

Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar?

Problemstrukturen und Problemlösungen

Nils C. Bandelow

1. Einleitung

2. Problemstrukturen: Wirtschaftliche Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen

- 2.1 Kosten- und Leistungsentwicklung im stationären Sektor
- 2.2 Kosten- und Leistungsentwicklung bei der ambulanten Versorgung
- 2.3 Kosten- und Leistungsentwicklung im Arzneimittelbereich
- 2.4 Entwicklungstrends
- 2.5 Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen

3. Problemlösungen: Politische Rahmenbedingungen und Reformkonzepte in der Gesundheitspolitik

- 3.1 Interessen und Ideen in der politischen Auseinandersetzung
- 3.2 Bisherige Reformen und Reformergebnisse
- 3.3 Aktuelle Reformdiskussion

4. Fazit

Literatur

Weitere Datenquellen

1. Einleitung¹

Seit 25 Jahren steht die Eindämmung der Ausgaben und Beitragssatzsteigerungen der gesetzlichen Krankenkassen im Mittelpunkt der bundesdeutschen Gesundheitspolitik. Seit 1977 versuchte der Gesetzgeber mit insgesamt 17 Reformpaketen tragfähige Grundlagen des Krankenversicherungsrechts zu entwickeln. Das Ergebnis dieser politischen Bemühungen ist auf den ersten Blick ernüchternd: Keines der Reformkonzepte von Arbeits- und Gesundheitsministern unterschiedlicher Parteien konnte den Anstieg der Kassen-Beitragssätze langfristig verhindern. Im Gegenteil: Das deutsche Gesundheitswesen gilt heute als eines der teuersten der Welt. Gleichzeitig verliert es immer mehr seinen Status als eines der weltweit besten Gesundheitssysteme. Zwar ist in Deutschland die Zufriedenheit der Bürger mit dem Gesundheitswesen noch weitaus größer als in vielen anderen Ländern (Deppe 2000: 82-86). Internationale Vergleiche von Leistungskennzahlen des Gesundheitswesens weisen Deutschland jedoch in vielfacher Hinsicht bestenfalls einen Mittelfeldplatz zu (vgl. Heintze 2000: 1304; OECD 2001).

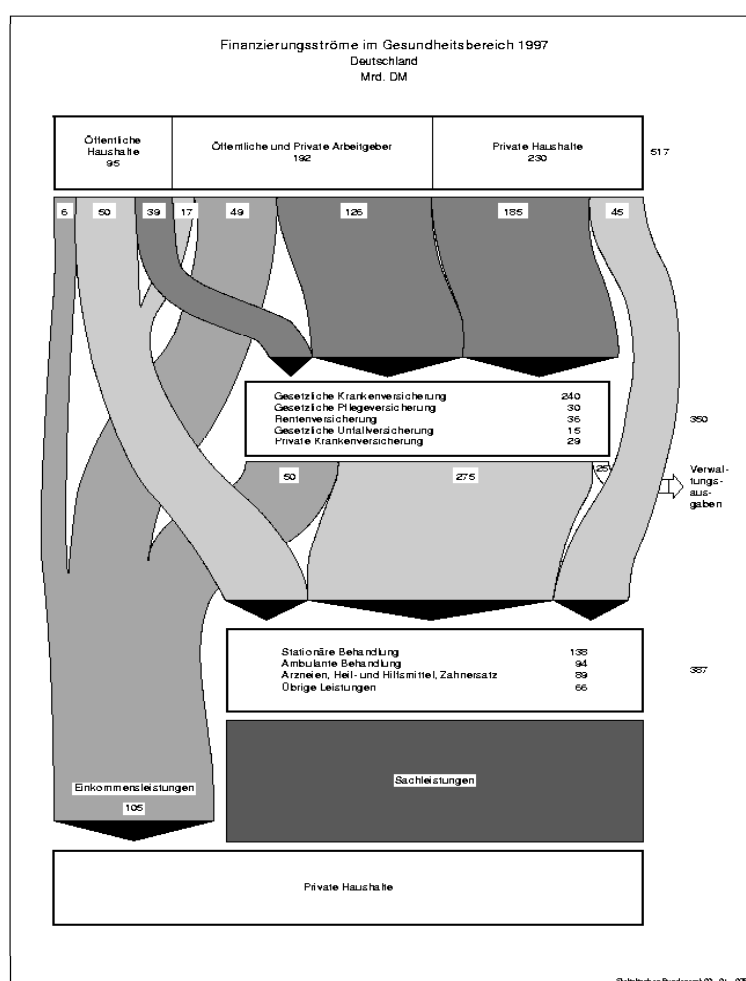
Vor diesem Hintergrund steht das Gesundheitswesen vor einer ungewissen Zukunft: Auf der einen Seite finden sich Modellrechnungen, die bei unveränderten rechtlichen Rahmenbedingungen durchschnittliche Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung von über 30 Prozent im Jahr 2040 prognostizieren (vgl. Casse 2001: 89). Auf der anderen Seite stehen politische Absichtserklärungen, die Beitragssätze oder zumindest ihren Arbeitgeberanteil wesentlich zu reduzieren. Daraus ergibt sich die Frage, ob es in Zukunft überhaupt noch möglich sein wird, ein funktionierendes solidarisch finanziertes Gesundheitswesen in Deutschland aufrechtzuerhalten. Um diese Frage zu beantworten, werden im Folgenden zunächst die Einnahmen- und Ausgabenentwicklungen des deutschen Gesundheitswesens dargestellt. Dabei ist zu klären, inwiefern es Entwicklungen gibt, welche die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gefährden und worauf sie im Einzelnen beruhen (Kapitel 2). Anschließend werden die politischen Ziele und Möglichkeiten zur Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Dabei werden die Problemsichten der wichtigsten Akteure, die politischen Handlungsoptionen und möglichen Alternativen im Hinblick auf künftige Organisationsformen und Finanzierungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens vorgestellt (Kapitel 3).

2. Problemstrukturen: Wirtschaftliche Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen

Gesundheitsausgaben im weiteren Sinn umfassen Einkommensleistungen und Sachleistungen (vgl. Übersicht 1). In einem engeren Verständnis, wie es etwa den Erhebungen der OECD zugrunde liegt, werden nur gesundheitliche Güter und Dienstleistungen (Sachleistungen) als Gesundheitsausgaben gefasst. Die größten Bereiche dieser Gesundheitsausgaben im engeren Sinn sind Ausgaben für Krankenhausbehandlungen, Ausgaben für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie Arzneimittelausgaben. Im Folgenden werden zunächst die bishe-

rigen Ausgaben- und Leistungsentwicklungen in diesen drei Sektoren vorgestellt. Anschließend werden Entwicklungstrends diskutiert, die für die zukünftige Ausgabenentwicklung bedeutsam sind. Der letzte Teil des Abschnitts behandelt die Finanzentwicklungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als wichtigstem Träger des deutschen Gesundheitswesens.

Übersicht 1: Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitswesen



2.1 Kosten- und Leistungsentwicklung im stationären Sektor

Die Krankenhauskosten bilden den größten Anteil der Gesundheitsausgaben im engeren Sinn (vgl. Übersicht 1). Die absoluten Ausgaben für die stationäre gesundheitliche Versorgung haben sich kontinuierlich erhöht und jeweils zwischen 1980 und 1990 und zwischen 1990 und 2000 verdoppelt. Betrachtet man allerdings nicht die absoluten Krankenhauskosten, sondern deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), dann verschwindet der Eindruck einer Kostenexplosion in diesem Bereich weitgehend. Der Anteil der stationären Ausgaben am BIP blieb zwischen 1980 und 1990 mit jeweils etwa 3,0% konstant und ist erst Ende der 1990er Jahre auf zwischenzeitlich 3,5% gestiegen (vgl. OECD 2001).

Dieser Entwicklung der Krankenhausaussgaben steht – rein quantitativ gesehen – eine deutliche Reduktion des Leistungsangebots entgegen. Die Bettendichte als wichtigste Maßzahl der Behandlungsressourcen im Krankenhaussektor nimmt kontinuierlich ab. Da gleichzeitig die Zahl der Krankenhauseinweisungen pro 1000 Einwohner deutlich gestiegen ist, mussten die Krankenhäuser ihre Effizienz stark erhöhen. Dies drückt sich vor allem in der deutlichen Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten im Krankenhaus aus, die heute noch etwa 12 Tage beträgt (zu konkreten Zahlen siehe OECD 2001). Im stationären Sektor finden sich somit bisher moderate Ausgabenzuwächse bei (quantitativ) stetig reduziertem Leistungsangebot.

2.2 Kosten- und Leistungsentwicklung bei der ambulanten Versorgung

Nach der Krankenhausversorgung ist die ambulante medizinische und zahnmedizinische Versorgung der zweitgrößte Kostenfaktor im Bereich der gesundheitlichen Sachleistungen (vgl. oben Übersicht 1). Ebenso wie die Krankenhausaussgaben sind auch die absoluten Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Leistungen kontinuierlich gestiegen. Die Steigerungsraten liegen jedoch in den letzten 20 Jahren noch unter denen des stationären Bereichs. Vor allem die Ausgaben für ärztliche Leistungen sind langfristig deutlich langsamer gewachsen als in anderen Bereichen des Gesundheitssektors (vgl. OECD 2001).

Die in den letzten Jahrzehnten abnehmenden Ausgabenanteile für die vertragsärztliche Versorgung müssen unter einer kontinuierlich steigenden Zahl von Ärzten verteilt werden. Die Anzahl der arbeitenden Ärzte und die Arztdichte in der Bevölkerung haben sich in den letzten 30 Jahren nahezu verdoppelt. Dabei hat sich seit 1990 auch wieder der Anteil von Ärzten in der ambulanten Versorgung erhöht (vgl. KBV 2000: A 3).

Diese Entwicklungen haben zu verschärften Verteilungskämpfen zwischen den Arztgruppen geführt. Niedergelassene Ärzte verdienen heute durchschnittlich „nur“ noch gut 100.000 € jährlich (nach Abzug der Praxiskosten) durch Behandlungen von Kassenpatienten (vgl. Reiners 1999: 49). Zwischen den einzelnen Facharztgruppen bestehen dabei große Unterschiede. Gleichzeitig findet sich nach wie vor ein starkes Ost-West-Gefälle der Ärzteteinkommen. In Ostdeutschland bleiben vor allem bei Arztgruppen mit hohen Betriebskosten (geräteintensive Bereiche) die Überschüsse noch weit hinter den Werten der westdeutschen Praxen zurück. Das

zentrale Problem des ambulanten Bereichs ist somit nicht eine allgemeine Kostensteigerung, sondern der zunehmende Verteilungskonflikt zwischen westdeutschen und ostdeutschen, etablierten und jüngeren sowie unterschiedlichen Fachgebieten angehörigen Ärztegruppen.

2.3 Kosten- und Leistungsentwicklung im Arzneimittelbereich

Die Arzneimittelausgaben machen etwa 13 Prozent der deutschen Gesundheitsausgaben aus (OECD 2001, Statistisches Bundesamt 2001). Diese Zahl umfasst allerdings nur die Herstellerabgabepreise der an Apotheken gelieferten Medikamente. Der Herstelleranteil beträgt gut die Hälfte des durchschnittlichen Arzneimittelpreises, hinzu kommen Anteile für Apotheken, Großhandel und Steuern (vgl. BPI 2001). Die absoluten Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel in Deutschland sind im internationalen Vergleich ausgesprochen groß: Im Jahr 2000 erhielt jeder Bundesbürger in Apotheken durchschnittlich Arzneimittel im Wert von 355€. Lediglich in Frankreich und in der Schweiz wird pro Kopf mehr Geld für Arzneimittel ausgegeben als in Deutschland (ABDA 2001; OECD 2001).

Das Gesamtvolumen des Medikamentenmarktes ist seit 1994 um über ein Drittel gestiegen (vgl. BPI 2001: 7). Diese Steigerung liegt noch über der sonstigen Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben. Rein quantitativ steht dieser Entwicklung ein konstanter Arzneimittelverbrauch gegenüber: Seit Jahren liegt der Pro-Kopf-Verbrauch relativ unverändert bei etwa 20 Packungen jährlich (BPI 2001: 72). Allerdings sind Zahlenvergleiche im Medikamentenbereich weniger aussagekräftig als etwa ein Vergleich der Bettenzahlen in Krankenhäusern, da sich Medikamente in ihrem Anwendungsbereich und in ihrer Wirksamkeit deutlich unterscheiden. Kritiker beklagen allerdings trotz eines Rückgangs der letzten Jahre weiterhin über 150.000 Kassenverordnungen mit umstrittenen Medikamenten auf dem deutschen Markt (Schwabe/Paffrath 2001: 758; 813-819).

Die Heterogenität des Arzneimittelmarktes erschwert auch zuverlässige internationale Vergleiche der Arzneimittelpreise. Je nach Erhebungsweise, werden Deutschland eher hohe (Bäcker u.a. 2000: 84) oder – so eine von Pharmaindustrie und Apothekenverband finanzierte Studie – niedrige Preise (BASYS 1999) attestiert. Vieles spricht dafür, dass die deutschen Arzneimittelpreise, die Anfang der 1990er Jahre weit überdurchschnittlich hoch waren, mittlerweile im internationalen Durchschnitt liegen (vgl. Schwabe/Paffrath 2001).

2.4 Entwicklungstrends

Während die bisherigen Entwicklungen noch nicht auf eine unvermeidbare Finanzierungskatastrophe im deutschen Gesundheitswesen hinweisen, geben bei einem Ausblick in die Zukunft die absehbaren gesellschaftlichen, technischen und ökonomischen Entwicklungen dringenden Anlass zu grundlegenden politischen Maßnahmen (vgl. etwa Sachverständigenrat 1995; 1996). Besondere Bedeutung kommt der demographischen Entwicklung zu (vgl. dazu detailliert Hradil 2001). So wird zwischen 2010 und 2030 ein deutlicher Anstieg des Anteils älterer Menschen erwartet, der aber aufgrund umstrittener Annahmen zur Sterblichkeitsentwicklung

und ungewisser Migrationsverläufe heute nicht eindeutig zu quantifizieren ist (vgl. Tabelle 1). Eine solche Entwicklung hätte auf den ersten Blick wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben: So betragen die pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der über 65-Jährigen in Deutschland fast das dreifache der pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der unter 65-Jährigen. In anderen Ländern – etwa den USA oder Großbritannien – ist die Differenz zwischen den pro-Kopf-Gesundheitsausgaben älterer und jüngerer Menschen noch größer (OECD 2001).

Tabelle 1: Prognosen zur Entwicklung der Anteile von über 60-jährigen an der deutschen Gesamtbevölkerung (ohne Berücksichtigung von Migrationsentwicklungen)

Jahr	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Anteile nach Prognose 1	21,0	23,5	25,5	29,0	34,1	34,0	34,3
Anteile nach Prognose 2	21,0	23,5	25,9	29,9	35,5	36,0	37,0

Quelle: Hof 2001: 116.

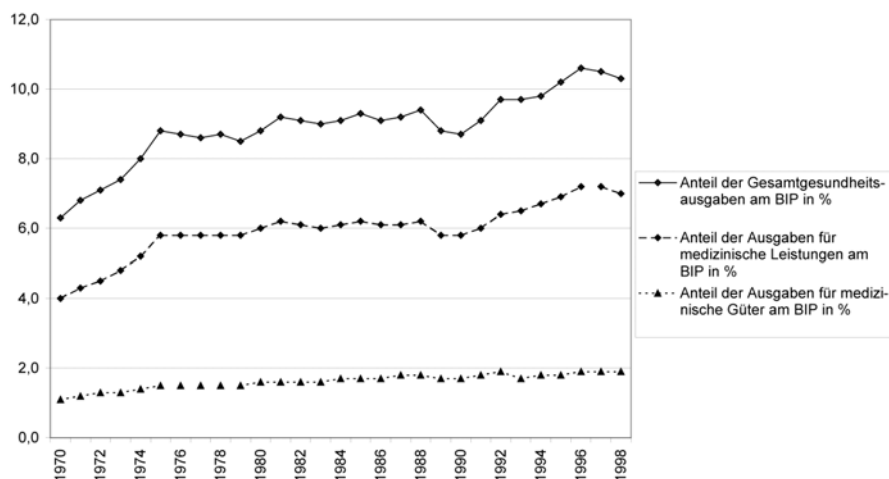
Dieser Befund wird von Anhängern der „*Medikalisierungsthese*“ aufgegriffen, die annehmen, dass die Morbidität im höheren Alter stark zunimmt und der zukünftige demographische Wandel daher einen deutlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben verursachen wird. Die Medikalisierungsthese ist allerdings nicht unumstritten: Vertreter der „*Kompressionsthese*“ zweifeln unter anderem daran, dass eine höher Lebenserwartung der Menschen zu höheren Gesundheitsausgaben führen muss. Folgt man dieser These, dann steigen die Kosten nicht in Abhängigkeit vom Alter der Menschen, sondern in Abhängigkeit von ihrer Nähe zum Tod. Die gewonnenen Lebensjahre werden demnach nicht in Krankheit, sondern gesund verbracht. Bisher vorliegende empirische Befunde stützen in Bezug auf die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen und Arzneimittel eher die optimistische Kompressionsthese, lassen aber in Bezug auf die Krankenhauskosten eher weitere Ausgabensteigerungen durch die gestiegene Lebenserwartung befürchten (vgl. Hof 2001: 42-92).

Ähnlich umstritten wie Thesen über die Wirkung des demographischen Wandels auf das Gesundheitswesen sind auch Aussagen über die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts. Die Entwicklung neuer medizinischer Techniken und Verfahren macht Behandlungen möglich, die vorher nicht möglich waren. Diese neuen Behandlungen – so die verbreitete These – führen zu weiteren Ausgabensteigerungen. Insbesondere die Einführung neuer medizinischer Großgeräte wird sich – folgt man den bisherigen Erfahrungen – als kostspielig erweisen. Allerdings können neue Techniken auch kostensenkend wirken, wenn etwa größere Eingriffe durch die Hilfe von Lasertechnologien oder Kathetern so durchgeführt werden können, dass nur kurze Krankenhausaufenthalte notwendig sind (vgl. Braun/Kühn/Reiners 1998: 42-43).

Weitere Ausgabensteigerungen sind durch Kostensteigerungen bei gesundheitlichen Dienstleistungen zu erwarten (vgl. Übersicht 2). Wie auch andere personenbezogene Dienstleistungen unterliegen sie dem Uno-Actu-Prinzip (räumliche und zeitliche Verbindung von Produktion und Konsum): Im Gegensatz etwa zur Güterproduktion sind in diesem Bereich kaum Effizienzsteigerungen durch technologische Neuerungen möglich: Eine Krankenschwester wird auch in zehn Jahren nicht unbedingt mehr Patienten pflegen können als heute. Entsprechend

werden die relativen Kosten gesundheitlicher Dienstleistungen – ebenso wie die anderer personen Dienstleistungen – auch in Zukunft steigen.

Übersicht 2: Entwicklung der Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland



Quelle: OECD 2001, eigene Darstellung.

Nicht zuletzt aufgrund dieses „Preisstruktureffekts“ (stärkerer Preisanstieg bei Gesundheitsleistungen als bei anderen Leistungen) ist in allen größeren Industrieländern der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit 1975 gestiegen. Allerdings unterscheiden sich die Anteile und auch die Steigerungsraten wesentlich (vgl. Tabelle 2). Zur Erklärung der unterschiedlichen Höhe von Gesundheitsausgaben können die parteipolitische Ausrichtung der jeweiligen Regierungen, das Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung, die kulturell geprägten Einstellungen gegenüber staatlichen und marktorientierten Problemlösungen und das durch die jeweiligen Geschlechterbeziehungen bestimmte Ausmaß einer Arbeitsteilung zwischen privatem und öffentlichen Sektor beitragen (vgl. Schmidt 1999).

Tabelle 2: Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im Vergleich

	1970	1980	1990	2000
BR Deutschland	6,3	8,8	8,7	10,3 **
Frankreich	5,7	7,4	8,6	9,4 *
Großbritannien	4,5	5,6	6,0	6,9 *
Italien	5,1	7,0	8,1	8,2 *
Japan	4,6	6,5	6,1	7,4 **
Kanada	7,0	7,1	9,0	9,2
USA	6,9	8,7	11,9	12,9 *

* 1999; ** 1998

Quelle: OECD 2001.

2.5 Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen

Trotz Kostensteigerungen in einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens zeigen die Entwicklungen in den verschiedenen Sektoren bisher noch keine grundsätzliche Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen. Dennoch steht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland seit mehreren Jahrzehnten vor anhaltenden Finanzierungsproblemen. Die bereits 1883 eingeführte GKV, die etwa 90 Prozent der Bevölkerung als Pflichtmitglieder, mitversicherte Familienangehörige, Rentner oder freiwillige Mitglieder betreut, ist das wichtigste Element des deutschen Gesundheitswesens. Sie leitet einen großen Teil der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten und Arbeitgebern an die jeweiligen Leistungserbringer weiter. Der Staat trägt dagegen in Deutschland nur einen vergleichsweise kleinen Teil der Gesundheitsausgaben (vgl. oben Übersicht 1).

Die insgesamt knapp 400 gesetzlichen Krankenkassen sind für die Finanzierung eines rechtlich weitgehend festgelegten Katalogs von Gesundheitsleistungen zuständig. Gleichzeitig sind sie ein wesentliches Element des deutschen Sozialstaats, da die Kassen ihre Beiträge in Abhängigkeit vom Einkommen und nicht von den jeweiligen Gegenleistungen erheben und so eine gewollte Umverteilung zwischen verschiedenen Gesellschaftsgruppen vornehmen (Solidarprinzip).

Der durchschnittliche Beitragssatz aller Kassen hängt zum einen von den Krankenkassenausgaben und zum anderen von der Höhe der durchschnittlichen Grundlöhne (den beitragspflichtigen Einkommen) ab. Die Krankenkassenausgaben haben sich zwischen 1985 und 1999 in absoluten Zahlen ungefähr verdoppelt. Diese Steigerung ist jedoch weitgehend auf die Entwicklung des Preisniveaus und des Lebensstandards zurückzuführen. Im Verhältnis zum BIP sind die Ausgaben der GKV dagegen nahezu konstant (vgl. Tabelle 3). Selbst die Ausgabensteigerungen des gesamten Gesundheitswesens (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 2) haben nicht zu entsprechenden Ausgabenentwicklungen der GKV geführt. Offenbar ist der Anteil der GKV-Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben gesunken. Dies ist einerseits eine Folge politischer Maßnahmen der Kostenverlagerung (siehe Übersicht 3 und unten Tabelle 5). Zum anderen ist das Ansteigen der gesamten Gesundheitsausgabenanteile bei konstanten GKV-Ausgabenanteilen auf die Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen.

Tabelle 3: Ausgabenentwicklung der GKV in Mrd. DM und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP in Deutschland pro Jahr

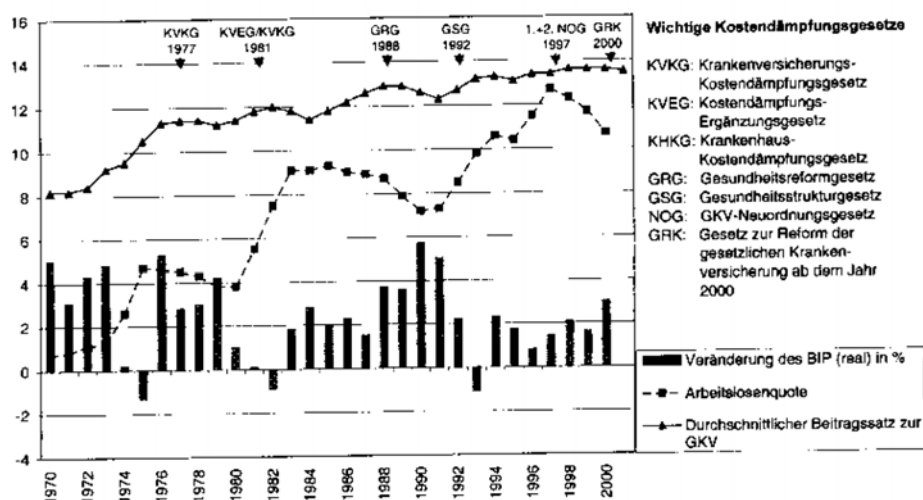
Jahr	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Mrd. DM	90	142	191	210	212	233	243	251	240	255	256	261
% BIP	6,1	5,9	6,5	6,7	6,6	6,9	6,9	7,0	6,6	6,7	6,6	6,5

Quelle: IDW verschiedene Jahrgänge; OECD 2001; eigene Berechnungen.

Trotz der relativen Konstanz der Ausgaben hat sich der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten erhöht (vgl. Übersicht 2). Diese Entwicklung ist im Wesentlichen auf die Entwicklung der Grundlöhne zurückzuführen. Die Einnahmegrundlage der Krankenkassen hat sich zunächst durch die Massenarbeitslosigkeit verschlechtert. Unter anderem infolgedessen hat sich die Lohnquote, die eine wichtige Grundlage für die Krankenkasseneinnahmen ist, deutlich

verschlechtert: Vor allem zwischen 1982 und 1990 ist sie um mehr als sechs Prozentpunkte gefallen. Seit 1991 sind sowohl die bereinigte als auch die unbereinigte Lohnquote jedoch weitgehend konstant (vgl. BMA 2001). Bei einer Lohnquote in Höhe der frühen 1980er Jahre wären die Kassenbeitragssätze heute rechnerisch um etwa zwei Prozent niedriger (Reiners 1999: 50).

Übersicht 3: Beitragssatzentwicklung der GKV und wichtige Bestimmungsfaktoren



Quellen: BMG 2000, BMA 2001, eigene Darstellung.

Übersicht 3 verdeutlicht zunächst die Komplexität von Bestimmungsfaktoren der GKV-Beitragssatzentwicklung. Die Einnahmen der Kassen sind unter anderem von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig. Niedrige oder negative Wachstumsraten und der Anstieg der Arbeitslosigkeit erzeugen daher Finanzierungsprobleme der Kassen. Sie führen zu Beitragssatzsteigerungen oder Reduktionen des Leistungsangebots durch Kostendämpfungsgesetze. Obwohl die politischen Eingriffe dazu führen, dass die enge Bindung der Finanzsituation an die Kassen sich nicht durchgängig an der Beitragssatzentwicklung ablesen lässt, entspricht zumindest die langfristige Tendenz zu höheren Beitragssätzen der gestiegenen Massenarbeitslosigkeit und der in Übersicht 3 nicht direkt dargestellten gefallen Lohnquote. Die Übersicht verdeutlicht auch, dass die Kostendämpfungsgesetze es trotz der relativen Ausgabenstabilität der GKV nicht geschafft haben, den Beitragssatzanstieg langfristig zu stoppen (vgl. dazu detailliert Bandelow 1998: 155-233).

3. Problemlösungen: Politische Rahmenbedingungen und Reformkonzepte in der Gesundheitspolitik

Die bisher vorgestellten Vergleichszahlen der einzelnen Bereiche deuten auf eine allgemeine Tendenz zur relativen Kostensteigerung des Gesundheitswesens in westlichen Demokratien hin. Diese allgemeine Tendenz ist zwar bisher – zumindest gemessen am Bruttoinlandsprodukt – eher schwach. Dies gilt in Deutschland zumindest seit Mitte der 1970er Jahre (vgl. Übersicht 2). Dennoch sind angesichts der medizinisch-technischen, wirtschaftlichen und vor allem demographischen Prognosen weitere Beitragssatzsteigerungen der GKV in den nächsten Jahrzehnten zu erwarten, sofern keine grundlegenden Systemveränderungen erfolgen. In der politischen Auseinandersetzung werden unterschiedliche Konzepte für ein zukünftiges Gesundheitswesen diskutiert, die jeweils auf wesentliche Widerstände stoßen und deren Durchsetzung daher ungewiss ist. Dies liegt unter anderem daran, dass die politischen Akteure von verschiedenen Zielen und Problemwahrnehmungen ausgehen, die im folgenden vorgestellt werden sollen. Anschließend wird ein Überblick über die bisher erfolgten gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Kostendämpfung gegeben. Der letzte Unterabschnitt fasst die aktuelle Reformdiskussion zusammen und stellt einige alternative Vorschläge zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens vor.

3.1 Interessen und Ideen in der politischen Auseinandersetzung

Gesundheitspolitik beinhaltet in Deutschland vor allem Regelungen der Leistungsangebote und Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Zuzahlungen der Kassenpatienten. Obwohl in der politischen Auseinandersetzung dazu widersprüchliche Konzepte vertreten werden, vermitteln die politischen Akteure den Eindruck, sich übereinstimmend am Ziel eines für alle Bürger gleichermaßen zugänglichen, finanzierbaren Gesundheitswesens auf möglichst hohem Niveau zu orientieren. Diese gemeinwohlorientierte Rhetorik verdeckt die divergierenden Interessen, politischen Ideen und Bündnisse in der politischen Auseinandersetzung, deren Kenntnis für ein Verständnis der gesundheitspolitischen Entwicklung in Deutschland unerlässlich ist.

Gesundheitspolitische Maßnahmen betreffen die konkreten Interessen einer Vielzahl von Berufsgruppen: So sind die Vertragsärzte nicht nur an gesicherten Arbeitsplätzen und hohen Einkommen, sondern auch an einem Erhalt ihres Status als Freiberufler interessiert. Auch bei anderen Akteuren – etwa Apothekern, Pflegekräften und Pharmaindustrie – hängen die Einnahmen und Gewinne unmittelbar von gesundheitspolitischen Entscheidungen ab. Die politischen Strategien zur Sicherung von Einkünften und Gewinnen unterscheiden sich jedoch: Während etwa die Pharmaindustrie darauf drängt, dass die gesetzlichen Krankenkassen möglichst hohe Ausgaben für Arzneimittel bereitstellen, versuchen Vertragsärzte und Vertragszahnärzte höhere Gewinne auch dadurch zu erreichen, dass sie Leistungen von den Patienten direkt vergütet bekommen. Die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind dabei einerseits Partner im Kampf gegen allgemeine Ausgabenbeschränkungen im Gesundheitswesen. Andererseits sind sie Konkurrenten bei der Verteilung der Gesundheitsausgaben (vgl. Bandelow 1998: 77-93).

Die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen greifen in der politischen Auseinandersetzung vor allem auf zwei zentrale Argumente zurück: Erstens wird unterstellt, dass hohe Ausgaben ein umfassendes und wirksames Leistungsangebot sichern. Zweitens sollen Ausgabenkürzungen Arbeitsplätze von Beschäftigten im Gesundheitswesen gefährden. Die empirische Tragweite der beiden Argumente ist unterschiedlich: Ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen Ausgabenhöhe und Leistungsqualität ist nur schwer nachzuweisen. Dies liegt vor allem an der umstrittenen Auswahl von Leistungsindikatoren. Mögliche Indikatoren können etwa die Säuglingssterblichkeit oder die Lebenserwartung sein. Beide Indikatoren hängen allerdings auch von anderen Faktoren ab. Auch die subjektive Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen gibt keine verlässliche Auskunft über das medizinische und pflegerische Versorgungsniveau. Bisherige internationale Vergleiche mit den genannten Indikatoren weisen aber darauf hin, dass kein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen Ausgabenhöhe und Leistungsqualität besteht (vgl. etwa Alber 1988; Hajen/Paetow/Schumacher 2000: 241-249).

Der postulierte Zusammenhang zwischen der Höhe der Gesundheitsausgaben und der Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen wird dagegen durch verfügbare Zahlen gestützt. Im deutschen Gesundheitswesen und in der Gesundheitsindustrie waren 1995 mehr als vier Millionen Menschen (11,2% aller Erwerbstätigen) beschäftigt (Statistisches Bundesamt 1998: 368). Es spricht viel dafür, dass steigende Ausgaben für das Gesundheitswesen mehr Arbeitsplätze in diesen Bereichen schaffen als in der übrigen Wirtschaft vernichtet würden – wobei auch diese Arbeitsplatzverluste nur in der genannten Weise eintreten, wenn diese höheren Gesundheitsausgaben als GKV-Beiträge in bisheriger Weise zu 50% über Lohnnebenkosten finanziert würden (vgl. Tabelle 4). Das letztlich positive Saldo hängt damit zusammen, dass das Gesundheitswesen als Dienstleistungssektor besonders personalintensiv ist. Die Zahlen sind allerdings lediglich Schätzungen, tatsächliche Beschäftigungseffekte hängen unter anderem auch davon ab, für welche Bereiche des Gesundheitswesens zusätzliche Kassenausgaben verwendet werden.

Tabelle 4: Beschäftigungseffekte bei Variation der Gesundheitsausgaben

Gesundheitsausgaben	Beschäftigungseffekt im Gesundheitssektor	Beschäftigungseffekt in der gewerblichen Wirtschaft (ohne Bergbau)	Saldo
+ 1 Mrd. DM	+ 9.212	- 3.676 (verarb. Gewerbe)	+ 5.536
Ein Beitragssatzpunkt der GKV + 159.368 (+17,3 Mrd. DM)		- 63.576 (verarb. Gewerbe)	+ 95.773

Quelle: SVRKaIG 1996: 242.

Gesundheitspolitische Maßnahmen betreffen neben den Beschäftigtengruppen auch die Träger der Gesundheitsausgaben. Die GKV wird durch Beiträge von Arbeitgebern und Versicherten finanziert. Diese Gruppen werden in der politischen Auseinandersetzung von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften repräsentiert. Während Arbeitgeberverbände vor allem auf niedrige Kassenbeiträge (als Bestandteil der Lohnnebenkosten) drängen, sind die Gewerkschaften als Versichertenvertreter auch an einem umfassenden und gleichmäßigen Versicherungsschutz interessiert. Gewerkschaften und Arbeitgeber sind auch in den Selbstverwaltungsorganen der

Krankenkassen vertreten. Die Vertreter der einzelner Kassen oder von Kassenverbänden sind daher nicht grundsätzlich einer bestimmten Interessengruppe zuzuordnen (vgl. Bandelow 1998: 93-102).

Zu den zentralen Problemen der deutschen Gesundheitspolitik gehört die asymmetrische Vertretung der verschiedenen Interessengruppen. Während etwa die Kassenärzte gut organisiert sind, verfügen Versicherte, Patienten und Pflegepersonal über keine einflussreichen Interessenverbände (vgl. Bandelow 1998: 101-102). Verstärkt wird diese Ungleichheit durch politische Bündnisse, die nicht nur auf Interessen, sondern auch auf übereinstimmenden Ideen basieren. Dabei kommt den konkurrierenden politischen Leitbildern „Eigenverantwortung“ und „Solidarität“ eine besondere Bedeutung zu (vgl. Bandelow 1998: 118-124).

Die Gesundheitspolitik der Bundesregierungen folgt seit Mitte der 1970er Jahre – mit der kurzen Unterbrechung des Ende 1998 erlassenen Solidargesetzes – dem Leitbild der Eigenverantwortung. Wesentliches Ziel der Gesundheitspolitik ist die Senkung der GKV-Ausgaben bei gleichzeitiger Sicherung der gesundheitlichen Grundversorgung der Bevölkerung. Dies soll erreicht werden, indem die Effizienz des Gesundheitswesens erhöht wird. Dabei wird das Gesundheitswesen als Markt interpretiert, bei dem alle Beteiligten (etwa Ärzte oder Patienten) als Anbieter oder Nachfrager von Gesundheitsleistungen daran interessiert sind, ihren „Nutzen“ zu maximieren. Bestimmte Finanzierungsstrukturen können dann Anreize für die einzelnen Akteure produzieren, die dazu führen, dass die eingesetzten Finanzmittel nicht optimal eingesetzt werden.

Um dies an zwei Beispielen zu verdeutlichen: Es wird etwa angenommen, dass Ärzte als Nutzen nur ihr Einkommen (und nicht etwa die Gesundheit ihrer Patienten) wahrnehmen. Eine Bezahlung von Ärzten auf Grundlage der von ihnen erbrachten einzelnen Tätigkeiten (Einzelleistungsvergütung) führt dann dazu, dass Ärzte danach streben, möglichst viele Patienten zu behandeln und an diesen Patienten möglichst viele einzelne Leistungen zu erbringen – unabhängig davon, ob diese Leistungen unbedingt medizinisch notwendig sind. Bei einem Festgehalt würden Ärzte dagegen daran interessiert sein, möglichst wenige Patienten zu behandeln und wenige einzelne Leistungen zu erbringen. Die Einzelleistungsvergütung führt demnach im Vergleich zu Festgehältern zu unnötigen Leistungen und erzeugt überflüssige Ausgaben.

Ein zweites Beispiel ist die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch Versicherte: Es wird angenommen, dass Versicherte versuchen, für den bezahlten Versicherungsbeitrag ein möglichst hohes Maß an Leistungen zu erhalten – unabhängig davon, ob der eigentlich vorgesehene Versicherungsfall in der notwendigen Weise eingetreten ist. Die Übernahme von Behandlungskosten durch Versicherungen führt demnach zu einer unnötigen Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen, Medikamenten etc.

Nach diesem Muster wurden Anfang der 1980er Jahre im deutschen Gesundheitswesen auf fast allen Ebenen „Rationalitätenfallen“ angenommen. Diese Fallen bestehen dann, wenn ein Individuum, das sich an seinem eigenen Nutzen orientiert, damit das Gesamtinteresse der Gemeinschaft verletzt (vgl. Herder-Dorneich 1983). Ziel der Gesundheitspolitik müsste es demnach sein, das Gesundheitswesen den Gesetzmäßigkeiten des Marktes anzupassen, um individuelle und gemeinschaftliche Interessen in Übereinstimmung zueinander zu bringen. Dieser Ansatz begründet unter anderem politische Bemühungen mit dem Ziel, den Umfang der gemein-

schaftlich abgesicherten Leistungen im Gesundheitswesen zu reduzieren – und so die „Eigenverantwortung“ der Versicherten zu erhöhen. Die Konzeption entspricht damit unter anderem den Interessen der Arbeitgeber.

Dem hier nur stark vereinfacht skizzierten Konzept der Eigenverantwortung steht eine Position entgegen, die in dem Gesundheitswesen nicht allein eine Notfallversicherung sieht, sondern es als Bestandteil des Wohlfahrtsstaates interpretiert. Ziel des Gesundheitswesens ist es danach, einen Beitrag zur Chancengleichheit der Bevölkerung zu leisten: Allen Einwohnern soll unabhängig von ihrem Einkommen eine gesundheitliche Versorgung auf gleichem und möglichst hohem Niveau garantiert werden. Die Ausweitung von Marktelementen im Gesundheitswesen wird kritisiert, da Gesundheitsgüter eine Reihe von Besonderheiten aufweisen, die eine unverzerrte Nachfrage in der Höhe der tatsächlichen Bedürfnisse verhindern. Zu diesen Besonderheiten gehören etwa die Spezifität von Gesundheitsleistungen und die asymmetrische Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient. Dadurch bestimmt letztlich nicht der Patient über die von ihm gewünschten Maßnahmen, sondern der Arzt als Anbieter eines Teils der Leistungen entscheidet gleichzeitig auch über Art und Umfang der Behandlung (angebotsinduzierte Nachfrage). Anreize für den Patienten (etwa über Selbstbeteiligungen) mit dem Ziel, eine unnötige Inanspruchnahme zu vermeiden, sind daher weitgehend wirkungslos. Diese Annahme wird auch durch empirische Erfahrungen – etwa mit den Auswirkungen von Zuzahlungsregelungen in den Niederlanden zwischen 1997 und 1998 – bestätigt (vgl. Müller 1999). Die Vertreter einer Stärkung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung zweifeln daher die Wirksamkeit von ökonomischen Anreizen zur Reduktion der Gesundheitsausgaben an. Sie sehen in diesen Maßnahmen eine Umverteilung der Trägerschaft der Gesundheitsausgaben und der Verteilung der Gesundheitsleistungen zu Lasten sozial Schwächerer. Diese Umverteilung soll gestoppt und durch eine Stärkung solidarischer Ausgleichs ersetzt werden. Vertreter des Prinzips der Eigenverantwortung kritisieren diese Sicht unter anderem mit dem Argument, dass Marktelemente nicht zwangsläufig zu einer Umverteilung zu Lasten sozial Schwacher führen müssen, da dieser Effekt mit ergänzenden Maßnahmen (etwa Überforderungsklauseln bei Selbstbeteiligungen) verhindert werden kann.

Die unterschiedliche Bewertung von Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen durch Politiker, Wissenschaftler, Journalisten und andere Akteure im Gesundheitswesen prägt nicht nur den Inhalt der jeweils geforderten Reformmaßnahmen. Sie führt auch zu unterschiedlichen Einschätzungen des Reformbedarfs im deutschen Gesundheitswesen. So gilt die Krankenhausversorgung als besonders stark durch staatliche Steuerung geprägt und wird daher von Anhängern marktwirtschaftlicher Prinzipien meist als besonders reformbedürftig charakterisiert. Kritiker von Wettbewerbselementen sehen dagegen den stärksten Reformbedarf im Arzneimittelbereich mit seinen privatwirtschaftlich organisierten Unternehmen.

Angesichts dieser widersprüchlichen Interessen und ideologischen Orientierungen im Gesundheitswesen ist die Durchsetzung umfassender Reformvorhaben schwierig. Bis Anfang der 1990er Jahre galt das Gesundheitswesen als „Haifischbecken“, in dem die Interessengruppen jede grundlegende Strukturreform verhindern würden. Die politische Macht vor allem der gut organisierten Kassenärzte galt als unüberwindbar. Spätestens bei der Umsetzung grundlegender Reformen haben die Interessengruppen weitreichende Blockademöglichkeiten, da die Politik auf die Zu-

sammenarbeit mit den jeweiligen Betroffenen in den Selbstverwaltungsorganen des deutschen Gesundheitswesens angewiesen ist. Als weitere Reformblockaden wirken die Besonderheiten des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland: Der kooperative Föderalismus und das Verhältniswahlrecht (mit der Folge, dass in der Regel nur durch parteipolitische Koalitionen Regierungsmehrheiten gefunden werden können) machen für die Durchsetzung grundlegender Reformen parteiübergreifende Bündnisse notwendig. Obwohl bei den politischen Parteien Einigkeit darüber besteht, dass grundlegende Strukturreformen im Gesundheitswesen notwendig sind, kam es nur einmal (1992) zu einem tragfähigen Parteienbündnis in der Gesundheitspolitik (vgl. Bandelow 1998: 177-231; Hartmann 2000: 144-165). Die gegensätzlichen Vorstellungen über ein Gesundheitswesen der Zukunft – das entweder durch gestärkte Eigenverantwortung oder durch eine veränderte Gestaltung des Solidarprinzips geprägt sein muss – standen bei allen anderen Reformversuchen einer parteipolitischen Einigung entgegen.

3.2 Bisherige Reformen und Reformergebnisse

Nach einer Phase des Leistungsausbaus der gesetzlichen Krankenversicherung gelangte mit der wirtschaftlichen Krise der 1970er Jahre das Thema einer Begrenzung der Kassenausgaben und der GKV-Beitragssätze auf die Tagesordnung der Politik. Unter wechselnden Regierungen werden seitdem in immer kürzeren Abständen Kostendämpfungsgesetze verabschiedet. Diese politischen Maßnahmen gehen einhellig von der Annahme eines Anstiegs Gesundheitsausgaben aufgrund falscher Anreizstrukturen und ökonomischer Entwicklungen aus.

Vor diesem Hintergrund konzipieren die jeweils zuständigen Bundesministerien regelmäßige Reformpakete, mit denen die ordnungspolitischen Grundlagen der GKV verändert werden sollen. Ein großer Teil der geplanten Maßnahmen wurde jedoch bisher entweder nicht verabschiedet oder ist in der Umsetzungsphase gescheitert. Kurzfristige Stabilisierungen der Ausgaben und Beitragssätze wurden vor allem durch Leistungskürzungen und erhöhte Selbstbeteiligungen erreicht (siehe Tabelle 5). Die vor allem bei Arzneimitteln erhobenen Zuzahlungen wurden Mitte 1997 auf ihren bisherigen Höchststand von bis zu 13 DM pro Packung angehoben. Allerdings werden sozial Schwache durch Härtefallregelungen ausgenommen (Sozialklausel) und eine Überforderungsklausel schützt alle Versicherten davor, dass sie mehr als 2% ihres Bruttoeinkommens für Zuzahlungen (bei chronisch Kranken 1%) ausgeben müssen. Der Anteil der Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und privat finanzierten Leistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben ist zwischen 1991 und 1998 von 10,8% auf 12,8% gestiegen (OECD 2001). Hinzu kommen noch die fast ebenso hohen Aufwendungen für private Krankenversicherungen. Zuzahlungserhöhungen bewirken nicht nur eine Verlagerung von Kosten von den Gesunden auf die (meist älteren) Kranken, sondern auch eine Entlastung der Arbeitgeber zu Lasten der Patienten. Anfang 1999 wurden die Zuzahlungen von der SPD-geführten Bundesregierung erstmals wesentlich gesenkt.

Ein weiteres zentrales Ziel der Gesundheitspolitik ist die Steigerung der Effizienz von Krankenhäusern. Bis Mitte der 1990er Jahre wirkte sich trotz flexibler Budgetierung das Selbstkostendeckungsprinzip wesentlich auf die Krankenhausfinanzierung aus. Krankenhäuser konnten ihre Einnahmen erhöhen, indem sie unabhängig

von der medizinischen oder pflegerischen Notwendigkeit Patienten länger stationär behandelten. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde als wesentliche Ursache für eine uneffiziente Leistungserbringung ausgemacht. Seit 1996 ersetzen daher Sondertarife und abteilungsbezogene Fallpauschalen schrittweise das Selbstkostendeckungsprinzip. Bei einer Vergütung über Fallpauschalen besteht für die Krankenhäuser ein Anreiz, Patienten möglichst kurz und kostengünstig zu behandeln. Bisher werden bereits 25% der Krankenhausleistungen über Fallpauschalen abgerechnet.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde beschlossen, dass ab dem Jahr 2004 sämtliche Krankenhausleistungen über ein spezielles System der Fallpauschalen, die Diagnosis Related Groups (DRG), abgerechnet werden. DRGs sind ein international entwickeltes System zur Klassifikation von Krankheitsfällen in medizinisch vergleichbaren Gruppen. Neben der Einführung von Fallpauschalen führen auch die seit Jahren in unterschiedlicher Form angewendeten sektoralen Budgets zu Sparzwängen in den Krankenhäusern. Die Budgets werden üblicherweise zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf Landesebene verbindlich vereinbart. Zwischen 1993 und 1995 sowie für 1999 wurde zudem gesetzlich eine Anbindung der gesamten Ausgabensteigerung an den Zuwachs der Arbeitnehmerinkommen vorgegeben. Während diese Sparzwänge von Befürwortern als erster Schritt zu einer Wirtschaftlichkeitsorientierung der Krankenhäuser begrüßt werden, kritisieren die Krankenhausträger die Maßnahmen, da sie Entlassungen, niedrigere Tarifeinstufungen von Beschäftigten und letztlich eine schlechtere Versorgung der Patienten bewirken würden.

Auch im ambulanten Sektor wurden in den letzten Jahrzehnten vielfach Bemühungen zur Ausgabenbegrenzung unternommen. Die ärztlichen Vergütungen werden auf regionaler Ebene von den 23 Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenverbänden ausgehandelt. Der Gesetzgeber gibt lediglich einen Rahmen für die Selbstverwaltung vor. Von besonderer Bedeutung war hier die Änderung der ärztlichen Gebührenordnung mit dem Ziel, Allgemeinmediziner und den Bereich der sprechenden Medizin aufzuwerten. Zudem bestehen seit 1999 Zulassungsbeschränkungen für neue Kassenärzte. Diese Maßnahme wurde bereits 1992 beschlossen, um zu verhindern, dass die Arztdichte weiter ansteigt. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine hohe Arztdichte einzelne Mediziner dazu verführt, unnötige Leistungen an den ihnen verbleibenden Patienten zu erbringen und so zu Ausgabensteigerungen beiträgt. Die Vertragsärzte sind nicht nur von Maßnahmen betroffen, die unmittelbar auf die ambulante Versorgung zielen. Da Ärzte durch Überweisungen und Verschreibungen weitere Kosten auslösen, kommt ihnen eine Schlüsselstellung im Gesundheitswesen zu. Diese Schlüsselstellung hat dazu geführt, dass im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 die Vertragsärzte für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben der Kassen verantwortlich gemacht werden. Seit 1993 bestehen in wechselnder Form und mit Unterbrechungen Verschreibungs-Höchstgrenzen für einzelne Ärzte oder für Arztgruppen. Die verschiedenen gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass die Ärzte mit ihrem eigenen Einkommen für Überschreitungen individuell oder kollektiv haften sollen. Bisher wurden die vorgegebenen Budgets allerdings wiederholt überschritten, ohne dass die vorgesehenen Sanktionen genutzt wurden. Anfang des Jahres 2001 wurden die Arzneimittel-Budgets rückwirkend zum September 2000 vorläufig ausgesetzt.

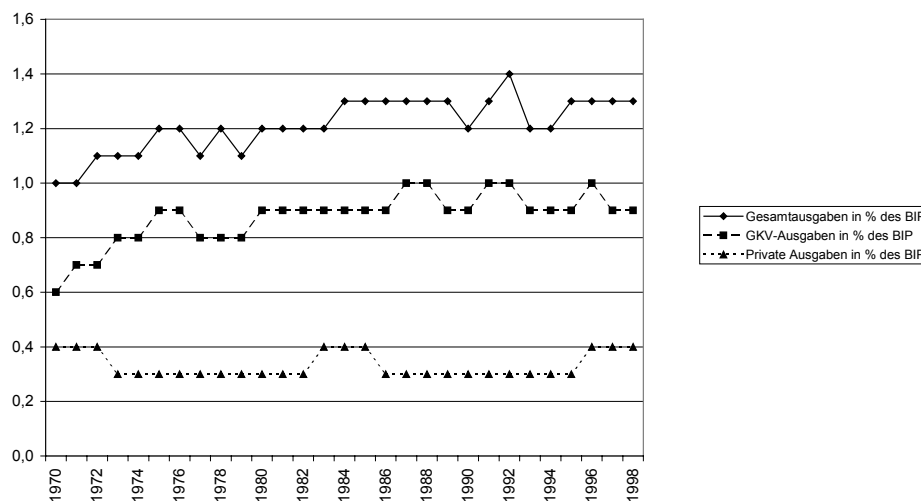
Tabelle 5: Wichtige gesundheitspolitische Maßnahmen seit 1977 in Deutschland (ohne spezifische Maßnahmen in den neuen Ländern)

Krankenhaussektor	Ambulante Versorgung	Arzneimittelversorgung	Krankenkassenorganisation	Selbstbeteiligungen
1985: Rückzug des Bundes aus der Finanzierung von KH-Investitionen	1993-1995: Verschärfte Budgetierung	1978: Generelle Qualitäts-, Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsprüfung für neue Arzneimittel	1977: Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben für ältere Versicherte zwischen den Kassen (KVdR-Ausgleich)	1977: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1993, 2000: Stärkere Verzahnung mit der ambulanten Versorgung	1995, 2000: Aufwertung der allgemeinärztlichen Tätigkeit und sprechender Medizin in der Vergütung	1983: Indikationsbezogene Negativliste	1984: Ersetzung des KVdR-Ausgleichs durch den alle Versicherten umfassenden einnahmeseitigen Risikostrukturausgleich (RSA)	1982: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1993-1995: Verschärfte Budgetierung	1999: Einschränkung der Zulassungsfreiheit für Kassenärzte	1989: Festbeträge für gleiche oder vergleichbare Arzneimittelgruppen	1996: Ausweitung der Kassenwahlrechte auf fast alle Versicherten	1983: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1996: Schrittweise Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten	1989, 1993, 2001: Verschiedene Modellversuche mit neuen Versorgungs- und Finanzierungsformen	1993: Preisermittlung für Arzneimittel bis 1994	1996: Neuordnung der Kassenselbstverwaltung u.a. durch Einführung eines hauptamtlichen Vorstands	1989: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1999: Verschärfte Budgetierung	2001: Ermöglichung von integrierter Versorgung als zentraler Form von Leistungserbringung und Finanzierung	1993: Praxis-bezogene Budgetierung (1998 ausgesetzt, 1999 wieder eingeführt, 2001 wieder ausgesetzt. Die Budgets wurden oft ohne Sanktionen überschritten.)	2000: Stufenweiser Ost-West-RSA bis 2007	1993: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
2003 (geschlossen): Berichte über Qualitätsmanagement		2003 (geschlossen): Positivliste		1997: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
2004 (geschlossen): Vollständige Finanzierung der Behandlungskosten über abteilungsübergreifende DRG-Fallpauschalen				1999: Senkung der Selbstbeteiligungen

Jahreszahlen bezeichnen jeweils das Inkrafttreten der Regelungen. Quelle: Eigene Darstellung.

Dennoch wurden auch im Arzneimittelsektor umfassende Kostendämpfungsmaßnahmen durchgesetzt. Die größte Bedeutung für die Kostenentwicklung hatten neben den Budgets die 1989 eingeführte Festbetragsregelung und das Preismoratorium von 1993 bis 1994. Die Festbetragsregelung sieht vor, dass Arzneimittel mit denselben oder vergleichbaren Wirkstoffen oder vergleichbarer Wirkung zu Gruppen zusammengefasst werden. Für diese Gruppen werden Festbeträge gebildet, die sich an den unteren bis mittleren Preisen der jeweiligen Gruppe orientieren. Der Festbetragsmarkt der GKV umfasst mittlerweile 65% der Verordnungen und 47% des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt. Das Preisniveau dieses Marktsegmentes lag im Jahr 2000 um fast 30% unter dem Preisniveau von 1989. Gleichzeitig sind die Preise für Medikamente ohne Festbetragsregelung um 20% gestiegen (Schwabe/Paffrath 2001: 795). Trotz der Einsparungen durch die Festbetragsregelung weisen die Arzneimittelausgaben der GKV im Jahr 2001 nach der Aufhebung der Budgets die größten Zuwachsraten im Gesundheitswesen auf. Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass es nach Widerständen der Pharmaindustrie bisher nicht gelungen ist, die bereits 1992 gesetzlich beschlossene Positivliste für erstattungsfähige Arzneimittel zu verabschieden. Ein Überblick über die Entwicklungen der Anteile der Arzneimittelausgaben, der Kassenausgaben für Arzneimittel und der privaten Ausgaben für Arzneimittel am BIP verdeutlicht, dass keine der genannten Maßnahmen langfristig kostendämpfende Wirkungen hatte. Lediglich ein weiterer Anstieg der relativen Arzneimittelkosten konnte seit Mitte der 1980er Jahre verhindert werden (vgl. Übersicht 4).

Übersicht 4: Entwicklung der Anteile der Arzneimittelausgaben am BIP in Deutschland



Quelle: OECD 2001

Ein wesentlicher Mangel aller Reformbemühungen liegt darin, dass sie sich auf die *Ausgaben* der gesetzlichen Krankenkassen beschränken. Das Problem der sinkenden Einnahmen wurde dagegen bisher nicht gelöst. Auch Reformen, welche die Finanzierungsseite des Gesundheitswesens betreffen, zielen bisher nicht auf eine Lösung des Problems des Einnahmerückgangs durch sinkende Lohnquoten und steigende Arbeitslosigkeit. Auf der Finanzierungsseite wurde mit der Einführung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen und der Ausweitung der Kassenwahlrechte bisher eine Reform eingeleitet, die sich an zwei zum Teil widersprüchlichen Zielen orientiert. Die GKV-Organisationsreform geht auf Bemühungen von SPD, Gewerkschaften und Ortskrankenkassen zurück, den Solidarausgleich der GKV zu erweitern. Dazu sollte die Benachteiligung von Arbeitern aufgehoben werden, die bis 1994 (mit wenigen Ausnahmen) über keine Kassenwahlrechte verfügten. Der Risikostrukturausgleich sollte zur Stärkung der benachteiligten Ortskrankenkassen beitragen. Auf der anderen Seite verfolgt die Organisationsreform das Ziel, die Grundlage für einen Wettbewerb zwischen den Kassen zu schaffen. Da die 1992 begonnene Reform bisher nicht konsequent weitergeführt wurde, erfüllt die gegenwärtige Struktur weder das Ziel einer Überwindung der historisch begründeten Schranken des Solidarausgleichs noch das Ziel eines wirkungsvollen Wettbewerbs zwischen den Kassen.

3.3 Aktuelle Reformdiskussion

Die aktuelle Reformdiskussion führt sowohl in ihren Inhalten als auch in den politischen Strategien weitgehend die bisherigen Reformen fort. Im Mittelpunkt der öffentlichen Debatte steht gegenwärtig der Arzneimittelsektor, da infolge der Aufhebung der Arzneimittel-Budgets die Kassenausgaben für Medikamente im Jahr 2001 sprunghaft gestiegen sind. Da vor allem innovative Arzneimittel mit Patentschutz, die nicht unter die Festbetragsregelung fallen, deutliche Preissteigerungen aufweisen, wird vom Bundesgesundheitsministerium erwogen, die Hersteller-Abgabepreise für diese Medikamente zwangsweise um 4% zu senken. Außerdem soll möglicherweise eine allgemeine Aut-Idem-Regelung (wörtlich: „oder dasselbe“) eingeführt werden. Danach verschreiben Ärzte faktisch nur noch den Wirkstoff. Die Apotheken wählen bei der Rezepteinlösung eines der fünf preiswertesten Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff aus. Für die Pharmahersteller würde eine solche Regelung starke Anreize erzeugen, immer unter den fünf billigsten Anbietern zu sein. Allerdings sieht der aktuelle Gesetzentwurf vor, dass Ärzte ausnahmesweise auch ein bestimmtes Medikament verordnen können. Schon seit 1993 besteht für Ärzte die Möglichkeit, auf dem Rezept einen Aut-Idem-Vermerk vorzunehmen, welcher der Apotheke gestattet, ein höchstens ebenso teures Arzneimittel mit demselben Wirkstoff abzugeben.

Die tatsächliche Verabschiedung beider Vorschläge ist angesichts des entschiedenen Widerstands der Pharmaverbände gegenwärtig fraglich. Bei der Preissenkung für innovative Arzneimittel hat das Ministerium bereits signalisiert, dass es bereit ist, ein Alternativangebot der Industrie anzunehmen. Danach zahlen die Hersteller einmalig 400 Millionen DM für den Verzicht auf das Gesetz. Ein ähnliches Angebot der Industrie für den Verzicht auf die Aut-Idem-Regelung (900 Mill. DM oder ein Preisrabatt von 3%) wurde dagegen bisher vom Ministerium abgelehnt. Unabhängig von möglichen verfassungsrechtlichen und moralischen Bedenken gegen derartige Geschäfte

zwischen Politik und Industrie, führt die Vielfalt der Interessen erfahrungsgemäß dazu, dass entsprechende Vorschläge oft noch kurzfristig geändert, angenommen oder verworfen werden. Gegenwärtig lässt sich daher nur prognostizieren, dass in näherer Zukunft Kompensationsmaßnahmen für die Aufhebung der Deckelung der Arzneimittelpreise erfolgen werden.

Neben diesen speziellen Diskussionen finden sich in allen Bereichen Vorschläge der jeweiligen Betroffenengruppen, die auf eine Sicherung und Ausweitung ihrer Einkünfte zielen. Diesen Forderungen stehen wiederum Konzepte der Politik gegenüber, die davon ausgehen, dass sich durch weitere Wettbewerbselemente und Anreizsysteme die Effizienz des Gesundheitswesens erhöhen ließe.

Tabelle 6 fasst Elemente unterschiedlicher Reformkonzepte zusammen, die zum Teil im Gegensatz zueinander stehen. Die als „Alternativen“ aufgeführten Vorschläge sind radikaler Natur und zielen auf die tieferen Problemstrukturen, stehen aber nicht auf der aktuellen gesundheitspolitischen Agenda. Überraschend an der Mehrzahl der Vorschläge ist die ungebrochene Orientierung an der Idee, dass die Umsetzung anreizorientierter Modelle der Gesundheitsökonomie zu Ausgabensenkungen beitragen könnte. Sowohl theoretische Überlegungen, als auch internationale Vergleiche und die bisherigen Erfahrungen in Deutschland zeigen jedoch, dass diese Annahme falsch ist: Wettbewerbselemente können zu einer effektiveren Leistungserbringung, vor allem im Bereich der Spitzenmedizin, führen. Sie führen jedoch fast immer zu geringerer Effizienz und damit zu höheren Kosten. Dies zeigt besonders anschaulich das Gesundheitswesen der USA. Dieser Effekt wird noch verstärkt, wenn die Wettbewerbselemente mit aufwendigen Bemühungen zur Begrenzung ungewollter Verteilungseffekte verbunden werden (vgl. Alber 1988; Bandelow 1998: 162-166; Hajen/ Paetow/Schumacher 2000: 249).

Auffällig ist außerdem die weiterhin dominierende Konzentration auf die Ausgabenseite des Gesundheitswesens. Angesichts der Konzentration auf Effizienzprobleme des deutschen Gesundheitswesens werden Überlegungen für eine Lösung der Einnahmeprobleme der Krankenkassen bisher in der Politik nicht ernsthaft erwogen. Auch grundlegende Reformen, die letztlich auf die problematischen Machtstrukturen im Gesundheitswesen zielen, sind von der politischen und wissenschaftlichen Agenda verschwunden. Noch in den 1970er Jahren wurden etwa „Strategien zur Verstaatlichung und Vergesellschaftung“ (Naschold 1976: 137) von Gesundheitsschutz und Anbietern von Gesundheitsleistungen gefordert. Derartige Vorschläge sind heute weit von der politischen Realität entfernt. Aber auch grundlegende Eingriffe in die Finanzierungsmechanismen von ambulantem Sektor und Arzneimittelversorgung sind – im Gegensatz zur Reform der Krankenhausfinanzierung – politisch gegenwärtig nicht durchzusetzen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Durchsetzungsstrategien der Politik sich nicht am Vorbild der bisher einzigen erfolgreichen Strukturreform von 1992, sondern vielmehr an den Strategien der gescheiterten Reform von 1988 orientieren. Deren wesentliches Merkmal ist die frühzeitige und umfassende Beteiligung der Interessengruppen an der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik – zuletzt durch den im Mai 2001 von der zuständigen Ministerin Ulla Schmidt einberufenen Runden Tisch. Die Innovationskraft dieses Gremiums aus Verbandsvertretern ist gering, da die konkurrierende Einzelinteressen jede konstruktive Problemlösung verhindern. So ist es in fünf der sechs Arbeitskreise des Gremiums bisher nicht gelungen, sich auf gemeinsame Empfehlungen zu einigen.

Tabelle 6: Ausgewählte aktuell diskutierte Reformvorschläge und mögliche Alternativen

Krankenhaussektor	Ambulante Versorgung	Arzneimittelversorgung	Krankenkassenorganisation/ Finanzierung/ Übergreifendes	Selbstbeteiligungen
Weiteres Qualitätsmanagement bei Krankenhausleistungen Weitere Professionalisierung der Krankenpflege Weitere Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung Rückzug der Länder aus der Finanzierung von Krankenhausbudgets (monistische Finanzierung) Ausweitung der Kassenaufgaben Verschärfte Budgetierung	Hausarztssystem Stärkung von Elementen der Kopf- und Fallpauschalen oder Einführung von Festgehältern für Vertragsärzte Änderung des Ausbildungssystems für Mediziner im Hinblick auf qualitative und quantitative Bedürfnisse des Gesundheitswesens Vollständige Aufhebung des Sicherstellungsauftrags für Kassenärztliche Vereinigungen Reduktion des Leistungskatalogs der GKV Ausweitung der Kassenausgaben Verschärfte Budgetierung	Auf-Idem-Regelung Absenkung der Hersteller-Abgabepreise um 4% für Nicht-Festbetragsarzneimittel Stärkung der sprechenden Medizin in Ausbildungen und Gebührenordnungen Verschärfte Budgetierung Zulassung von Versandapotheken Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel Integration der Pharmaindustrie in die Selbstverwaltung Änderungen bei Patentschutz und Zulassungszeiten	Erweiterung des Wettbewerbs zwischen den Kassen etwa durch Einkaufsmodelle nach Schweizer Vorbild, wie beim Zahnersatz) evtl. verbunden mit umfassender Umstellung auf integrierte ambulante und stationäre Versorgung in einzelnen Systemen mit neuen Finanzformen Globales Budget für alle Bereiche Ausweitung der Beitragsgrundlage auf alle Einnahmen, auch außerhalb abhängiger Erwerbseinkommen Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten auf Besserverdienende, Selbstständige und Beamte Mindestbeitragsätze der Kassen Progressive Beitragssätze Rückführung der GKV auf eine Notfallsicherung	Bonus-/Malus-Regelungen (ähnlich wie beim Zahnersatz) Beschränkung oder Konzentration der Selbstbeteiligungen auf umstrittene Therapieelemente Erhöhung der Selbstbeteiligungen Senkung der Selbstbeteiligungen
<i>Alternativen:</i> Abbau von Hierarchien und vor allem Chefarztprivilegien in Krankenhäusern Ausweitung von Interessenvertretungen der Patienten in Krankenhäusern	<i>Alternativen:</i> Abschaffung des Status der Freiberufler für niedergelassene Ärzte Polikliniken	<i>Alternativen:</i> Ausweitung der staatlichen Kontrolle der Arzneimittelpreise Stärkere Verlagerung der pharmazeutischen Forschung von Privatunternehmen auf öffentliche Institutionen	<i>Alternativen:</i> Stärkung der Kassen-Nachfragemacht und des Solidarprinzips durch Zusammenschluss der Kassen zu einer Einheitskasse Einführung eines staatlichen Gesundheitsdienstes	<i>Alternativen:</i> Diagnoseabhängige Selbstbeteiligungen Verzicht auf Selbstbeteiligungen

Quelle: Eigene Darstellung

4. Fazit

Fasst man die verschiedenen Entwicklungen im Gesundheitswesen zusammen, dann ergibt sich als erster Befund, dass die häufig beklagte Kostenexplosion (noch) nicht stattgefunden hat. Der Eindruck starker Kostensteigerungen basiert auf der Betrachtung absoluter Ausgabenzuwächse, die weder die Inflationsentwicklung noch die allgemeine Produktivitätssteigerung berücksichtigen. Auch die häufige Konzentration auf kurze Zeiträume trägt zu dem falschen Eindruck einer Kostenexplosion bei, da sie oft Reaktionen auf spezifische politische Maßnahmen wiedergeben. Gemessen am BIP sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland seit fast 20 Jahren nur wenig gestiegen. Die Ausgabenanteile der GKV an der gesamten Wirtschaftsleistung sind seit 10 Jahren sogar nahezu konstant. Allerdings gibt es in einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens leichte Ausgabensteigerungen. Diese betreffen zum einen die personenbezogenen Dienstleistungsbereiche, die im Gesundheitswesen – wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch – geringere Effizienzsteigerungen erreichen können als der produzierende Sektor. Zum anderen finden sich trotz relativ einschneidender politischer Eingriffe auch Steigerungen der Arzneimittelausgaben. In Zukunft sind aber weitere Steigerungen vor allem als Folge des demographischen Wandels zu erwarten.

Ohne grundlegende Reformen wird es daher spätestens in zwanzig Jahren wesentliche Finanzierungsprobleme der GKV geben. Die über 100 Jahre alte Krankenversicherung ist in ihren gegenwärtigen Strukturen nicht mehr geeignet, neben einer Grundsicherung abhängig Beschäftigter und Rentner vor wesentlichen Krankheitsfolgen auch allgemeine Umverteilungsaufgaben zu erfüllen. Dies führt zur Notwendigkeit grundlegender politischer Richtungsentscheidungen: Entweder die Krankenversicherung wird bewusst als reduzierte Notfallsicherung konzipiert, etwa indem Wahlrechte weiter ausgebaut werden, um dann letztlich die Arbeitgeberbeteiligung und die solidarischen Ausgleichs nur noch auf die Minimalversorgung zu beschränken. Dieses Konzept wäre verbunden mit einer deutlichen Ausweitung von Selbstbeteiligungen. Alternativ dazu könnten die Einkommensgrundlagen der GKV deutlich erweitert oder auf Steuern umgestellt werden, um weiterhin umfassende Umverteilungsaufgaben zu erfüllen. Ein derartiges Konzept wäre mit einer Reihe bisher nicht durchsetzbarer grundlegender Eingriffe zum Abbau von Privilegien einzelner Leistungsanbieter verbunden (vgl. Tabelle 6). Zwischen diesen Alternativen muss eine normative Grundentscheidung erfolgen. Die Gesundheitspolitik der letzten 25 Jahre hat die gesamtgesellschaftliche Bedeutung dieser Frage bisher ignoriert, indem bei gesundheitspolitischen Entscheidungen ausgewählten Interessengruppen privilegierte Einflussmöglichkeiten eingeräumt wurden. Die Folge waren Maßnahmen, die lediglich Kostenverschiebungen beinhalteten, grundsätzliche Richtungsfragen aber ungelöst ließen. Zu diesen Richtungsfragen gehört auch die Frage nach den inhaltlichen Zielen und Qualitätskriterien gesundheitlicher Versorgung: Welche Rolle sollen etwa alternative Heilverfahren oder gentechnische Methoden in Zukunft spielen? Wer soll die Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen prüfen und wie ist die Würde kranker Menschen auch bei erhöhter Effizienz der Leistungserbringung zu wahren?

Diese Fragen sollten in einer breiten und transparenten politischen Diskussion geklärt werden, da sie die ganze Bevölkerung und nicht nur einzelne Interessen-

gruppen betreffen. Dabei ist es unverzichtbar, die erstarrten Entscheidungsfindungsgremien durch innovative Elemente – etwa Bürgerforen – zu ergänzen, um ein Gegengewicht zu den starken Interessenverbänden zu erzeugen. Das Resultat einer solchen Debatte könnte ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen mit höheren Gesamtausgaben, hohen Gewinnen für erfolgreiche Mediziner und Arzneimittelanbieter, dadurch innovativer Spitzenmedizin für Teile der Bevölkerung bei gleichzeitiger solidarischer Grundsicherung sein. Alternativ dazu könnte sich das Konzept eines Ausbaus des Solidargedankens der Krankenversicherung mit einheitlicher Versorgung zu vergleichsweise niedrigen Preisen mit sicheren Arbeitsplätzen für die Leistungserbringer, aber eher niedrigem Niveau der Spitzenmedizin durchsetzen. Beides wäre grundsätzlich finanzierbar.

Anmerkung

- 1 Ich danke Christian Wehry und Dietrich Plath für Hinweise und technische Unterstützung.

Literatur

- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Schmidt, Manfred G. (Hrsg.): Staatstätigkeit (PVS-Sonderheft 19). Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Bäcker, Gerhard/Bispinck, Reinhard/Hofemann, Klaus/Naegele, Gerhard, 2000: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Bandelow, Nils C., 1998: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Leske + Budrich.
- Braun, Bernhard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut, 1998: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Cassel, Dieter, 2001: Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 81/2, 87-91.
- Deppe, Hans-Ulrich, 2000: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Frankfurt: VAS.
- Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald, 2000: Gesundheitsökonomie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartmann, Anja, 2000: Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation, Ruhr-Universität Bochum (im Erscheinen, Opladen: Leske + Budrich).
- Heintze, Cornelia, 2000: Gesundheitsreform: Andere sind besser, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 45/11, 1302-1307.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1983: Sich selbst verstärkende Anspruchsdynamik und ihre Einordnung in sich selbst steuernde Regelkreissysteme, in: Herder-Dorneich, Philipp/Schuller, Alexander (Hrsg.): Die Anspruchsspirale. Stuttgart: Kohlhammer, 10-27.
- Hof, Bernd, 2001: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. PKV-Dokumentation 24. Köln: PKV (auch abrufbar unter <http://www.pkv.de/brosch/doku24.pdf>).
- Hradil, Stefan, 2001: Bevölkerungsentwicklung und Gesellschaftsveränderung in den kommenden Jahrzehnten, in: Gegenwartskunde 50/3, 377-403.
- Müller, Joachim, 1999: Das niederländische Gesundheitssystem – Modell für Deutschland? In: Arbeit und Sozialpolitik, 53/1-2, 20-32.
- Naschold, Frieder, 1976: Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Murswieck, Axel (Hrsg.): Staatliche Politik im Sozialsektor. München: Piper, 126-138.

- Reiners, Hartmut, 1999: Chronologischer Sanierungsfall? Das Gesundheitswesen in den Neuen Ländern, in: Dr. med Mabuse 122, 48-50.
- Schmidt, Manfred G. 1999: Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder, in: Politische Vierteljahresschrift 40/2, 229-245.

Weitere Datenquellen

- ABDA 2001: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: Zahlen, Daten, Fakten. Erhältlich über: <http://www.abda.de/ABDA/datenrechner.html> (zuletzt abgerufen am 12. November 2001).
- BASYS 1999: Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung: Die deutschen Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich. Augsburg: BASYS.
- BMA 2001: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Statistisches Taschenbuch 2001. Erhältlich über: <http://www.bma.de/> (zuletzt abgerufen am 12. November 2001).
- BMG 2000: Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000. Erhältlich über: <http://www.bmggesundheits.de/themen/gkv/taschenbuch/start.htm> (zuletzt abgerufen am 12. November 2001).
- BPI 2001: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie: Pharma Daten 2001. Dresden: Industriedruck.
- IDW: Institut der deutschen Wirtschaft. Deutschland in Zahlen. Verschiedene Jahrgänge. Köln: IDW.
- KBV 2000: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der BRD 2000. Erhältlich über: <http://www.kbv.de/publikationen/grunddaten.htm> (zuletzt abgerufen am 12. November 2001).
- KZBV 2000: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Erhältlich über: <http://www.kzbv.de/m33.htm> (zuletzt abgerufen am 12. November 2001).
- OECD 2001: OECD Health Data 2001. CD-ROM. Paris: OECD.
- SVRKAiG 1996: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I. Baden-Baden: Nomos.
- Schwabe, Ulrich/Paffrath Dieter, (Hrsg.), 2001: Arzneiverordnungs-Report 2001. Berlin u.a.: Springer.
- Statistisches Bundesamt, 1998: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt, 2001: Neue Gesundheitsausgabenrechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- VdAK 2001: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens. Siegburg: VdAK. Auch erhältlich über: <http://www.vdak-aev.de/basisdaten2001.htm> (zuletzt abgerufen am 12. November 2001).

