Betrieb von integrierten Leitstellen, zusammen mit den Feuerwehreinsatzzentralen.

*Sachsen:*

- Verbesserung der Übersicht der verfügbaren Rettungsmittel und deren aktueller Standort durch technische Hilfsmittel und Dispositionsverfahren.
- Förderung der Beschaffung von Leitstellenrechnersystemen.

*Sachsen-Anhalt:*

- Zusammenfassung mehrerer Rettungsleitstellen.
- Eigenbeteiligung der Kommunen als Träger des Rettungsdienstes, Bildung von Rettungszweckverbänden, Einführung von Kostenverhandlungen zwischen Krankenkassen und Aufgabenträgern. Erforderlich wird dafür eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes.

*Thüringen:*

- Bis Ende 1998 soll der Leitstellenbetrieb verbessert werden, die derzeit z. T. unterbesetzt und unterqualifiziert sind.
- Errichtung einer Zentralen Abrechnungsstelle für den Rettungsdienst, womit der Verwaltungsaufwand gesenkt werden soll.

**Frage 5.** Welche kostendämpfenden Effekte erwarten Sie von den unter 4. angegebenen Optimierungsmaßnahmen?

*Baden-Württemberg:*

- Eine mittelfristige Kostenreduktion von 20 bis 30 % wird als durchaus realistisch angesehen.

*Bayern:*

- Durch ein verbessertes Abfragesystem könnte – bei hinreichendem Erfolg – die Zahl der Fehleinsätze und der unangebrachten Notarzteinsätze vermindert werden.

*Brandenburg:*

- Durch integrierte Leitstellen wird
- Personalreduzierung,
- Verringerung von Fehleinsätzen und Fehldispositionen von Rettungsmitteln sowie
- Kostenreduzierung durch rechnergestützte Einsatztaktiken erwartet.

*Hamburg:*

- Es werden kostendämpfende Effekte im Personalbereich erwartet.

**Hessen:**

- Die Rettungsmittelvorhaltung kann besser auf den tageszeitlichen Bedarf abgestimmt werden; Abrechnungsaufwand kann reduziert werden.

**Mecklenburg-Vorpommern:**

- Die zu erwartenden kostendämpfenden Effekte sollen u. a. im Rahmen eines Gutachtens zur Zusammenführung von Rettungsleitstellen ermittelt werden.

**Sachsen:**

- Durch die Einführung von Leitstellenrechnersystemen wird die Notrufabarbeitung und die Einsatzkoordination für das Leitstellenpersonal erleichtert; mittelfristig kann die Anzahl der Leitstellen weiter verringert werden.

**Sachsen-Anhalt:**

- Personalkostenverringerung im Rettungsdienst.

**Thüringen:**

- Der optimierte Leitstellenbetrieb wird durch eine verbesserte Alarmierung und Koordinierung erwartungsgemäß die Zahl der Fehleinsätze verringern.

**Frage 6.** Wie hoch ist die aktuelle bzw. die geplante Gesamtzahl der Rettungswachen in ihrem Land? Bitte tragen Sie die Daten in die nachfolgende Tabelle ein.

**Anzahl der Rettungswachen: Soll- und Ist-Werte nach dem Unfallverhütungsbericht (UVB) und aktuellen Länderangaben (kursiv)**

Bundesland	Ist (lt. UVB 1991)	Soll (lt. UVB 1991)	Ist 1995	Soll 1995
Baden-Württemberg	230	230	218 <sup>1)</sup>	218 <sup>1)</sup>
Bayern	287	284	292	292
Berlin	49	49	47 <sup>2)</sup>	47 <sup>2)</sup>
Brandenburg	107	k.A.	115	108
Bremen	20	20	20	20
Hamburg	31	32	34	34
Hessen	205	176	185 <sup>3)</sup>	187
Mecklenburg-Vorp.	87	90	103 <sup>4)</sup>	k.A.
Niedersachsen	215	215	225 <sup>5)</sup>	k.A.
Nordrh.-Westfalen	355	370	377 <sup>6)</sup>	377 <sup>6)</sup>
Rheinland-Pfalz	113	113	122	122
Saarland	25	25	25	25
Sachsen	125	142	113	101
Sachsen-Anhalt	115	k.A.	99	k.A.

Schleswig-Holstein	79	79	91	91
Thüringen	80	85	102	90

- 1) Davon 20 ehrenamtlich betriebene Wachen, die nicht regelmäßig besetzt sind (z. B. Wochenende) und Außenwachen.
- 2) Neben den Rettungswachen gibt es noch 50 Krankenkraftwagendepots.
- 3) Davon 8 Außenwachen und 6 Wachen nicht ständig besetzt.
- 4) Einschließlich Tageswachen und saisonale Besetzung von Wachen.
- 5) Einschließlich Fahrzeugstandorte.
- 6) Einschließlich Außenstellen.

**Frage 7.** Bitte begründen Sie ggf., warum in Ihrem Land bestehende Überkapazitäten bei Rettungswachen nicht abgebaut worden sind (vgl. z. B. für Soll-Werte in den neuen Ländern: Koch/Puhan (Institut für Rettungsdienst des Deutschen Rotes Kreuzes): Der Rettungsdienst in den neuen Bundesländern, 1992).

**Baden-Württemberg:**

- Im Einzelfall könnten u. U. weitere Reduktionen vorgenommen werden; insgesamt kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, daß im Bereich der Rettungswachen bedeutende Überkapazitäten vorhanden sind.

**Brandenburg:**

- Brandenburg ist das Bundesland mit den meisten Verkehrsunfällen, deshalb ist die jetzt vorhandene Zahl der Rettungswachen bedarfsnotwendig. Zudem stellt die Ist-Zahl des Jahres 1991 eine Momentaufnahme aus dem dynamischen Prozeß der Umwandlung der Schnellen Medizinischen Hilfe zum Rettungsdienst dar. Weiter ist die angeführte DRK-Studie nur bedingt tauglich, da sie auf Daten und Einschätzungen des Jahres 1991 basiert und die realen Gegebenheiten nicht berücksichtigt.

**Hamburg:**

- Der Bedarf ist gedeckt, Überkapazitäten bestehen nicht. In jährlichen Abständen wird mit allen am Rettungsdienst Beteiligten eine Bedarfsprüfung vorgenommen.

**Hessen:**

- Die Anzahl der Rettungswachen ist vor dem Hintergrund der 10-Minuten-Hilfsfrist bedarfsgerecht.

**Rheinland-Pfalz:**

- Die Einhaltung der gesetzlichen Hilfsfrist ist sonst nicht möglich.

**Sachsen:**

- Auf Basis eines aktuellen Gutachtens (1995) zur Dichte und zu den Standorten der Rettungswachen werden in Sachsen Infrastrukturentscheidungen im Rettungswachenbereich getroffen sowie Fördermittel gewährt.

*Schleswig-Holstein:*

- Derzeit wird ein Gutachten zur „Standortfestlegung bedarfsgerechter Rettungswachen unter besonderer Berücksichtigung der rettungsdienstbereichsübergreifenden Optimierung der bedarfsgerechten Notfallversorgung“ durchgeführt. Konkrete Aussagen zu dieser Thematik sind erst nach Abschluß der Arbeiten möglich.

**Frage 8.** Bitte begründen Sie ggf., warum Ihr Land im Vergleich zu Ländern mit ähnlichen Rahmenbedingungen (z.B. Einwohnerdichte, Flächenland oder Stadtstaat) den Rettungsdienst mit einer höheren Anzahl an Rettungswachen durchführen muß (z.B. Bayern – Sachsen-Anhalt; Berlin – Bremen).

*Brandenburg:*

- Höchste Zahl an Verkehrsunfällen.

*Hessen:*

- Ein Vergleich mit anderen Ländern ist nicht möglich, weil neben den o. g. Kriterien auch die unterschiedlichen Hilfsfristen und deren abweichenden Definition zu berücksichtigen sind.

*Sachsen-Anhalt:*

- Die Festlegung der Rettungswachen erfolgt durch die Träger des Rettungsdienstes (Kommunalverbände). Es besteht erheblicher Nachholbedarf bei der Infrastruktur: schlechtes Straßennetz, fehlende Brücken über natürliche Hindernisse sowie Bahngleise, Autobahnen etc.

*Thüringen:*

- Die Zahl der Rettungswachen ist abhängig von der im Rettungsdienstgesetz festgelegten Fahrzeit. Die Soll-Zahl für Rettungswachen und Rettungsmittel basiert auf einem Krankenkassen-Gutachten (1993).

**Frage 9.** Welche weiteren Verbesserungsmöglichkeiten zur Optimierung der Rettungswachenorganisation werden in Ihrem Land verfolgt (z.B. Einrichtung von Stellplätzen oder mobilen Wachen)?

*Bayern:*

- Soweit es zur Sicherstellung der Versorgung von Notfallpatienten innerhalb der Hilfsfrist erforderlich ist, können in besonderen Fällen Krankenkraftwagen auch außerhalb der Rettungswache stationiert werden (Stellplatz).

*Brandenburg:*

- MASGF führt jährlich eine Überprüfung der Rettungswachen- und Rettungsmittelvorhaltung aus Qualitäts-, Effektivitäts- und Kostensicht durch. Die Landesverbände der Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände werden zur Auswertung der Ergebnisse eingeladen.
- Einrichtung mobiler Wachen.

- Optimierung der Personalvorhaltung bzw. Dienstplangestaltung, die noch Reserven zu bieten scheint.

*Bremen:*

- Es ist beabsichtigt, ein Gutachten über den Rettungsdienst in der Stadtgemeinde Bremen in Auftrag zu geben.

*Hamburg:*

- Verbesserung der Rettungswachenorganisation durch Installation eines Simulationsprogramms.

*Hessen:*

- Einleitung einer betriebswirtschaftlichen Untersuchung des bestehenden Gesamtsystems.

*Mecklenburg-Vorpommern:*

- Vergabe eines Gutachtens zur Organisation des Rettungsdienstes im Land Mecklenburg-Vorpommern.

*Niedersachsen:*

- Einrichtung von Stellplätzen und mobilen Wachen.

*Saarland:*

- Untersuchung alternativer Strategien bei der Disposition zum Notfallort in ländlichen Regionen bzw. an Rettungswachenstandorten, an denen nur ein Primärrettungsmittel zur Verfügung steht: Rettungszweckverband beabsichtigt in 1996 eine geeignete Software hierfür zu erwerben.

*Sachsen:*

- Zuweisungsstrategie,
- Mehrzweckfahrzeugstrategie,
- Mobile Wachenstrategie,
- Stellplatzstrategie.

*Sachsen-Anhalt:*

- Es ist vorgesehen, durch Zusammenfassung von Rettungswachen die derzeitige Anzahl von Rettungswachen um 20 % zu reduzieren.

*Thüringen:*

- Der Betrieb zeitweiliger Rettungswachen, d. h. in Zeiten mit einem besonders hohen Notfallaufkommen, ist üblich.

**Frage 10.** Welche kostendämpfenden Effekte erwarten Sie von den unter 9. angegebenen Optimierungsmaßnahmen?

*Bremen:*

- Einsparungen bei den Sach- und Personalausgaben unter Beibehaltung der erreichten Standards.

*Hamburg:*

- Ggf. Möglichkeit der Einsparung von Standorten und Rettungsmitteln.

*Hessen:*

- Ausschöpfung von Rationalisierungs- und Optimierungsmöglichkeiten sowie Einleitung von strukturellen Veränderungen.

*Saarland:*

- Kurzfristig kostenstabilisierend, mittel- und langfristig kostendämpfend, weil vorhandene Rettungsmittelkapazitäten besser ausgelastet werden

und dadurch künftige Personalkostensteigerungen zumindest teilweise aufgefangen werden können.

*Sachsen:*

- Effizienter Einsatz und Auslastung der Rettungsmittel.

*Sachsen-Anhalt:*

- Personalkostenverringering.

**Frage 11.** Wie hoch ist die aktuelle bzw. die geplante Gesamtzahl der bodengebundenen Rettungsmittel in Ihrem Land? Bitte tragen Sie die Daten getrennt nach Krankentransportwagen (KTW) bzw. Rettungstransportwagen (RTW) und Notarztwagen (NAW) in die nachfolgende Tabelle ein. Falls im Bereich der Notfallrettung eine Differenzierung zwischen RTW, NAW und Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) möglich ist, sollten diese zudem jeweils getrennt ausgewiesen werden.

**Anzahl der bodengebundenen Rettungsmittel: Soll- und Ist-Werte  
nach dem Unfallverhütungsbericht (UVB) und aktuellen Länderangaben (kursiv)**

Bundesland	Ist-NAW+RTW (UVB) 1991)	Soll-NAW+RTW (UVB) 1991)	Ist-KTW (UVB) 1991)	Soll-KTW (UVB) 1991)	Ist-NAW+RTW 1995	Soll-NAW+RTW 1995	Ist-KTW 1995	Soll-KTW 1995
Ba.-Wü.	357	357	417	417	421 NAW/RTW 118 NEF	421 NAW/RTW 118 NEF	360	360
Bayern	408	408	618	618	199 RTW 221 NAW <sup>1)</sup>	199 RTW 221 NAW <sup>1)</sup>	611 <sup>1)</sup>	611 <sup>1)</sup>
Berlin	117 <sup>1)</sup>	117	175 <sup>1)</sup>	175	113 RTW 15 NAW	113 RTW 15 NAW	430	430
Brandenb.	119 NAW/RTW 26 NEF	k.A.	194	k.A.	148 NAW/RTW 56 NEF	148 NAW/RTW 55 NEF	122	104
Bremen	45 <sup>11)</sup>	45	–	–	47 <sup>2)</sup>	47	–	–
HH	84	84	47	47	69 RTW <sup>3)</sup> 11 NAW <sup>4)</sup>	k.A.	93 <sup>5)</sup>	k.A.
Hessen	189	300	431	200	278	280	206	200
Meck.-Vorp.	90	105	175	80	128 RTW 58 NEF	k.A.	104	k.A.
Nieders.	346	280	473	320	308 RTW 13 NAW 97 NEF	k.A.	325	k.A.
NRW	752	752	1.298	960	633 NAW/RTW 172 NEF	633 NAW/RTW 172 NEF	614	614
R.-Pf.	113	128	233	192	138 NAW/RTW 44 NEF	138 NAW/RTW 44 NEF	191	191
Saarland	23	27	30	30	32 RTW 4 NAW 12 NEF <sup>6)</sup>	k.A.	39 <sup>6)</sup>	k.A.
Sachsen	204	154	344	230	166 RTW 8 NAW 68 NEF <sup>7)</sup>	159 RTW 8 NAW 68 NEF <sup>7)</sup>	209 <sup>7)</sup>	206 <sup>7)</sup>
Sachsen-A.	111	250	123	k.A.	129 RTW 11 NAW 49 NEF <sup>8)</sup>	k.A.	127	k.A.
Schlesw.-H.	116	116	74	74	102 RTW 21 NAW	102 RTW 21 NAW	58	58
Thüringen	377 <sup>1V)</sup>	377	150	k.A.	102 RTW 46 NEF	90 RTW 44 NEF	100	100

<sup>1)</sup> Zuzüglich 34 RTW als Reservefahrzeuge.

<sup>11)</sup> Zuzüglich 83 KTW als Reservefahrzeuge sowie 63 bundeseigene KTW des Katastrophenhilfedienstes.

<sup>111)</sup> Einschließlich 14 Reservefahrzeuge.

<sup>1V)</sup> Enthalten sind 17 NAW.

<sup>1)</sup> Die Angaben beziehen sich auf 1994.

<sup>2)</sup> Einschließlich 18 Reservefahrzeuge.

<sup>3)</sup> Einschließlich 17 Reservefahrzeuge.

<sup>4)</sup> Einschließlich 1 Bundeswehr-NAW (tagsüber) sowie 1 Baby-NAW.

<sup>5)</sup> Einschließlich 55 Rettungsmittel, die auch für die Notfallrettung eingesetzt werden können.

<sup>6)</sup> Die Angaben beziehen sich auf 1994. Umgerechnet auf „Rund-um-die-Uhr-Besetzungen“ ergibt sich folgendes Bild: 29 RTW, 4 NAW, 11 NEF, 10 KTW, d. h. insgesamt 54 Rettungsmittel.

<sup>7)</sup> Ohne Reservefahrzeuge.

<sup>8)</sup> Einschließlich 2 Baby-NAW.

**Frage 12.** Bitte begründen Sie ggf., warum in Ihrem Land bestehende Überkapazitäten bei bodengebundenen Rettungsmitteln nicht abgebaut worden sind.

*Baden-Württemberg:*

- Bei Rettungsmitteln kann von Überkapazitäten grundsätzlich nicht ausgegangen werden; allerdings ließen sich durch eine rettungsdienstbereichsübergreifende Zusammenarbeit bei der notwendigen Fahrzeug-Reservevorhaltung u. U. Einsparungen bei der Mengenkomponeute erzielen.

*Brandenburg:*

- Im Land Brandenburg bestehen keine Überkapazitäten an Rettungsmitteln; dünn besiedeltes Flächenland.

*Rheinland-Pfalz:*

- Die Einhaltung der gesetzlichen Hilfsfrist ist sonst nicht möglich.

*Sachsen:*

- Die vorhandenen Überkapazitäten sollen innerhalb des Genehmigungsverfahrens der Bereichspläne im Jahr 1996 abgebaut werden.

*Schleswig-Holstein:*

- Gutachten läuft (vgl. Antwort zu Frage 7.).

**Frage 13.** In welchen Bereichen und in welcher Höhe (1995) leistet Ihr Land Investitionskosten- (I) bzw. Betriebsmittelzuschüsse (B) zur Finanzierung des Rettungsdienstes? Bitte tragen Sie die mit dem jeweiligen Anfangsbuchstaben gekennzeichneten Zuschüsse in die folgende Tabelle ein.

**Aktuelle Investitionskosten- (I) und Betriebsmittelzuschüsse (B)  
der Länder getrennt nach Infrastrukturbereichen (in DM)**

Bundesland	Rettungsleitstellen	Rettungswachen	Rettungsmittel
Baden-Württemberg	1.039.864 (I)	3.312.318 (I)	2.401.296 <sup>1)</sup>
Bayern	5.900.000 (I)	500.000 (I)	31.100.000 (I) <sup>2)</sup>
Berlin	–	–	–
Brandenburg <sup>3)</sup>	8.000.000 (I)	2.000.000 (I)	3.200.000 (I)
Bremen <sup>4)</sup>	–	–	–
Hamburg	–	–	–
Hessen	9.870.286,31	–	–
Mecklenburg-Vorp.	98.900 (I)	2.232.500 (I)	245.000 (I)
Niedersachsen	–	–	–
Nordrh.-Westfalen	1.533.000 (I)	690.000 (I)	11.711.000 (I)
Rheinland-Pfalz	685.189 (I) 10.635.500 (B)	–	2.809.000 (I)
Saarland	951.500 (I) 1.308.274 (B)	86.000 (I)	505.000 (I)
Sachsen	9.979.300 (I)	10.571.600 (I)	2.186.300 (I)
Sachsen-Anhalt	–	–	–
Schleswig-Holstein	214.000 (I)	386.000 (I)	–
Thüringen	1.900.000 (I)	–	51.000 (I)

<sup>1)</sup> Nur Berg-, Luft- (bis 31. Dezember 1995) und Wasserrettung; für „sonstige Investitionsförderung“ wurden 1995 678.147 DM bereitgestellt.

<sup>2)</sup> Davon entfallen 4.886.700 DM auf Luft-, Wasser- und Bergrettung.

<sup>3)</sup> Investitionskostenzuschüsse im Bereich des bodengebundenen Rettungsdienstes.

<sup>4)</sup> Investitionskosten- bzw. Betriebsmittelzuschüsse werden nicht gezahlt. Die Kosten für Rettungsleitstellen, -wachen und -mittel werden bei der Ermittlung der Gebühren je Einsatz berücksichtigt.

**Frage 14.** Haben Sie weitere Vorschläge zur Effizienzsteigerung im Rettungsdienst? Wenn ja, welche?

*Baden-Württemberg:*

- Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips; ausschließliche Refinanzierung der Leistungserbringer über Preise;
- Abschaffung der bisherigen Mischfinanzierung von Notfallrettung und Krankentransport;
- Einführung von mehr Wettbewerb beim Krankentransport;
- Standardisierung von Rettungsmitteln.

*Brandenburg:*

- Herstellung von Kostentransparenz durch einen von allen Beteiligten akzeptierten Leistungs-Kosten-Nachweis;
- Ersatz des Selbstkostendeckungsprinzips durch eine andere Finanzierungsform;
- Trennung von Krankentransport und Notfallrettung unter der Voraussetzung einer deutlichen Kostenreduzierung ohne Qualitätsverluste;
- Reduzierung von unnötigen Verlegungstransporten durch Anbindung aller Leistungserbringer an landes- bzw. bundeseinheitliche Einsatzzentralen.

*Hamburg:*

- Es werden neuartige Rettungswagen mit dem Ziel getestet, bei Ersatzbeschaffung der Fahrzeuge durch Wiederverwendbarkeit der Aufbauten Investitionskosten zu sparen.

*Hessen:*

- Engere Verzahnung der Infrastruktur des Rettungsdienstes mit den Einrichtungen des Brand- und Katastrophenschutzes (z. B. gemeinsame Rettungsmittelstandorte);

- Organisatorische Öffnung des Rettungsdienstes für Drittleistungen;
- Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -kontrolle;
- Entwicklung von Kennzahlen für überbetriebliche Kostenvergleiche.

*Mecklenburg-Vorpommern:*

- Verbesserung der notärztlichen Versorgung in dünnbesiedelten Regionen durch Einführung eines „first-response“-Systems, das mit niedergelassenen Kassenärzten und Mitgliedern der Freiwilligen Feuerwehren arbeiten und in den Fällen Anwendung finden soll, in denen das Eintreffen des organisierten Notarztdienstes voraussichtlich nicht innerhalb der Hilfsfrist gewährleistet werden kann.
- Schaffung einer zentralen Sekundärtransportkoordinierungsstelle.

*Saarland:*

- Zur Effizienzsteigerung ist eine bundeseinheitliches Kennzahlensystem, das regionale Unterschiede im Leistungs- und Kostengefüge aufzeigt, erforderlich. Gleiche Datenbasis und Plausibilitätskontrollen sind dafür notwendig.
- Permanentes, zeitnahes Controlling, um bei Soll-Ist-Abweichungen frühzeitig wirksame Gegenmaßnahmen einzuleiten.
- Minimierung des administrativen Aufwandes, gezielter Technik-Einsatz (z. B. Datenverbundlösung zwischen Fahrzeug, Rettungswache, Leistungsabrechnung und Leitstellen) sowie Abbau von Bedarfsspitzen.

*Thüringen:*

- Landesweite Ausschreibung für standardisierte Rettungsmittel;
- Zusammenschluß zu größeren Rettungsdienstbereichen.





