

Kern, Axel Olaf et al.

Book

Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung. Band 1: Definitionsprobleme und Implikationen von Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 107

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Kern, Axel Olaf et al. (2004) : Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung. Band 1: Definitionsprobleme und Implikationen von Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 107, ISBN 3-93514-584-5, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116352>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

*Axel Olaf Kern
Ernst Kistler
Florian Mamberer
Ric Rene Unteutsch
Bianka Martolock
Daniela Wörner*

Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung

Band 1

edition der
Hans **Böckler**
Stiftung ■■■

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

*Axel Olaf Kern / Ernst Kistler /
Florian Mamberer / Ric Rene Unteutsch /
Bianka Martolock / Daniela Wörner*

Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung

**Definitionsprobleme
und Implikationen von
Leistungsausgrenzungen
in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

Band 1

edition der Hans-Böckler-Stiftung 107

© Copyright 2004 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
Buchgestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Der Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Printed in Germany 2004
ISBN 3-935145-84-5
Bestellnummer: 13107

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages,
der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung,
der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

INHALTSVERZEICHNIS

1	VORBEMERKUNG	7
2	PROBLEMHINTERGRUND	9
3	GRUND- UND WAHLLLEISTUNGEN	17
3.1	Argumente für Leistungsausgliederungen	18
3.2	Kritische Aspekte bei Leistungsausgliederungen	18
3.2.1	Mangelndes Einsparpotential	18
3.2.2	Meritorik von Gesundheitsgütern	19
3.2.3	Opportunistisches Verhalten	20
3.2.3.1	Adverse Selection	20
3.2.3.2	Moral hazard	21
3.2.4	Mangelnde Zahlungsfähigkeit	22
3.2.5	Sekundärfolgen	22
3.2.6	Administrative Probleme	23
4	LEISTUNGSKATALOG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	25
4.1	Makroleistungskatalog	25
4.2	Versicherungsfremde Leistungen	30
4.3	Mikroleistungskataloge	32
5	LEISTUNGS AUSGRENZUNGEN	33
5.1	Leistungsausgrenzungen aus dem Makroleistungskatalog	33
5.1.1	Vergleich von Ausgliederungsvorschlägen	37
5.1.1.1	Grundversorgungskonzept	37
5.1.1.2	Konzept des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW)	38
5.1.1.3	Periphere Leistungen	40
5.1.1.4	Versicherungsfremde Leistungen	42
5.1.1.5	Präventionsorientierter Ansatz	43
5.1.2	Folgerungen	44
5.2	Definition von Grundleistungen in internationaler Perspektive	46

5.2.1. Finnland	48
5.2.2 Frankreich	50
5.2.3 Großbritannien	51
5.2.4 Niederlande	53
5.2.5 Schweiz	55
5.2.6 USA	61
5.2.7 Zusammenfassung	63
6 ZUZÄHLUNGEN	69
6.1 Bestimmungsgründe für die Wirksamkeit von Zuzahlungen	71
6.2 Entscheidungstheoretische Analyse von für Zuzahlungen relevanten Faktoren	75
6.3 Steuerungswirkungen von Zuzahlungen und Härtefallregelungen	79
7 WIRKUNGEN VON LEISTUNGS AUSGRENZUNGEN	83
7.1 Dynamisch statische Wirkung	83
7.1.1 Regelungen zur Befreiung von Zuzahlungen	83
7.1.1.1 Minderjährige	84
7.1.1.2 Sozialklausel	84
7.1.1.3 Generelle Befreiungstatbestände	85
7.1.1.4 Überforderungsklausel	85
7.1.1.5 Chronisch Kranke	86
7.1.2 Befreiungstatbestände nach Leistungsbereichen	86
7.1.3 Zuzahlungsbefreite Personen	88
7.2 Dynamische Wirkung	88
8 VORGEHENSWEISE ZUR BESTIMMUNG SOLIDARISCH ZU FINANZIERENDER GESUNDHEITSL EISTUNGEN	99
9 AUSGLIEDERUNG VON ZAHNBEHANDLUNG UND ZAHNERSATZ	101
9.1 Ausgaben der GKV für Zahnbehandlung und Zahnersatz	103
9.2 Die Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen	107
9.3 Eigen- und Fremdverantwortung	112
9.4 Finanzierung ausgegliederter Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz	116
9.5 Fazit	121

10 AUSGLIEDERUNG VON SPORTUNFÄLLEN	123
10.1 Krankheitskosten	124
10.1.1 Kosten ambulanter Versorgung	127
10.1.2 Kosten stationärer Versorgung	128
10.1.3 Krankengeld	128
10.1.4 Gesamtkosten	129
10.2 Auswirkungen von Sport auf die Gesundheit	130
10.2.1 Wirkungen körperlicher Aktivität und Inaktivität	130
10.2.1.1 Epidemiologische Erhebung körperlicher Aktivität	133
10.2.2 Zusammenhang zwischen Sport und den häufigsten Krankheitsarten	134
10.2.2.1 Kardiovaskuläre Wirkung körperlicher Aktivität	134
10.2.2.2 Körperliche Aktivität und Krebsrisiko	135
10.2.2.3 Körperliche Aktivität und depressive Krankheitsbilder	136
10.2.2.4 Körperliche Aktivität und Osteoporose	138
10.2.2.5 Körperliche Aktivität und Rückenschmerz	138
10.2.2.6 Körperliche Aktivität und Diabetes	139
10.2.2.7 Körperliche Aktivität und Gesamtmortalität	140
11 EINZELLEISTUNGEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG	143
11.1 Einzelleistungspositionen nach Umsatzvolumen	144
11.2 Zusammenfassung	151
12 FAZIT	153
13 LITERATURVERZEICHNIS	157
SELBSTDARSTELLUNG DER HANS-BÖCKLER-STIFTUNG	175

1 VORBEMERKUNG

Das Thema Grund- und Wahlleistungen ist nicht neu, es ist bereits seit den 1980iger Jahren in der öffentlichen Diskussion. Später wurde das Thema wieder auf die politische Agenda gesetzt, nachdem sich der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1994/1995 damit befasste. Die Thematik gewann auch im Vorfeld der Bundestagswahl 2002 an Aktualität. Diese Arbeit wurde in jener Zeit erstellt, weshalb sich die quantitativen Angaben auf die Jahre 1999 und 2000 beziehen. Die Größenordnungen können jedoch auch für die Jahre 2003 und 2004 als adäquat gelten.

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die Feststellung, dass die Diskussionen über Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) immer wieder aufflammten, jedoch nie konkretisiert wurden. Insbesondere wurden die Wirkungen von potenziellen Leistungsausgrenzungen nie wirklich untersucht oder auch nur detailliert diskutiert; die Vorschläge sind zwar mannigfaltig, alle Grund- und Wahlleistungskonzepte sind jedoch weitgehend nebulös. Alle bestehenden Konzepte bleiben dabei generell auf der Ebene des Makroleistungskatalogs. Zu erwartende Folgen für die Versicherten und Patienten, die mit Leistungsausschlüssen einhergehen, werden nicht untersucht. Es wird zwar in der Literatur darauf hingewiesen, dass diverse Auswirkungen zu erwarten wären, was diese jedoch für die Versorgung der Bevölkerung und insbesondere für die Patienten bedeuten würden, wird ebenso wenig dargestellt wie die Auswirkungen auf die Beschäftigung und auf die Einkommenssituation der Leistungserbringer.

Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) sind die Grundsätze der Anspruchsrechte der Versicherten in der GKV auf gesundheitliche Versorgung festgelegt, wobei insbesondere das Solidarprinzip in der GKV im Mittelpunkt steht.

Mit dieser Untersuchung sollten wesentliche Überlegungen, die für die Analyse der Wirkungen bei einer Aufspaltung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen zu berücksichtigen wären, aufgezeigt werden. Insbesondere sind dabei die mittelfristige und die langfristige Perspektive zu beachten. Hierzu zählt, welche Personengruppen von Leistungsausgliederungen betroffen wären und in welchem Umfang zur Diskussion stehende Leistungen überhaupt Ausgaben in relevanten Größenordnungen verursachen.

Die *kurzfristigen Einsparpotenziale* von verschiedenen vorgeschlagenen Leistungsausgrenzungen auf der Makroebene des SGB V werden innerhalb der vorlie-

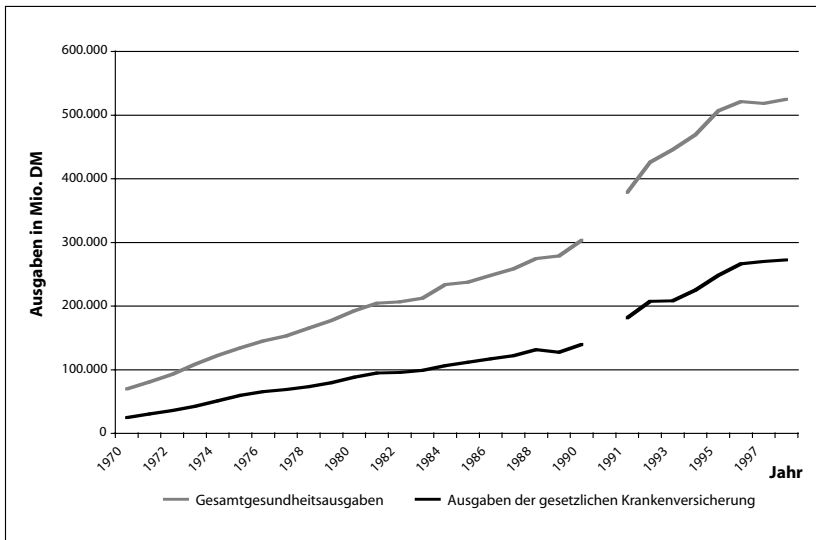
genden Studie dargestellt. Zudem werden zu erwartende *Wirkungen einer Leistungsausgrenzung* aufgezeigt. Hier sind insbesondere Vermeidungsreaktionen der Betroffenen und Substitutionsmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie der Bestimmung des Krankheitsbildes zu berücksichtigen. Anhand der Leistungsbereiche Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie dem Problemfeld Sportunfälle werden mögliche Auswirkungen sowie Vor- und Nachteile einer Ausgrenzung dieser Leistungen aus der GKV dargestellt.

Auch wenn zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser kleinen Studie andere »Einsparungsvorschläge« im Gesundheitswesen ins Zentrum der Reformagenda gerückt sind, kann doch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Thema Grund- und Wahlleistungen bald wieder fröhliche Urstände feiern wird.

2 PROBLEMHINTERGRUND

Seit drei Jahrzehnten sind steigende Ausgaben in der GKV zu beobachten. In Abbildung 1 sind die Gesamtausgaben für Gesundheit und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt.

Abbildung 1: Gesamtgesundheitsausgaben und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1970 bis 1998



Bis 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Gesamtdeutschland

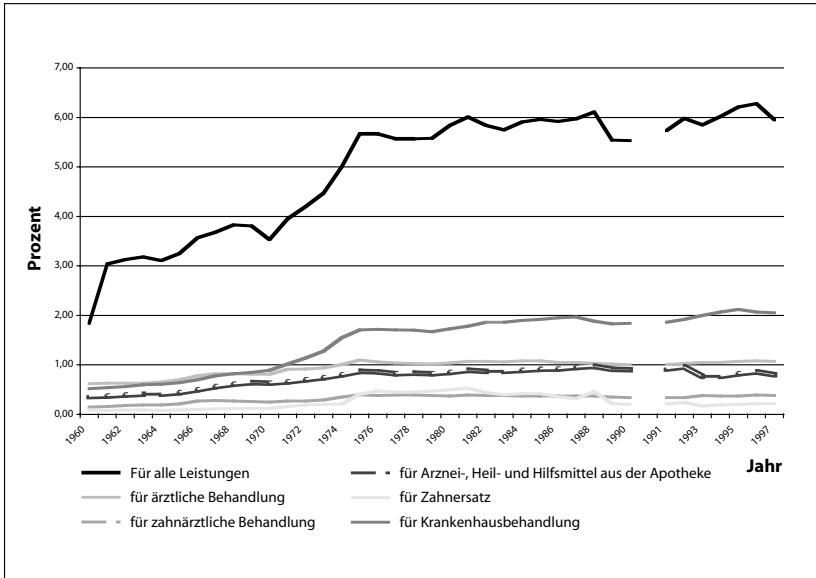
Quelle: Eigene Darstellung nach STATISTISCHES BUNDESAMT (2001a), Fachserie 12, Reihe S. 2, S. 16 ff.

Diese Entwicklung führt in Verbindung mit der Veränderung des Bruttonationalprodukts seit 1975 zu nahezu unveränderten Gesundheits- und GKV-Ausgabenquoten. So belief sich die Gesundheitsquote, d.h. der für Gesundheitsgüter und -leistungen privat und öffentlich ausgegebene Anteil des Bruttoinlandsproduktes, zwischen 1975 und 1997 auf Werte zwischen 8,8 % und 10,4 %.¹ Die Ausgabenquote der GKV, d.h. der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttonationalprodukt, blieb zwischen 1975 und 1997 mit Anteilen zwischen 5,5

1 SCHULENBURG UND GREINER (2000), S. 192.

Prozent und 6,0 Prozent² weitgehend konstant.³ Ihr Anstieg zwischen 1970 und 1975 ist zu einem erheblichen Anteil auf die damalige Modernisierung der Krankenhäuser zurückzuführen (Abb. 2).

Abbildung 2: Ausgabenquote der GKV gesamt und für ausgewählte Leistungen gemessen am BIP, 1960-1997 (Angaben in Prozent)



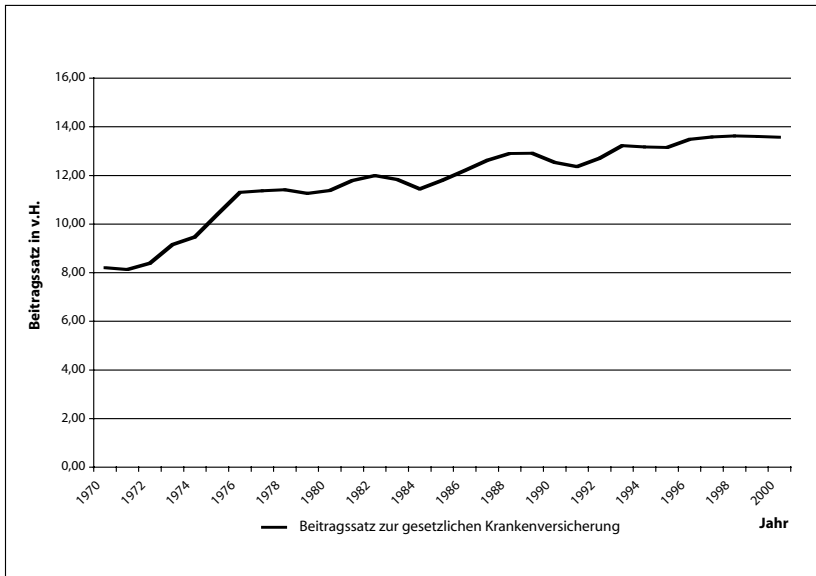
Quelle: Eigene Darstellung nach BMA (1999).

Während sich der Anteil der Ausgaben der GKV in den letzten drei Jahrzehnten weitgehend entsprechend der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts veränderte, stiegen die Beitragssätze zur GKV deutlich. Die Entwicklung der Beitragssätze zwischen 1970 und 2000 sind in Abbildung 3 dargestellt.

2 o. V. (1997a), S. 8.

3 Dabei darf nicht vergessen werden, dass eine Vielzahl von gesetzgeberischen Eingriffen für diese weitgehend stabile Entwicklung mitverantwortlich ist.

Abbildung 3: Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1970 bis 2000



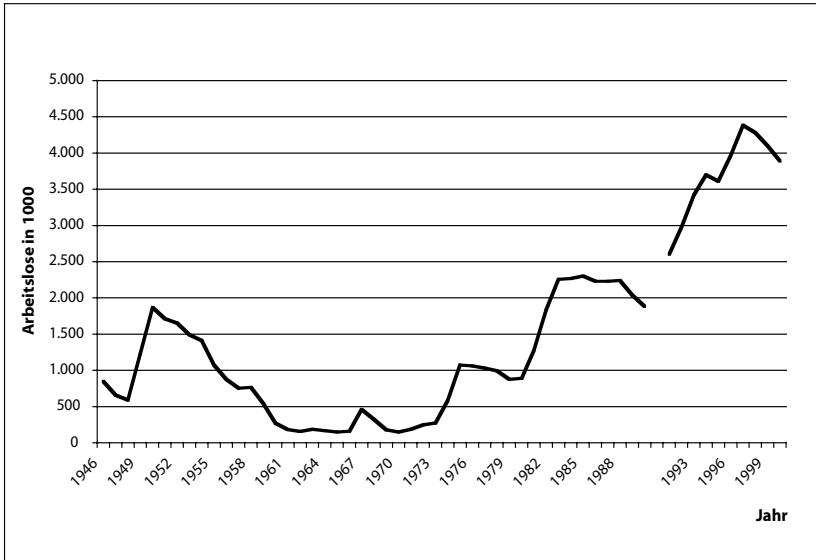
Bis 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Gesamtdeutschland
 Quelle: Eigene Darstellung nach SVRKAIG (1994), S. 330, BMG (2002), 10.10.

Wie Abbildung 3 zeigt, stiegen die Beitragssätze zur GKV von durchschnittlich 8,20 % im Jahr 1970 auf 13,57 % im Jahr 2000 und damit um rund 66 %. Die Beitragssatzsteigerungen resultieren hauptsächlich aus einer verringerten Bemessungsbasis, da zum einen die Zahl der Arbeitslosen deutlich anstieg und zum anderen die Zahl der Rentner, also der Leistungsempfänger zunahm. Letztere Gruppe verursacht im Schnitt auch die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben.

Demgegenüber sind im Vergleich zu einer nach dem Risiko bemessenen Prämie die Beitragsleistungen zu gering. Somit müssen die aktiv Versicherten dieses »Beitragsdefizit« mitfinanzieren.

Der Beitragssatz in der GKV bestimmt sich im Umlageverfahren für jede Krankenkasse entsprechend dem Verhältnis der Ausgaben zu der Einnahmenbasis, der Grundlohnsumme, in einer Periode. Da auch die Lohnsumme weniger stark stieg als die Ausgaben, mussten entsprechend dem Umlageverfahren die Beitragssätze immer wieder angehoben werden.

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen in den Jahren 1946 bis 2000



Bis 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Gesamtdeutschland

Quelle: Eigene Darstellung, BMA.

Wie Abbildung 4 verdeutlicht, stieg die Zahl der Arbeitslosen von rund 150.000 Personen im Jahr 1970 auf über 4 Mio. Personen im Jahr 1999. Dies entspricht einer Zunahme der Arbeitslosenquote von 0,8 %⁴ im Jahr 1970 auf 11,7 %⁵ im Jahr 1999. Aufgrund verringerter Lohnersatzleistungen im Vergleich zum Lohneinkommen und der abgesenkten Bemessungsgrößen (Beske et al., 2002) schrumpfte die Finanzierungsbasis der GKV.

Ein weiterer, quantitativ bedeutsamer Grund für Ausgabensteigerungen sowie Beitragssatzerhöhungen in der GKV resultiert aus der veränderten Altersstruktur der bundesdeutschen Bevölkerung. Nicht nur auf Grund vermehrter Frühverrentung, sondern auch in Folge einer zunehmenden ferneren Lebenserwartung steigt die Zahl der Rentner in der GKV. Auf Grund der gegenüber den früheren Erwerbseinkommen geringeren Altersruhegelder leisten Rentner geringere Krankenversicherungsbeiträge und das bei einer durchschnittlich höheren Morbidität.⁶

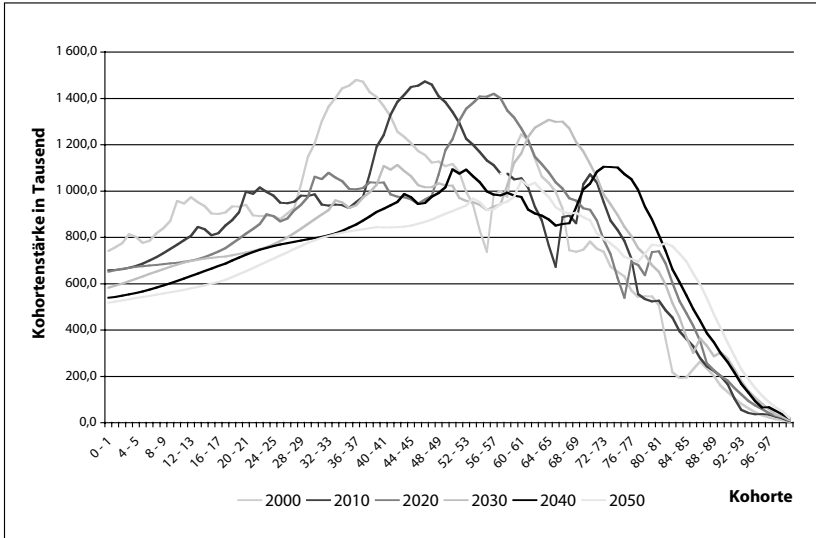
4 STATISTISCHES BUNDESAMT (1975), S. 156.

5 STATISTISCHES BUNDESAMT (2001), S. 124.

6 An dieser Stelle sei lediglich auf die Diskussion hingewiesen, die sich zwischen Vertretern der Medialisierungsthese (KRÄMER (1993), S. 31) und der Kompressionsthese (BREYER (1996), S. 47 f.) entwickelte.

In Abbildung 5 ist dargestellt, wie sich die Welle der geburtenstarken Jahrgänge bis zum Jahr 2050 entwickelt. Damit wird die Alterung der Bevölkerung in Deutschland eindrucksvoll beschrieben.

Abbildung 5: Demographische Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland für die Jahre 2010, 2020, 2030, 2040 und 2050



Quelle: Eigene Darstellung, STATISTISCHES BUNDESAMT (2000).

Auf Grund der größeren Morbidität der älteren Bevölkerungsgruppen ist bei der fortschreitenden Schmälerung der Einnahmenbasis – durch hohe Arbeitslosigkeit und veränderte Verteilungsrelationen – und zunehmenden Ausgaben eine Erhöhung der Beitragssätze die Folge.

Vor diesem Hintergrund werden die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) voraussichtlich weiter steigen. PROGNOSE sagte 1995 einen Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV von 13,5 Prozent auf etwa 16 Prozent im Jahr 2040 voraus. Knappe (2000) geht ebenso wie Erbsland und Wille (1995) von einem demographisch bedingten Anstieg des Beitragssatzes von durchschnittlich 13,6 Prozent im Jahr 2000 auf rund 17 Prozent im Jahr 2030 aus. Pimpertz (2002) erwartet, dass bis zum Jahr 2040 zwischen 62 % bis 69 % der erwarteten Beitragssatzsteigerungen allein auf den Faktor »demographischer Wandel« zurückzuführen sein werden. Bereits für das Jahr 2010 erwartet Hof

(2001) einen durchschnittlichen Beitragssatz von 15,3 %, der bis 2050 auf bis zu 26,1 % steigen soll. Busch et al. (1996) schätzen hingegen die Auswirkungen demographischer Veränderungen moderater ein. Bezogen auf das Jahr 1994 wird bis zum Jahr 2040 ein auf demographische Prozesse zurückführbarer Beitragssatzanstieg von 2,2 bis 2,5 Prozentpunkte erwartet. Oberdieck (1998) sagt für das Jahr 2040 einen Beitragssatz von 31,2 % voraus.

Wird die Fortschrittskomponente der Medizin berücksichtigt⁷, so könnte ein Beitragssatz von 25 Prozent im Jahr 2030 zu erwarten sein. Werden zudem Annahmen über die Veränderung der Produktivität berücksichtigt,⁸ sind Beitragssätze von 28,4 Prozent bzw. 34,0 Prozent im Jahr 2040 vorstellbar.

Diese Beitragssatzprognosen unterstellen, dass keine Änderungen im Leistungsrecht der GKV erfolgen. Insgesamt wird aus den Beitragssatzprognosen deutlich, dass die Alterung der Bevölkerung eine nicht unerhebliche Erhöhung der Ausgaben verursacht. Die Komponenten des medizinischen, medizin-technischen sowie pharmazeutischen Fortschritts gewinnen jedoch an Bedeutung. Zudem sind die Prognosen hinsichtlich der Produktivitätsentwicklung bei sinkenden Bevölkerungszahlen unsicher. Dabei ist festzustellen, dass demographisch bedingte Beitragssatzwirkungen besser prognostiziert werden können, da die Bevölkerungsentwicklung relativ zuverlässig vorausgesehen werden kann. Fortschritte in der Medizin sowie in der Versorgung, Innovationen bei Diagnose- und Therapieverfahren, wozu auch Entwicklungen der Gentechnik zählen, neue Arzneimittel und medizinische Geräte und deren Auswirkungen auf die Ausgaben können dagegen nur unsicher abgeschätzt werden.

Wenngleich nur unzureichend vorhergesehen werden kann, wie sich die Zusammenhänge und die Entwicklungen der Beitragssätze wirklich darstellen, ist dennoch festzuhalten, dass bei einer Orientierung des GKV-Beitrags am Arbeitsentgelt die Beitragssätze weiter steigen werden. Entsprechend der traditionell vorgetragenen Wirkungskette gilt, dass hohe Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung c.p. zu steigenden Lohn(neben)kosten⁹ und damit zu einem Wettbewerbsnachteil der Unternehmen – und auch bestimmter Branchen – führen.

7 Vgl. KNAPPE (2000).

8 Vgl. BREYER UND ULRICH (2000).

9 Der Anteil der Lohnnebenkosten, die aus Beiträgen zur GKV resultieren, an den gesamten Lohnnebenkosten betragen lediglich 8,2 % (vgl. BESKE (2003), S. A-818). Somit bedeutet eine Verringerung des GKV-Beitragssatzes um einen Prozentpunkt, dass sich der Anteil der Lohnnebenkosten um 0,6 Prozentpunkte senken lässt.

Insgesamt gesehen kann das Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung jedenfalls nicht ausschließlich als Folge zu hoher Gesundheitsausgaben betrachtet werden. Vielmehr ist das Finanzierungsproblem zu einem wesentlichen Teil durch eine verringerte Einnahmenbasis begründet. Da ein deutlicher Rückgang der Arbeitslosigkeit in naher Zukunft nicht zu erwarten ist¹⁰ und die Alterung der Bevölkerung sich fortsetzen wird, sind weiter steigende Beitragssätze zu erwarten. Einzig Einschnitte bei den Leistungsansprüchen der Versicherten, ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten und/oder stärkere Managed-Care-Maßnahmen durch Finanzierungsträger scheinen dann einen Rückgang der Ausgaben und damit der Beitragssätze erwarten zu lassen.

10 Die Enquête-Kommission »Demographischer Wandel« stellt in ihrem zweiten Zwischenbericht verschiedene Prognosen einander gegenüber, welche bis ins Jahr 2040 Arbeitslosenzahlen zwischen 1,461 und 3,388 Millionen vorhersagen. Allerdings setzt eine »Entspannung« auf dem Arbeitsmarkt erst in etwa ab dem Jahr 2015 ein, davor werden Arbeitslosenzahlen von bis zu 5,196 Millionen erwartet (DEUTSCHER BUNDESTAG (1998), S. 226 f.).

3 GRUND- UND WAHLEISTUNGEN

Werden keine neuen Einnahmenquellen für die GKV zusätzlich zu den Entgelten der Beschäftigten erschlossen, so kann der Beitragssatz bei einer alternden Bevölkerung und einer verringerten Einnahmenbasis rein rechnerisch nur stabilisiert werden, wenn die Ausgaben der GKV reduziert werden.¹¹ Dazu kann beitragen:

- Wirtschaftlichkeitsreserven in der Versorgung auszuschöpfen, so dass Gesundheitsleistungen wirtschaftlich erbracht werden,
- die Anspruchshaltung und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten (etwa mittels Selbstbeteiligungen) zu verringern und/oder
- die Anspruchsberechtigung der Versicherten und damit den Leistungsumfang der GKV zu reduzieren.

Letzteres wird in der Diskussion zumeist mit dem Begriffspaar von Grund- und Wahlleistungen bezeichnet. Bereits zu Beginn der 1980er Jahre wurde eine Aufteilung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Zusatzleistungen vorgeschlagen¹². Mit den Überlegungen des SVRKaIG (1994) zur »Bestimmung eines Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung« kam das Thema wieder offiziell auf.

Bislang blieben in der GKV Leistungsausgrenzungen beschränkt auf große Brücken sowie Verblendungen bei Zahnersatz im Seitenzahnbereich, Arzneimittel gegen Erkältungs- und Reisekrankheiten sowie Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen. Zudem wurde das Sterbegeld abgesenkt und der Kreis der berechtigten Personen eingeschränkt. Wesentlich stärker kamen jedoch Zuzahlungen sowie Zulassungsbeschränkungen, Budgetierungen der Leistungserbringer und Festbetragsregelungen bei Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln zum Tragen.

11 Allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass das Ziel Beitragssatzstabilität nicht unbeachtet bleiben darf. So deuten die Ergebnisse von BAUER UND RIPHAHN (1998) darauf hin, dass von steigenden Beiträgen nur eine sehr begrenzte wachstumshemmende Wirkung ausgeht.

12 Vgl. BESKE UND ZALEWSKI (1981), VdAK (1983).

3.1 ARGUMENTE FÜR LEISTUNGS AUSGLIEDERUNGEN

Im Wesentlichen wird von den Befürwortern von Leistungsausgrenzungen argumentiert, dass neben der wirtschaftlichen Erbringung von Leistungen und den daraus resultierenden Einsparungen¹³ auch eine Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten erreicht wird. Durch eigenständige Entscheidungen über den Umfang der Absicherung des Krankheitsrisikos könnten die Individuen ihre individuellen Präferenzen äußern.¹⁴ Wünscht ein Versicherter Krankenversicherungsschutz in geringem Umfang oder wünscht er einen geringen Krankenversicherungsbeitrag, so können Leistungen abgewählt werden. Im Krankheitsfall besteht dann jedoch nur Anspruch auf eingeschränkte medizinische Versorgung. Über den Versicherungsschutz hinausgehende Leistungen sind selbst zu bezahlen. Bevorzugt der Versicherte hingegen weitreichenden Versicherungsschutz, so ist es möglich, diesen auch zu erhalten. Allerdings sind dafür höhere Beiträge zu leisten.¹⁵

3.2 KRITISCHE ASPEKTE BEI LEISTUNGS AUSGLIEDERUNGEN

3.2.1 Mangelndes Einsparpotential

Für das von individuellen Wahlmöglichkeiten geprägte private Krankenversicherungssystem in Deutschland stellen Pfaff und Busch fest, dass dieses »nicht von massiven Ausgabensteigerungen verschont geblieben ist«¹⁶. Ein ähnliches Bild liefert der Vergleich mit dem Krankenversicherungssystem der USA, das trotz umfangreicher Wahloptionen mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von 14 % am amerikanischen Bruttoinlandsprodukt eines der ausgabenintensivsten Gesundheitssysteme ist.¹⁷ Auch in der Schweiz sind im Gesundheitswesen steigende Kosten zu verzeichnen, obwohl dort eine einheitliche »Grundversicherung« definiert wurde.¹⁸ Diese Beispiele deuten darauf hin, dass Wahlmöglichkeiten nicht zwangsläufig mit Ausgaben senkungen im Gesundheitswesen einhergehen müssen.

13 Vgl. o. V. (2002a), S. 5, vgl. o. V. (2002b), S. 15.

14 Vgl. KOPETSCH (2001), S. 158, vgl. OBERENDER (1996), S. 194, vgl. LIPICKI (2002), S. 27.

15 Vgl. DECKER (2002), S. 4.

16 PFAFF UND BUSCH (1997), S. 24.

17 Vgl. SCHULENBURG UND GREINER (2000), S. 192.

18 Vgl. o. V. (2002c), S. 25.

3.2.2 Meritorik von Gesundheitsgütern

Gesundheitsgütern wird im Grundsatz ein meritorischer Charakter attestiert¹⁹, der dem Prinzip individueller Entscheidung über die Versicherung von Leistungen entgegensteht. Versicherte verfügen in Bezug auf Gesundheitsgüter nur über unzureichende Informationen, um souverän Entscheidungen treffen zu können. Dies wäre jedoch Voraussetzung für einen funktionsfähigen Markt. Auf Grund fehlender Informationen und fehlender medizinischer Fachkenntnisse sind die Versicherten kaum in der Lage, den Umfang der Gesundheitsleistungen rational zu bestimmen, der im Krankheitsfall durch eine Versicherung abgedeckt ist.²⁰ So besteht die Gefahr, dass bei Wahlmöglichkeiten Gesundheitsleistungen aus dem Versicherungsschutz abgewählt werden, die aus medizinischer Sicht erforderlich wären oder vom Versicherten im Krankheitsfall eigentlich für wichtig erachtet werden. Hier greift auch der Sachverhalt, dass die Präferenzen nicht stabil sind. Der Versicherte entscheidet sich bei Gesundheit in anderem Maß, Versicherungsschutz abzuschließen als in einer Situation von Krankheit.

Zudem kann es auch auf Grund von unzureichendem Informationsstand bei Wahlfreiheit zu der Situation kommen, dass sich Personen für Gesundheitsleistungen versichern, die vom medizinischen Standpunkt aus betrachtet als wirkungslos oder zumindest umstritten gelten. Der als pareto-superior²¹ gepriesene Zustand, welcher sich in Folge von Wahlmöglichkeiten einstellen soll, kann daher bei Vorliegen verzerrter Präferenzen auch Situationen der Fehl- und Unterversicherung zur Folge haben.

Der Gefahr, dass sich Individuen unterversichern, wird in Krankenversicherungssystemen mit Wahlmöglichkeiten durch die Definition eines einheitlichen Umfangs der Grundleistungen, die für alle verpflichtend sind, ein Stück weit begegnet. Der SVRKAiG (1994) z.B. definiert daher für die »Wahlmodelle II bis IV« Leistungsbereiche, die von allen Versicherten verpflichtend versichert werden müssten.

19 Zur Sozialversicherung allgemein vgl. BRÜMMERHOFF (2001), S. 113 f., zu Gesundheitsgütern und Krankenversicherung speziell vgl. HERDER-DORNEICH (1994), S. 663 ff.

20 Vgl. MÜNNICH (1983), S. 45.

21 KOPETSCH (2001), S. 18.

3.2.3 Opportunistisches Verhalten

Bei Wahlmodellen besteht grundsätzlich ein Anreiz für die Versicherten zu opportunistischem Verhalten. Dieses Steuerungsproblem auf Grund mangelnder Zahlungsbereitschaft werden unter den Begriffen der *adverse selection* und des *moral hazard* gefasst.

3.2.3.1 Adverse Selection

Im Grundsatz ist zu erwarten, dass eine Person im Sinne individuell rationalen Handelns bestrebt ist, den Versicherungsumfang so zu wählen, dass der individuell erwartete Schaden versichert ist, was natürlich von der individuellen Risikoaversion bestimmt wird. Betrachtet sich eine Person als gutes Risiko, d.h. im Falle der Krankenversicherung als nur geringfügig krankheitsgefährdet, so ist es sinnvoll, nur einen geringen Versicherungsumfang zu wählen. Ein schlechtes Risiko wird dagegen einen möglichst umfangreichen Versicherungsschutz anstreben.²² Dieses individuell rationale Verhalten lässt erwarten, dass sich in einem Versicherungstarif, der Versicherungsschutz bei einer bestimmten Krankheit bietet, die Risiken sammeln, welche tendenziell ein großes Schadenrisiko bei dieser Krankheit darstellen.

Bei einer am Risiko orientierten Beitragsbemessung führt ein solches Verhalten für schlechte Risiken zu hohen Beiträgen, da der Versicherer davon ausgeht, dass nur schlechte Risiken diesen Versicherungsschutz nachfragen und somit eine hohe Schadenquote zu erwarten ist.²³ Ältere Menschen, Behinderte oder chronisch Kranke und tendenziell Angehörige unterer Einkommensschichten bedürften eventuell besonders des Versicherungsschutzes, könnten diesen jedoch nicht finanzieren. Die Folge wäre, dass Personen, welche der gesundheitlichen Versorgung am meisten bedürfen, sich die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko nicht mehr leisten könnten, wohingegen gute Risiken ihre Beitragslast verringern könnten. Wahlmöglichkeiten können so zu einer Risikoentmischung führen. Dies hat für schlechte Risiken zur Folge, dass keine ausreichende Absicherung erlangt werden kann.²⁴ Eine Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wäre die Folge.²⁵

22 Vgl. ZWEIFEL UND EISEN (2000), S. 318 ff., insbesondere S. 322.

23 Für die Wahloptionen in der GKV ergäbe sich, dass nicht einzelne, individuell gewählte Leistungen versichert werden können, sondern nur Versicherungspakete. Nur so kann eine Risikomischung erreicht werden, die auch schlechten Risiken die Versicherung möglich macht. Risikomischung entsteht auch dadurch, dass sich gute Risiken, die risikoavers sind, versichern und sich so nach außen als schlechtes Risiko signalisieren.

24 Dies bedeutet jedoch für die Ausgliederung von Leistungen der GKV auch, dass von den Grundleistungen nur solche Leistungen ausgenommen werden können, welche nicht zur Versorgung von »Großrisiken« erforderlich sind.

25 Vgl. PFAFF UND BUSCH (1997), S. 23, vgl. MÜNNICH (1983), S. 69.

Das Konzept »Wahltarife« würde bei *adverse selection* zudem gefährdet, wenn Versicherte in jeder Versicherungsperiode ihren gewünschten Versicherungsschutz neu wählen könnten. Der Versicherte wird Versicherungsschutz gegen Risiken erst dann nachfragen, wenn er sich von diesen betroffen sieht, er die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Schadens also höher einschätzt. Dadurch müssten die jüngeren schlechten Risiken und die älteren Menschen hohe Versicherungsbeiträge bezahlen und würden sich tendenziell selbst finanzieren. Ein Schadenausgleich in versicherungstechnischem Sinne wäre tendenziell nicht mehr gegeben.

Dies wäre zu verhindern, wenn nur einmal im Leben der Umfang des Versicherungsschutzes bestimmt werden könnte und unterstellt wird, dass auch der größte Teil der guten Risiken risikoavers ist. Allerdings ist kaum davon auszugehen, dass ein Individuum zu Beginn seiner Versicherungsnahe bereits den künftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen für sein weiteres Leben zuverlässig einzuschätzen weiß.²⁶

3.2.3.2 Moral hazard

Moral hazard beschreibt, dass ein Individuum bei Versicherungsschutz weniger Anstrengungen unternimmt, die Wahrscheinlichkeit eines Schadeneintritts zu verringern und im Schadenfall weniger unternimmt, um das Ausmaß des Schadens gering zu halten. Als mögliches Steuerungsinstrument wird hierfür meist die Beteiligung des Versicherten an entstehenden Kosten gewählt.

Hinsichtlich der Einführung von Wahlтарифen kann *moral hazard* darin bestehen, dass sich ein Individuum nicht oder nur in einem sehr geringen Umfang versichert. Dies würde bedeuten, dass bei Krankheiten, die hohe Kosten verursachen, bei denen eine hohe Dringlichkeit, Lebensgefahr oder eine erhebliche Einbuße der Lebensqualität entstehen kann, damit gerechnet wird, dass im Eventualfall dann doch die Gemeinschaft bzw. die Gesellschaft aus allgemeinen Mitteln (Sozialhilfe) dafür aufkommt.²⁷ Damit verursacht der zu gering Versicherte im Krankheitsfall einen negativen externen Effekt auf die Versichertengemeinschaft. Solange die Gemeinschaft bereit ist, die Folgekosten zu tragen, profitiert die risikofreudige Person von dieser altruistischen Haltung²⁸. Auf diese Gefahr von Wahlmodellen weist der SVRKAiG (1994) im Optionsmodell III hin. Allerdings löst

26 Vgl. BRÜCKNER (2001), S. 18.

27 Vgl. OBERENDER (1996), S. 194.

28 Vgl. PAULY (2000).

auch ein für alle Versicherten verpflichtender Kernleistungsbereich das Grundproblem ebenso wenig wie mit dem eigenen Morbiditätsrisiko invers zunehmende Solidaranteile im Falle der Leistungsabwahl.

3.2.4 Mangelnde Zahlungsfähigkeit

Neben mangelnder Zahlungsbereitschaft stellt mangelnde Zahlungsfähigkeit ein wesentliches Gestaltungshindernis für Wahltarife dar. Wie in den USA deutlich wird, besteht für wenig zahlungskräftige Personen weitgehend nur unzureichender Versicherungsschutz. Die Versicherten haben zwar vielfältige Möglichkeiten Leistungsumfang, -form und -erbringer zu wählen, dennoch sind weite Teile der Bevölkerung ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz oder auf staatliche Programme (Medicaid und Medicare) angewiesen, wenn risikoäquivalente Versicherungsprämien nicht bezahlt werden können. Die Krankentagegeldversicherung in der Schweiz deutet ebenfalls in die Richtung, dass Wahlmodelle bei fehlender Zahlungsfähigkeit Situationen der Unterversicherung nach sich ziehen können.

Es wird zwar darauf verwiesen, dass mangelnde Zahlungsfähigkeit durch Transferleistungen des Staates und den Steuer-Transfer-Mechanismus (Umverteilung) aufgefangen werden sollten. Die Versicherten müssten dennoch zumindest die Zwischenfinanzierung der Gesundheitsleistungen übernehmen, bis der Transfer erfolgt. Werden Transfers institutionalisiert, so realisiert sich die Sozialhilfөлösung. Dort finden sich die Einkommensschwachen und die schlechten Risiken, die finanziell überfordert sind. Daraus ergibt sich, dass der größtmögliche Risikoausgleich in einem Staat immer durch die gesamte Bevölkerung dargestellt wird.

3.2.5 Sekundärfolgen

Ähnlich der »orphan drug«- Problematik kann es sich ergeben, dass sich viele Individuen in der Hoffnung, nicht zu erkranken, tendenziell nicht gegen seltene, jedoch kostenintensive Krankheiten absichern. Dies könnte dazu führen, dass der Anreiz für Forschung im Bereich solcher Krankheiten verloren ginge und die Innovationstätigkeit im Bereich Medizin, Pharmazie und Medizingeräte ein Stück weit sinken könnte. Dies hätte Auswirkungen auf die Beschäftigung, wenngleich das Gesundheitswesen weniger eine Beschäftigungsaufgabe zu erfüllen hat als vielmehr die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

3.2.6 Administrative Probleme

Wahlleistungsmodelle erfordern weiterhin sowohl bei den Leistungserbringern als auch insbesondere bei den Finanzierungsträgern eine Personalisierung der Abrechnungsdaten. Zudem müssten die bislang nur aggregiert vorliegenden Abrechnungsdaten individualisiert werden, um festzustellen, welchen Leistungsanspruch der Patient zu welchen Konditionen hat und damit eine Zuordnung der verursachten Kosten nicht nur auf Leistungsarten sondern auch auf Seite der Leistungsempfänger möglich ist. Dies ist für eine differenzierte Beitragsbemessung in jedem Fall unerlässlich.

Durch eine solche Umstellung als auch die anschließenden, vermutlich höheren laufenden Kosten kann der Anteil der Verwaltungskosten steigen. Jeder Leistungserbringer müsste für jeden Patienten wissen, in welchem Umfang dieser versichert ist (und jeder Patient müsste dies ebenso wissen). Bei diesem, bislang nicht erforderlichen Informationstransfer von Patientendaten zum Leistungserbringer ist ebenfalls mit zusätzlichen Kosten zu rechnen. Darüber hinaus hätte der Arzt sich bei jedem Patienten vorab zu erkundigen, ob dieser überhaupt bereit wäre, spezifische Leistungen bei Bedarf selbst zu zahlen, bevor er mit der Behandlung beginnt.²⁹ Die Verwaltungsausgaben in der privaten Krankenversicherung betragen im Jahr 2001 rund 3,44 Prozent der Einnahmen, auf Akquisition entfielen weitere 9,28 Prozent.³⁰ Die reinen Verwaltungskosten zeigten sich somit geringer als in der GKV. Allerdings entfielen durch die hohen Kosten für Abschlüsse und Provisionen rund 12,72 % der Einnahmen auf nichtmedizinische Verwendungszwecke, was einen deutlich höheren Anteil als in der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt.

29 Die Vermutung zunehmender Verwaltungskosten bei Wahlтарifen ergibt sich aus den hohen Verwaltungskosten in den USA, die mit 20-30 Prozent angegeben werden (KERN UND BESKE (1999)). In der GKV betragen die amtlich ausgewiesenen Verwaltungsausgaben rund 5,7 Prozent. Unter Berücksichtigung der administrativen Aufwendungen der weiteren im Gesundheitswesen involvierten Institutionen (KV, KZV u.a.) dürfte sich der Anteil der Verwaltungskosten auf mindestens 10,4 Prozent belaufen (KERN UND LANGER (2001), S. A132 und A134).

30 Verband der PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (2001), S. 43, und eigene Berechnungen.

4 LEISTUNGSKATALOG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die Ansprüche der Versicherten in der GKV werden durch den Makroleistungskatalog, die gesetzliche Definition der Leistungen der GKV im SGB V und in Detailbestimmungen festgelegt, die auf der Meso-Ebene, der Ebene der Selbstverwaltung und der Verbände vereinbart werden.

4.1 MAKROLEISTUNGSKATALOG

Gemäß SGB V haben in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen Anspruch auf Leistungen aus folgenden Bereichen:

Tabelle 1: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß SGB V

Abschnitt im dritten Kapitel des SGB V	Vorschriften des SGB V	Leistungsart
Dritter Abschnitt: Leistungen zur Verhütung von Krankheiten	§§ 20 bis 24b	Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch.
Vierter Abschnitt: Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten	§§ 25 und 26	Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten.
Fünfter Abschnitt: Leistungen bei Krankheit	§§ 27 bis 52	Leistungen zur Behandlung einer Krankheit.
Siebter Abschnitt: Sterbegeld	§§ 58 und 59	Anspruch auf Sterbegeld.
Achter Abschnitt: Fahrtkosten	§ 60	Anspruch auf Übernahme von Fahr- und Transportkosten.

Quelle: Eigene Darstellung, SGB V.

In Tabelle 2 sind die Ausgaben und Einnahmen der GKV getrennt nach alten und neuen Bundesländern für das Jahr 1999 ausgewiesen.

Tabelle 2: Grunddaten der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1998, Angaben in DM

Größe	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Gesamt-deutschland
Ausgaben gesamt	207.473.553.000	41.841.207.000	249.314.760.000
Leistungsausgaben	207.462.640.487	41.838.785.211	249.301.425.698
Einnahmen gesamt	208.641.246.000	41.215.494.000	249.856.740.000
Einnahmen durch Beiträge	202.583.118.000	40.485.659.000	243.068.847.000

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis BMG (1999).

Nach § 20 Abs. 1 SGB V müssen die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die zur Förderung und Verhütung von Krankheiten dienen. Des Weiteren können die Krankenkassen Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durchführen.

Für Versicherte, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen die Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Zahnärzten und den Gesundheitsämtern gruppenprophylaktische Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen durchführen.

Für Versicherte, die das sechste aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, ist im Rahmen der Individualprophylaxe pro Kalenderhalbjahr eine zahnärztliche Untersuchung zu gewährleisten.

Tabelle 3: Leistungen zur Verhütung von Krankheiten gemäß SGB V

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 20 Absatz 1	Primäre Prävention	1.063.992.505	0,427	0,061
§ 20 Absatz 4	Prävention in Kooperation mit Selbsthilfegruppen	16.514.528	0,007	0,001
§ 21	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	52.888.461	0,021	0,003
§ 22	Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	537.357.411	0,216	0,031
§ 23 Absatz 2	Ambulante Vorsorgekuren	76.733.111	0,031	0,004
§ 23 Absatz 4	Stationäre Vorsorgekuren	131.389.286	0,053	0,008
§ 24	Medizinische Vorsorge für Mütter	299.046.132	0,120	0,017
§ 24a § 24b	Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation	306.011.887	0,123	0,018
Gesamt	Leistungen zur Verhütung von Krankheiten	2.483.933.321	0,998	0,143

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis BMG (1999).

Aus Tabelle 3 wird deutlich, dass die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten mit 0,998 % nur einen geringen Anteil an den Gesamtausgaben umfassen. Ihre komplette Ausgrenzung hätte eine Reduktion des Beitragssatzes von lediglich 0,143 Beitragssatzprozentpunkten zur Folge.

Tabelle 4: Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß SGB V

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 25	Gesundheits-Untersuchungen	783.208.304	0,314	0,045
§ 26	Kinderuntersuchungen	289.092.895	0,116	0,017
Gesamt	Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten	1.072.301.199	0,430	0,062

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis: BMG (1999).

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten stellen mit 0,430 % an den Gesamtausgaben einen noch geringeren Anteil dar. Bei einer Ausgrenzung dieses Bereichs würde sich eine Senkung des Beitragssatzes um 0,062 % ergeben, der verbleibende Beitragssatz würde somit noch 13,938 % betragen. Die entsprechenden Angaben der Leistungen zur Früherkennung sind Tabelle 4 zu entnehmen.

In Tabelle 5 sind die Leistungen bei Krankheit, die Ausgaben der GKV für diesen Bereich sowie der Anteil an den Gesamtausgaben dargestellt. Zudem wird ausgewiesen, um wie viele Prozentpunkte der Beitragssatz reduziert werden könnte, wenn diese Leistungen in der GKV nicht mehr erstattet würden.

Tabelle 5 : Leistungen bei Krankheit gemäß SGB V

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 27a	Künstliche Befruchtung	k. A.	k. A.	k. A.
§ 28 Absatz 1	Ärztliche Behandlung	39.542.328.600	15,860	2,278
§ 28 Absatz 2	Zahnärztliche Behandlung	11.284.312.069	4,526	0,650
§ 28 Absatz 3	Psychotherapeutische Behandlung	340.443.883	0,137	0,020
§ 29	Kieferorthopädische Behandlung	2.191.728.078	0,879	0,126
§ 30	Zahnersatz	5.849.137.078	2,346	0,337
§ 31	Arznei- und Verbandmittel von Apotheken	33.612.166.000	13,482	1,936
	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen	1.044.311.278	0,419	0,060
§ 32	Heilmittel: Massagen	1.320.984.890	0,530	0,076
	Heilmittel: Medizinische Badebetriebe	313.089.439	0,126	0,018
	Heilmittel: Krankengymnastik	3.449.616.649	1,384	0,199
	Heilmittel: Behandlung durch Sonstige	18.536.158.153	7,435	1,067

Tabelle 5: Leistungen bei Krankheit gemäß SGB V (Fortsetzung)

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 33	Heil- und Hilfsmittel: von Orthopäden, Orthopädietechnikern und Orthopädieschuhmachern	3.776.645.481	1,515	0,218
	Heil- und Hilfsmittel: von Optikern	1.372.610.903	0,551	0,079
	Heil- und Hilfsmittel: von Augenärzten	45.109.973	0,018	0,003
	Heil- und Hilfsmittel: Dialyse	2.738.415.266	1,098	0,158
	Heil- und Hilfsmittel: besondere Art	1.773.224.370	0,711	0,102
	Heil- und Hilfsmittel: von Sonstigen	1.140.767.386	0,458	0,066
	Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen	2.185.078.664	0,876	0,126
§ 37	Häusliche Krankenpflege	251.494.394	0,101	0,015
§ 38	Haushaltshilfe	471.314.024	0,189	0,027
§ 39	Krankenhausbehandlung: vollstationär	80.970.745.217	32,477	4,664
§ 115a	Krankenhausbehandlung: vor- und nachstationär	157.984.934	0,063	0,009
§ 115b	Krankenhausbehandlung: ambulante Operationen	122.724.347	0,049	0,007
	Krankenhausbehandlung: belegärztlich	812.978.865	0,326	0,047
§ 39a	Stationäre Hospize	21.690.974	0,009	0,001
§ 40 Absatz 1	Ambulante Rehabilitationskur	128.449.661	0,052	0,007
§ 40 Absatz 2	Stationäre Rehabilitationskur	1.362.496.618	0,546	0,079
§ 40 Absatz 6	Anschlussrehabilitation	2.312.800.992	0,928	0,133
§ 41	Müttergenesungskuren	454.732.515	0,182	0,026
§ 43a	Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen	124.646.702	0,050	0,007
§§ 44 bis 51	Krankengeld: bei Arbeitsunfähigkeit	10.661.414.747	4,276	0,614
	Krankengeld: bei Vorsorgekuren	706.412	0,000	0,000
	Krankengeld: bei Rehabilitations- und Müttergenesungskuren	23.385.339	0,009	0,001
Gesamt	Leistungen bei Krankheit	228.393.693.901	91,608	13,156

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis BMG (1999).

Wie aus Tabelle 5 deutlich wird, bilden Leistungen bei Krankheit mit 91,608 % der Gesamtausgaben den größten Ausgabenanteil der GKV. Bei einer hypothetischen Ausgliederung dieses Bereichs würde sich der Beitragssatz um 13,156 % auf verbleibende 0,844 % reduzieren.

Über die vorgestellten Bereiche hinaus beinhaltet der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung noch eine Reihe weiterer Leistungen. Diese sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Weitere Leistungen der GKV gemäß SGB V

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§§ 58 und 59	Sterbegeld	1.573.571.645	0,631	0,088
§ 60	Fahrkosten	4.297.931.601	1,724	0,248
§ 18	Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland	670.337.468	0,269	0,039
§ 275	Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)	475.480.776	0,183	0,026
	Sonstige Gutachter	40.599.451	0,016	0,002

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis: BMG (1999).

Die gesetzliche Krankenversicherung wies im Jahr 1998 Verwaltungsausgaben in Höhe von rund 13,3 Mrd. DM auf. Dies entspricht einem Anteil von 5,4 % an den Gesamtausgaben. Damit beanspruchen die Verwaltungskosten 0,756 Beitragssatzprozentpunkte.³¹

4.2 VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN

Als Fremdleistungen im engeren Sinne werden Leistungen definiert, die aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen worden sind, ohne dass die damit verbundenen Ausgaben aus staatlichen Mitteln erfolgen.³²

³¹ Vgl. KERN und LANGER (2001).

³² Vgl. BESKE und KERN (2000), S. 11.

Die wesentlichen Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung für Fremdleistungen im engeren Sinne für 1999 werden in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Versicherungsfremde Leistungen

Art der Leistung	Ausgaben	Anteil an Gesamtausgaben	Anteil an Leistungsausgaben
Betriebs- und Haushaltshilfe	527.875.770	0,212	0,212
Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	183.315.786	0,074	0,074
Mutterschaftsgeld	1.241.127.203	0,050	0,498
Sterbegeld	1.573.571.645	0,631	0,631
Künstliche Befruchtung	k.A.	k.A.	k.A.
Entbindungsgeld	33.554.239	0,013	0,013

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis: BMG (1999).

Die Ausgaben der Krankenkassen für Fremdleistungen sollten im Prinzip durch staatliche Zuschüsse aus allgemeinen Finanzmitteln gedeckt werden. So würden die Leistungen beitragsneutral erbracht werden können. Hinsichtlich der organisatorischen Abwicklung der Leistungsgewährung ist zu prüfen, ob diese durch die Krankenkassen, durch andere Sozialversicherungsträger oder durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, das Sozialamt oder das Arbeitsamt erfolgen sollen. Damit wird festgestellt, dass versicherungsfremde Leistungen eigentlich keine Leistungen sind, die Versicherten in der GKV nicht mehr zur Verfügung stehen sollen. Es ist lediglich die Finanzierung zu verändern und ggf. die Organisation der Leistungsgewährung.

Fremdleistungen im weiteren Sinne³³ sind demgegenüber solche Leistungen, die in ihrer Art und Richtung unterschiedliche Verteilungsziele verfolgen und dabei dem Versicherungsprinzip entgegenstehen. Dazu zählen:

- Beitragsfreiheit bei gesetzlich festgelegten Leistungen wie Erziehungsurlaub,
- reduzierter Beitragssatz für Studenten,
- Beiträge für Personengruppen mit nicht versicherungsgerechten Beiträgen (u.a. Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Teilnehmer an beruflfördernden Maßnahmen, Strafgefangene),
- Familienlastenausgleich und
- Pflichtversicherung von Sozialhilfeempfängern.

Die Leistungen der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen werden auf DM 60 Mrd. jährlich beziffert. Der Saldo des Transfers von aktiv Versi-

33 Vgl. BESKE (2001), S. 107 ff.

cherten zu Rentnern betrug bezogen auf das Jahr 1999 rund DM 59 Mrd. Entscheidungen des Gesetzgebers zu Gunsten der Renten- und Arbeitslosenversicherung (Verschiebebahnhöfe), die jedoch Einnahmeausfälle der GKV verursachen, können auf jährlich rund DM 5 Mrd. beziffert werden.³⁴

4.3 MIKROLEISTUNGSKATALOGE

Neben den im SGB V definierten Leistungsbereichen werden die Leistungsansprüche in Mikroleistungskatalogen konkretisiert. Hierzu zählen im Wesentlichen:

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab der vertragsärztlichen Leistungen (EBM)
- Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche Leistungen (BEMA-Z)
- Heil- und Hilfsmittelverzeichnisse.

Für die Aufnahme und Bestimmung von Leistungen in den Mikroleistungskatalog sind die Verbände der Krankenkassen und die Verbände der Leistungserbringer verantwortlich. Dadurch ergibt sich unmittelbar eine Zuteilung von Leistungen für die Versicherten. Alle Leistungen, die nicht in den Mikroleistungskatalog aufgenommen werden, können von den GKV-Versicherten nur eigenverantwortlich abgesichert oder gekauft werden.

34 Vgl. BESKE et al. (2002).

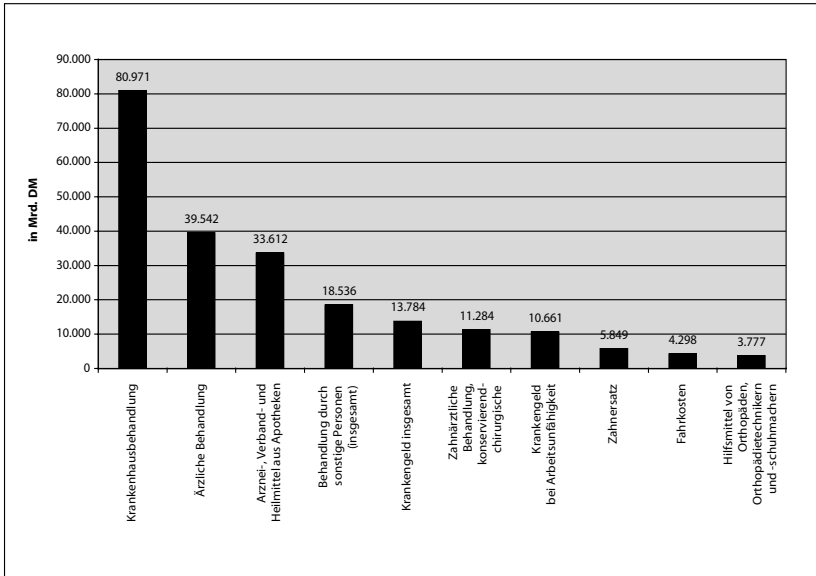
5 LEISTUNGS- AUSGRENZUNGEN

5.1 LEISTUNGS AUSGRENZUNGEN AUS DEM MAKROLEISTUNGSKATALOG

Durch den Gesetzgeber können Leistungen im SGB V direkt verändert oder ausgegrenzt werden. Das SGB V formuliert die Anspruchsrechte der gesetzlich Krankenversicherten dem Grundsatz nach. Bis auf wenige Ausnahmen, wie Arzneimittel oder Fahrkosten, werden Anspruchsrechte nicht im Detail formuliert. Die nähere Ausgestaltung der Leistungen und die exakte Definition obliegt in der Regel den Bundesausschüssen, die mit Vertretern von Krankenkassen, Zahnärzten, Ärzten oder Krankenhäusern besetzt sind und Richtlinien erlassen (§ 25 SGB V). Die Krankenkassen können krankenkassenindividuelle Leistungen, die von der Leistungsdefinition und den Einschränkungen des SGB V oder von den Beschlüssen der Bundesausschüsse abweichen, nur im Rahmen von Modellvorhaben (§ 63 f. SGB V) und von Satzungsleistungen erbringen. Beide Möglichkeiten müssen von den zuständigen Aufsichtsbehörden, dem Bundesversicherungsamt oder einem Landesversicherungsamt genehmigt werden.

In Abbildung 6 werden die zehn Leistungsbereiche ausgewiesen, welche die größten Anteile an den Ausgaben der GKV darstellen.

Abbildung 6: Die zehn leistungsstärksten Ausgabenpositionen der GKV

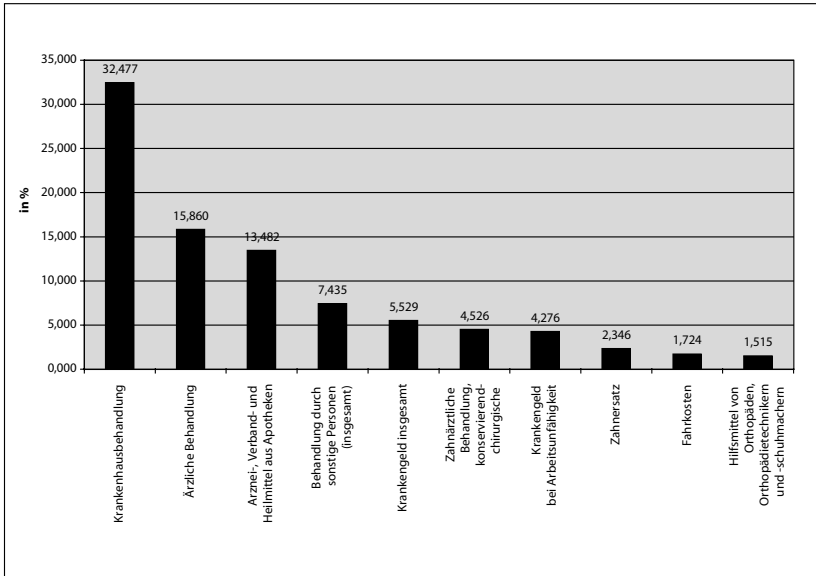


Quelle: Eigene Darstellung.

Aus Abbildung 6 wird deutlich, dass im Jahr 1998 für Krankenhausbehandlung rund 80,9 Mrd. DM, für ärztliche Behandlung 39,5 Mrd. DM, und für die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmittel aus Apotheken 33,6 Mrd. DM verausgabt wurden.

Der Anteil an den Gesamtausgaben ist in Abbildung 7 wiedergegeben.

Abbildung 7: Anteile der zehn stärksten Leistungsbereiche an den Gesamtausgaben der GKV

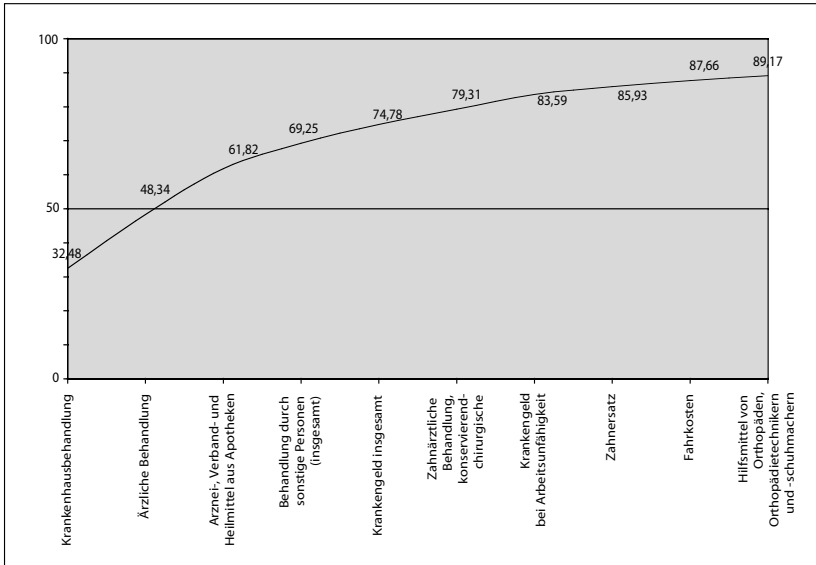


Quelle: Eigene Darstellung.

Aus Abbildung 7 wird deutlich, dass die Krankenhausbehandlung und die ambulante Behandlung 48,2 Prozent der Ausgaben in der GKV verursachten.

Bei einer – natürlich – hypothetischen Ausgliederung der ambulanten ärztlichen Leistungen würden somit 15 Prozent der Ausgaben in der GKV und bei zusätzlicher Herausnahme der Versorgung im Krankenhaus rund 50 Prozent der Kosten in der GKV eingespart werden. Darüber hinaus würden infolge der Verordnung von Leistungen in anderen Leistungsbereichen noch weit mehr Einsparungen erzielt werden können. Dieser Sachverhalt wird in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Ausgabenbereiche des Makroleistungskatalogs, kumulative Darstellung



Quelle: Eigene Darstellung.

Aus Abbildung 8 wird deutlich, dass die 10 ausgabenstärksten Leistungsbereiche rund 90 Prozent der Ausgaben darstellen.

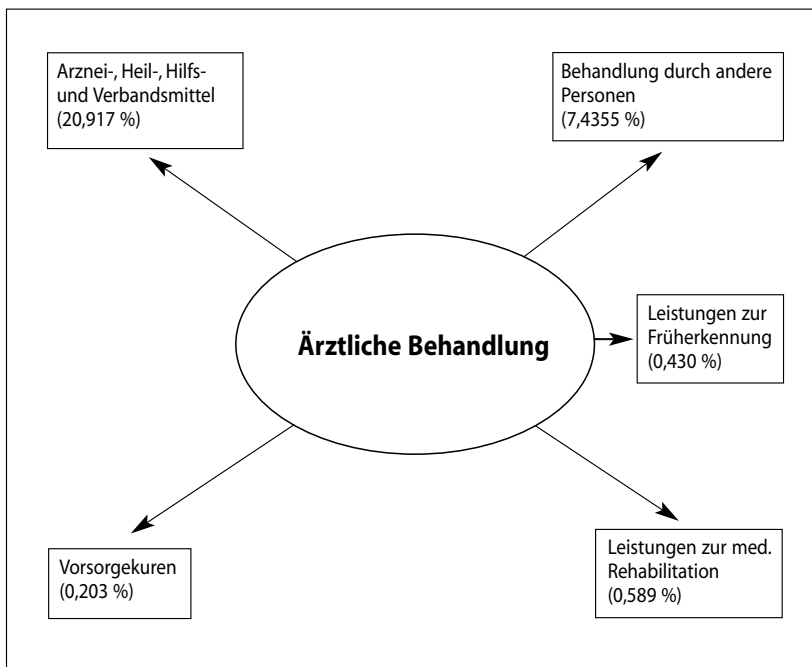
Für jede Ausgliederung bzw. Nichterstattung von Leistungen sind jedoch auch Folgewirkungen zu beachten. Da eine Therapie nicht ausschließlich durch Eigenleistungen des Krankenhauses oder eines Arztes erfolgen kann, sind insbesondere die Einsatzfaktoren, welche für Therapien unerlässlich sind wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenfahrten zu berücksichtigen. Werden diese Folgewirkungen betrachtet, so wäre das Einsparpotential bei einer Streichung ambulanten Leistungsbereiches noch höher.

In Abbildung 9 sind einige Komplementärbeziehungen zwischen dem ärztlichen Bereich und anderen Leistungsbereichen dargestellt.

5.1.1 Vergleich von Ausgliederungsvorschlägen

Im Folgenden werden einige wesentliche Vorschläge zu Leistungsausgrenzungen dargestellt, die sich auf den Makroleistungskatalog beziehen.

Abbildung 9: Komplementärbeziehungen ausgewählter Leistungsbereiche



Quelle: Eigene Darstellung.

5.1.1.1 Grundversorgungskonzept

Die erste Ausgrenzungsoption soll die nur begrenzte Einsparwirkung selbst radikaler Zusammenstreichungen des Leistungsumfanges verdeutlichen. Hierbei werden alle Leistungen aus dem Katalog der GKV herausgenommen, welche nicht einer »Grundversorgung« dienen. Nach einer solchen Ausgrenzung befänden sich nur noch Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung sowie Arzneimittel im Leistungskatalog. Dieser Ausgrenzungsvorschlag orientiert sich an den Grundversorgungsumfängen von Ländern mit weitreichenden privaten Krankenversicherungsanteilen wie den USA oder auch der Schweiz. Aufgrund der Anzahl

der bei diesem »Vorschlag« auszugrenzenden Leistungen wird dieser, im Gegensatz zu den folgenden, positiv formuliert.

Tabelle 8: Leistungen eines Grundversorgungskonzeptes

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentieller Restbeitrag bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 28 Absatz 1	Ärztliche Behandlung	39.542.328.600	15,860	2,278
§ 31	Arznei- und Verbandmittel von Apotheken	33.612.166.000	13,482	1,936
§ 33	Heil- und Hilfsmittel: Dialyse	2.738.415.266	1,098	0,158
§ 39	Krankenhausbehandlung: vollstationär	80.970.745.217	32,477	4,664
Gesamt	Grundversorgung	156.863.655.083	62,917	9,036

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis: BMG (1999).

Wie aus dieser Variante eines Grundversorgungskonzeptes hervorgeht, kann die Einstellung zur Definition von Gesundheit den Leistungskatalog maßgeblich bestimmen. In einer engen, konservativen Definition³⁵ von Gesundheit und einer danach ausgerichteten Formulierung eines Grundversorgungskonzeptes wären weder präventive Maßnahmen noch solche zur Früherkennung beinhaltet. Rehabilitationsleistungen wären ebenso ausgeschlossen wie Vorkehrungen gegen soziale Härten. Die Kosten für nahezu alle Hilfsmittel wären den Versicherten selbst auferlegt und auch humanitäre Aspekte (Ausgrenzung von Hospizen) blieben unberücksichtigt. Damit wäre eine Verringerung der Ausgaben der GKV um rund 37 Prozent möglich. Der durchschnittliche Beitragssatz würde dann rund 9,0 Prozent betragen.

5.1.1.2 Konzept des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW)

Das Konzept des IW³⁶ zu Leistungskürzungen im Makroleistungskatalog der GKV beinhaltet Leistungen, welche nicht Bestandteil einer »Mindestversicherung« sein sollten. Es werden insbesondere Geldleistungen, wie z.B. Krankengeld oder Sterbegeld, und Unterstützungsleistungen, wie z.B. die Haushaltshilfe, vorgeschlagen. Daneben werden Kurleistungen wie auch der komplette zahnärztliche Bereich genannt (Tabelle 9).

35 Vgl. ROSENBROCK (1998), S.13.

36 Vgl. PIMPERTZ (2002), S. 38.

Tabelle 9: Konzept des IW zu Leistungskürzungen im Makroleistungskatalog

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§§ 44 bis 51	Krankengeld: bei Arbeitsunfähigkeit	10.661.414.747	4,276	0,614
	Krankengeld: bei Vorsorgekuren	706.412	0,000	0,000
	Krankengeld: bei Rehabilitations- und Müttergenesungskuren	23.385.339	0,009	0,001
§ 60	Fahrkosten	4.297.931.601	1,724	0,248
§ 23 Absatz 2	Ambulante Vorsorgekuren	76.733.111	0,031	0,004
§ 23 Absatz 4	Stationäre Vorsorgekuren	131.389.286	0,053	0,008
§ 40 Absatz 1	Ambulante Rehabilitationskur	128.449.661	0,052	0,007
§ 40 Absatz 2	Stationäre Rehabilitationskur	1.362.496.618	0,546	0,079
§ 41	Müttergenesungskuren	454.732.515	0,182	0,026
§ 28 Absatz 2	Zahnärztliche Behandlung	11.284.312.069	4,526	0,650
§ 29	Kieferorthopädische Behandlung	2.191.728.078	0,879	0,126
§ 30	Zahnersatz	5.849.137.078	2,346	0,337
§§ 58 und 59	Sterbegeld	1.573.571.645	0,631	0,088
§ 38	Haushaltshilfe	471.314.024	0,189	0,027
Gesamt	Ausgrenzung nach PIMPERTZ	38.507.302.184	15,444	2,215

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis BMG (1999) und PIMPERTZ (2002), S. 38.

Aus Tabelle 9 wird deutlich, dass kurzfristig und statisch betrachtet ein Einsparvolumen von DM 38 Mrd. bzw. in Höhe von 15 Prozent der Ausgaben der GKV realisiert werden könnte. Zur Substitution der ausgegrenzten Leistungen wird deren Auslagerung in andere staatliche Subsysteme bzw. in die private Absicherung vorgeschlagen.

Folgewirkungen werden damit zunächst nicht berücksichtigt. Ebenso werden keine Aussagen gemacht, wie sich die Leistungsverringerungen auf andere Leistungsbereiche auswirken können. Die umfassende Ausgrenzung von Kurleistungen kann z.B. zu Krankheitsverschleppung und -verschlimmerung führen. Damit

Folgewirkungen von Leistungsausgrenzungen erfasst werden können, sind neben der Evaluation der Leistungen (hinsichtlich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) auch die Folgen der Ausgrenzung einer Leistung auf die Versorgung eines Versicherten und das Zusammenspiel mit anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen.

5.1.1.3 Periphere Leistungen

Ein weiterer Vorschlag könnte die Ausgrenzung von Leistungen sein, welche die medizinische Leistungserstellung im engeren Sinne nicht berühren. So wären u.a. bestimmte versicherungsfremde Leistungen betroffen, ergänzt um Ausgrenzungen verschiedener Leistungen für Rentner, präventive Leistungen sowie Leistungen der Früherkennung. Des Weiteren würden verschiedene Kurmaßnahmen und mehrere ergänzende Leistungen, wie beispielsweise sozialpädiatrische Maßnahmen, ausgegrenzt. Verallgemeinernd kann festgestellt werden, dass in dieser Option vorwiegend Leistungen mit peripherem Charakter aus dem Leistungskatalog herausgenommen würden. Für die medizinische Versorgung elementare Bestandteile würden hingegen nicht tangiert. Der Umfang ausgegrenzter Leistungen ist Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10 : Ausgrenzung peripherer Leistungen

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 18	Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland	670.337.468	0,269	0,039
§ 20 Absatz 4	Prävention in Kooperation mit Selbsthilfegruppen	16.514.528	0,007	0,001
§ 21	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	52.888.461	0,021	0,003
§ 22	Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	537.357.411	0,216	0,031
§ 23 Absatz 2	Ambulante Vorsorgekuren	76.733.111	0,031	0,004
§ 23 Absatz 4	Stationäre Vorsorgekuren	131.389.286	0,053	0,008
§ 24	Medizinische Vorsorge für Mütter	299.046.132	0,120	0,017
§ 24a § 24b	Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation	306.011.887	0,123	0,018
§ 25	Gesundheitsuntersuchungen	783.208.304	0,314	0,045
§ 26	Kinderuntersuchungen	289.092.895	0,116	0,017
§ 38	Haushaltshilfe	471.314.024	0,189	0,027
§ 40 Absatz 1	Ambulante Rehabilitationskur	128.449.661	0,052	0,007
§ 40 Absatz 2	Stationäre Rehabilitationskur	1.362.496.618	0,546	0,079
§ 41	Müttergenesungskuren	454.732.515	0,182	0,026
§ 43a	Nichtärztliche sozial-pädiatrische Leistungen	124.646.702	0,050	0,007
§§ 44 bis 51	Krankengeld: bei Vorsorgekuren	706.412	0,000	0,000
	Krankengeld: bei Rehabilitations- und Müttergenesungskuren	23.385.339	0,009	0,001
§§ 58 und 59	Sterbegeld	1.573.571.645	0,631	0,088
Gesamt		7.301.882.399	2,929	0,418

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis: BMG (1999).

Dieser Vorschlag, wie auch die beiden folgenden, beschreiben ein weiteres Problem bei Leistungsausgrenzungen. Durch das moderate Vorgehen bei der Bestimmung auszugrenzender Leistungen ergeben sich lediglich Einsparungen von 2,929 % der Gesamtausgaben, was eine Beitragssatzreduktion von rund 0,418 % erlauben würde. Moderate Leistungsausgrenzungen, welche nicht das eigentliche medizinische Leistungsgeschehen betreffen, sind also nur mit einem unmerklichen Einsparpotential verbunden. Gleichwohl können sich Wirkungen ergeben, die sozial und verteilungspolitisch nicht gewünscht sind oder zu Folgewirkungen führen, die sogar zu Mehrausgaben führen.

5.1.1.4 Versicherungsfremde Leistungen

In vielen Vorschlägen zur Ausgrenzung von Leistungen werden auch versicherungsfremde Leistungen genannt. Dabei wird von Beske und Kern (2000) allerdings nicht vorgeschlagen, die versicherungsfremden Leistungen aus dem Leistungskatalog zu entfernen. Vielmehr wird darauf verwiesen, dass die Fremdleistungen nicht aus Beitragsmitteln der GKV-Versicherten zu finanzieren sind. Auf Grund des sozial- und familienpolitischen Charakters dieser Leistungen sollten die Ausgaben dafür aus allgemeinen Steuermitteln über Zuweisungen an die Krankenkassen erstattet werden.

Die Abgrenzung der *Fremdleistungen im engeren Sinne* ist nicht einheitlich. Meist werden hierunter Leistungen wie sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfen, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Mütterkuren und Mutterschaftsgeld, Sterbegeld, künstliche Befruchtung, hauswirtschaftliche Versorgung und Entbindungsgeld verstanden. Die Angaben über den Ausgabenumfang für solche Leistungen schwanken demzufolge in Abhängigkeit der Abgrenzung. So geben Beske und Kern die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen im engeren Sinne für das Jahr 1997 mit DM 3,9337 Mrd.³⁷ Bereits angesichts dieses Betrages wird jedoch deutlich, dass auch die Ausgrenzung dieser Leistungsbereiche nur geringe Einspareffekte nach sich zöge.

Leistungen wie Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes, Entbindungs- und Mutterschaftsgeld aber auch die gesundheitliche Versorgung spezifischer Personengruppen, wie von Strafgefangenen oder von Personen in Jugendhilfeeinrichtungen, stellen Aufgaben von hohem öffentlichen und gesellschaftlichen Interesse dar. Bei einer ersatzlosen Streichung solcher Leistungen aus dem Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung bestünde die Gefahr,

37 BESKE UND KERN (2000), S. 28 ff.

dass grundlegende Rechte Einzelner verletzt und gesellschaftlich konstituierende Werte missachtet würden. Es ist daher legitim zu überlegen, ob derartige Aufgaben nicht anderen Finanzierungsträgern, beispielsweise den öffentlichen Haushalten, übertragen werden sollten.

Die Auslagerung der Finanzierung dieser Leistungen wäre jedoch nicht gleichbedeutend mit der Schaffung zusätzlicher administrativer Strukturen. Auch bei einer Finanzierung aus fiskalischen Mitteln kann zur Erbringung der genannten Leistungen weiterhin die Infrastruktur der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden. Diese würde im Gegenzug eine staatliche Transferleistung in Höhe der Ausgaben für die erbrachten versicherungsfremden Leistungen sowie eine Erstattung der Verwaltungsaufwendungen erhalten. Mittels einer solchen Vorgehensweise wäre es möglich, die Schaffung zusätzlicher administrativer Strukturen zu vermeiden und den zu erwartenden Mehraufwand für Verwaltungstätigkeiten zu begrenzen³⁸.

5.1.1.5 Präventionsorientierter Ansatz

Die bislang vorgestellten Optionen beinhalten meist weitreichende Ausgrenzungen in den Bereichen Prävention und Früherkennung. Hieran ist aus Sicht der solidarischen Sozialidee³⁹ zu kritisieren, dass Leistungen, welche nach dem Stand des medizinischen Wissens dazu beitragen, die Inanspruchnahme kostenintensiver, kurativer Leistungen zu verringern, Vorrang genießen sollten. Daher sind nachfolgend Leistungsausgrenzungen erfasst, die sich ausschließlich auf bestimmte Bereiche der Krankheitsbehandlung und die sonstigen Leistungen bezieht. Die kurzfristigen Wirkungen sind Tabelle 11 zu entnehmen.

38 Ein Beispiel für eine ähnliche Aufgabendelegation stellt die Beziehung zwischen den Krankenkassen und den Pflegekassen dar: Die Pflegeversicherung ist eine für alle Bürger verbindliche Pflichtversicherung. Sie bildet einen eigenständigen Sozialversicherungszweig. Der Beitragssatz zu ihr ist, im Gegensatz zu den Beitragssätzen zur gesetzlichen Krankenversicherung, bundeseinheitlich und durch Gesetz vorgegeben. Dennoch wurde die Administration der Pflegeversicherung an die Krankenkassen delegiert: Jede Krankenkasse ist verpflichtet, eine Absicherungsmöglichkeit gegen das Pflegefallrisiko anzubieten. Die Pflegekassen werden unter dem Dach der Krankenkassen verwaltet, die hierdurch entstehenden Verwaltungsaufwendungen werden den Krankenkassen von der Pflegeversicherung erstattet (vgl. LAMPERT (1998), S. 286).

39 Vgl. ROSENBROCK (1998), S. 13.

Tabelle 11: Ausgegrenzte Leistungen im präventionsorientierten Ansatz

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 18	Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland	670.337.468	0,269	0,039
§ 27a	Künstliche Befruchtung	k. A.	k. A.	k. A.
§ 38	Haushaltshilfe	471.314.024	0,189	0,027
§ 40 Absatz 1	Ambulante Rehabilitationskur	128.449.661	0,052	0,007
§ 41	Müttergenesungskuren	454.732.515	0,182	0,026
§ 43a	Nichtärztliche sozial-pädiatrische Leistungen	124.646.702	0,050	0,007
§§ 44 bis 51	Krankengeld: bei Vorsorgekuren	706.412	0,000	0,000
	Krankengeld: bei Rehabilitations- und Müttergenesungskuren	23.385.339	0,009	0,001
§§ 58 und 59	Sterbegeld	1.573.571.645	0,631	0,088
	Sonstige Gutachter	40.599.451	0,016	0,002
Gesamt	Ausgrenzung beim präventionsorientierten Ansatz	2.817.405.749	1,398	0,197

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis: BMG (1999).

Dabei wird das Dilemma jeglicher Leistungsausgrenzungen besonders deutlich. Bei einer so moderaten Variante der Leistungsausgrenzung, bei welcher die Verweigerung notwendiger medizinischer Leistungen oder auch Situationen der finanziellen Überforderung oder der sozialen Härte in nur minimalem Ausmaß zu erwarten wären, ergibt sich ein Einsparpotential von gerade einmal 1,398 Prozent der Gesamtausgaben. Dies würde sich in einer Beitragssatzreduktion von 0,197 Prozentpunkten äußern.

5.1.2. Folgerungen

Angesichts der oben skizzierten Konzepte wird erkennbar, dass deutliche Einsparwirkungen zwangsläufig mit erheblichen und unerwünschten Belastungen für die Versicherten einhergehen. Dies wird hinsichtlich der Beitragssatzwirkung in Tabelle 12 verdeutlicht. Die sechs ausgabenintensivsten Leistungsbereiche verursachen 78,056 % der Gesamtausgaben der GKV. Allein auf die beiden größten Be-

reiche, die vollstationäre Krankenhausbehandlung und die ärztliche Behandlung, entfallen mit 48,337 % aller Ausgaben nahezu die Hälfte der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Aufwendungen. Eine pauschale Ausgrenzung dieser Leistungsbereiche würde zwar zu Einsparungen führen, jedoch die Funktion der GKV gefährden. Eine solche Maßnahme kann von niemandem ernsthaft in Erwägung gezogen werden. Werden solche Leistungen ausgegrenzt oder beschnitten, so fehlen elementare Bestandteile, welche das GKV-System zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt. Werden sie hingegen nicht ausgegrenzt, so sind deutliche Einspareffekte durch die Ausgrenzung anderer Leistungsbereiche kaum zu erzielen.

Tabelle 12 : Die sechs ausgabenintensivsten Leistungsbereiche der GKV

Vorschrift des SGB V	Kurzbeschreibung der Leistung	Ausgaben für diese Leistung in DM	Anteil dieser Leistung an den Gesamtausgaben in v.H.	Potentielle Beitragsreduktion bei einem angenommenen Beitragssatz von 14 v.H.
§ 39	Krankenhausbehandlung: vollstationär	80.970.745.217	32,477	4,664
§ 28 Absatz 1	Ärztliche Behandlung	39.542.328.600	15,860	2,278
§ 31	Arznei- und Verbandmittel von Apotheken	33.612.166.000	13,482	1,936
§ 32	Heilmittel: Behandlung durch Sonstige	18.536.158.153	7,435	1,067
§ 28 Absatz 2	Zahnärztliche Behandlung	11.284.312.069	4,526	0,650
§§ 44 bis 51	Krankengeld: bei Arbeitsunfähigkeit	10.661.414.747	4,276	0,614
Gesamt	Die sechs ausgabenintensivsten Leistungsbereiche	194.607.124.786	78,056	11,209

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen auf Basis: BMG (1999).

Aus diesen Beobachtungen der dargestellten Vorschläge lassen sich somit folgende Erkenntnisse und Fragen ableiten:

- Ausgrenzungsoptionen mit spürbaren Einspareffekten lassen gesundheitlich und sozialpolitisch unerwünschte Folgewirkungen erwarten. Situationen sozialer Härten wie auch der Überforderung sind zu befürchten. Zudem sind bei tief greifenden Einschnitten vor allen Dingen medizinische, ökonomische und sozialpolitische Folgen in dynamischer Sicht zu befürchten. Diese können bislang kaum abgeschätzt werden, da auch insbesondere das nötige Datenmaterial zur Beantwortung der Fragen fehlt.

- Das Versorgungsziel der gesetzlichen Krankenversicherung ist schärfer zu definieren. Gerade vor dem Hintergrund des kurativen vs. präventionsorientierten Ansatzes der Ausgestaltung gesundheitlicher Versorgung in der GKV wäre dies von Nöten.
- Leistungsbereiche des Makroleistungskatalogs sind zunächst hinsichtlich deren medizinischer Wirksamkeit und deren Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.
- Interdependenzen zwischen Leistungsbereichen sind ebenso zu erfassen wie Interdependenzen zwischen einzelnen Leistungen. Nur so kann bestimmt werden, welche indirekten bzw. langfristigen Folgewirkungen von Ausgrenzungen von Leistungsbereichen oder einzelnen Leistungen ausgehen.
- Ausgrenzungsoptionen, welche mittels moderater Ausgestaltung die genannten Situationen und Effekte zu vermeiden versuchen, tragen ein nur unwesentliches Einsparpotential in sich.

Eine sozial verträgliche und gleichzeitig fiskalisch effektive Ausgestaltung von Leistungsausgrenzung auf der Ebene des Makroleistungskatalogs erscheint unter Wahrung des Auftrags der GKV, die Bevölkerung mit Leistungen zu versorgen, die der Förderung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit dienen sollen, nicht möglich.

Daraus ergeben sich folgende Handlungsoptionen für weiterführende Überlegungen:

- Eine Beibehaltung aller Leistungsansprüche des Makroleistungskatalogs bei eventueller gleichzeitiger Einführung von Selbstbeteiligungen in allen Leistungsbereichen,
- indikationsbezogene Ausgestaltung der Leistungsansprüche der Versicherten und Definition von Diagnose- und Therapiestandards,
- Überprüfung der Leistungselemente, die in den Mikroleistungskatalogen definiert sind,
- grundsätzliche Neubestimmung und explizite Formulierung des Versorgungsziels der GKV und des Gesundheitswesens im Allgemeinen.

5.2 DEFINITION VON GRUNDLEISTUNGEN IN INTERNATIONALER PERSPEKTIVE

Da – wie auch in Deutschland – die sozialen Sicherungssysteme in anderen Industrienationen vor der Aufgabe stehen, Lösungen zu finden, um dem Problemdruck der demographischen Entwicklung und des medizinischen und medizintechnischen

schen Fortschritts zu begegnen, lohnt sich ein Blick auf die Probleme und die Problemlösungsversuche anderer Länder. In nahezu allen betrachteten Ländern wird neben der Definition der anspruchsberechtigten Bevölkerung der Umfang der Grundleistungen (basic package bzw. Grundleistungskatalog) bestimmt. Deshalb soll an dieser Stelle auf Elemente eingegangen werden, die in anderen Ländern zur Definition oder Ausgestaltung von Grundleistungspaketen beitragen.

Dabei ist zu beachten, dass Vergleiche auf Grund mangelnder Messbarkeit und Definition von Gesundheit sowie einer Vielzahl von Einflussfaktoren äußerst schwierig ist. Deshalb können

- Ergebnisindikatoren, wie Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit, Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung,
- Kostenindikatoren, wie der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) und die Pro-Kopf-Ausgaben,
- Kapazitätsindikatoren: die Differenzierung zwischen ambulantem Sektor und stationärem Sektor. Im ambulanten Sektor gilt als Angebotsindikator die Anzahl der praktizierenden Ärzte je 1000 Einwohner, Zahl der Akutbetten, Verweildauer, Einweisungshäufigkeit und Anzahl der Pflage tage nur einen unzureichenden Vergleich liefern.

Aus internationalen Vergleichen wird deutlich, dass in nahezu allen Ländern ein Grundleistungskatalog besteht⁴⁰. Jedoch ist im Vergleich zu Deutschland in keinem anderen Land der Katalog der Grundleistungen so umfassend definiert. Insbesondere gelten hier Leistungen für Zahnbehandlung, Kuren und die Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel als Beispiele⁴¹. Ebenso sind in kaum einem anderen Land die Ausgaben für Gesundheitsleistungen pro Kopf der Bevölkerung ähnlich hoch wie in Deutschland. Gleichwohl sind die Ergebnisindikatoren in anderen Ländern nicht wesentlich geringer als in Deutschland. So kann natürlich gefragt werden, ob in Deutschland die hohen Gesundheitsausgaben allein deshalb erforderlich sind, um die Lebenserwartung aufrechterhalten zu können. Würde die Lebenserwartung und der messbare Gesundheitszustand der Bevölkerung sinken, wenn weniger Mittel für die Gesundheitsversorgung aufgewendet würden.

Im Folgenden sollen einige Elemente ausgewählter Länder vorgestellt werden, die für die Bestimmung des Leistungskatalogs in Deutschland von Interesse sein

40 Vgl. KUPSCH ET AL. (2000) und BÖCKEN (2000).

41 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 153 f.

können. Dabei wird deutlich, dass die Leistungsdefinition nicht unabhängig von der Finanzierung aus Steuer oder Beitragsmitteln betrachtet werden kann.

5.2.1. Finnland

Das finnische Gesundheitssystem wird überwiegend aus Steuermitteln finanziert. Neben den staatlichen, Steuer-finanzierten Gesundheitsdiensten gibt es die National State Sickness Insurance (NSSI). Sie wird anteilig durch am Einkommen orientierte Prozentpunkte der Arbeitnehmer und Pensionäre sowie Lohnprozente der Arbeitgeber finanziert. Die NSSI trägt vor allem die Kosten für Krankengeld, berufliche Präventionsmaßnahmen, Transportkosten, Mutterschaft und Teile privatärztlicher Behandlung⁴².

Im Hinblick auf die Zieldefinition und Zielerreichung gesundheitlicher Versorgung ist von Bedeutung, dass für die Gesundheitsversorgung die 455 Gemeinden Finnlands zuständig sind. Die Gesundheitszentren in den Gemeinden werden aus den Gemeindesteuern und den gesamtstaatlichen Steuern finanziert. Der gesamtstaatliche Anteil wird berechnet nach Bevölkerungszahl, Altersstruktur, Morbidität, Bevölkerungsdichte und Gemeindefinanzkraft. Die Gemeinden stocken den Betrag aus eigenen Mitteln auf. Damit werden ambulante Versorgung und einfache stationäre Aufenthalte in den gemeindlichen Versorgungszentren, Leistungen in übergemeindlichen, ebenfalls von Gemeinden finanzierte, Krankenhäuser und Gesundheitszentren erbracht. In Gesundheitszentren arbeiten Allgemeinärzte und Fachärzte (teilweise nur an einem Tag pro Woche), Krankenschwestern, Fachpersonal für öffentliche Gesundheitsvorsorge, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Psychologen. Zum Gesundheitszentrum gehören im Allgemeinen eine Röntgenabteilung, ein medizinisches Labor und eine stationäre Abteilung für leichtere akute Erkrankungen und zur Behandlung chronisch kranker Menschen.

In den Gesundheitszentren werden folgende Aufgaben erfüllt⁴³:

- Ambulante medizinische Behandlungen
- Zahnbehandlungen für Kinder und Jugendliche
- Physiotherapie
- Psychiatrische Betreuung
- Teile der Unfallversorgung und des Rettungsdienstes

42 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 51.

43 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 54 f.

- Gesundheitsförderungsmaßnahmen (allgemeine Gesundheitsberatung und -erziehung, Schulgesundheitspflege, gesundheitliche Betreuung alter Menschen, staatlich finanzierte Beratung von Schwangeren und Müttern von Kleinkindern).
- Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren vor der 16. Schwangerschaftswoche wird finanziell gefördert.

Innerhalb der Gesundheitszentren wird zunehmend ein Hausarztssystem eingeführt, wodurch eine feste Arzt-Patienten-Zuordnung erreicht werden soll. Die Patientenzahlung beträgt 20 Prozent.

In allen staatlichen Krankenhäusern ist die ambulante fachärztliche Behandlung möglich. Die stationäre Behandlung und die fachärztliche ambulante Behandlung in den Krankenhäusern finden nur nach Überweisung (außer in Notfällen) durch das kommunale Gesundheitszentrum oder einen niedergelassenen Allgemeinmediziner statt. Private Versorgungsstrukturen bestehen vor allem im Bereich der Fachärzte. 50 Prozent der Fachärzte, die an staatlichen Krankenhäusern arbeiten, unterhalten zudem eine private Praxis. Der Patient trägt bei Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen 50 Prozent der Behandlungskosten, da durchschnittlich 50 Prozent von der Krankenversicherung erstattet werden⁴⁴.

Die gewährleistete Gesundheitsversorgung durch den staatlichen finnischen Gesundheitsdienst umfasst folgende Leistungen:

- Allgemeine ärztliche und fachärztliche Behandlungen
- Ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungen im allgemein- und fachärztlichen Bereich
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Präventionsmaßnahmen.

Ausgeschlossene Leistungen sind⁴⁵:

- Sehtests und Sehhilfen
- Alternativmedizin
- Zahnärztliche Versorgung für vor 1956 geborene Personen.

Im Zusammenhang mit dem finnischen Modell ist hervorzuheben, dass eine demokratische Einflussnahme und Kontrolle durch die Bürger auf Grund der kommunalen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung erfolgt und zudem Gesundheitsziele regional verschiedene Krankheitsspektren erfassen können.

44 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 55.

45 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 51.

5.2.2 Frankreich

In die nationale Krankenversicherung sind rund 99 % der Bevölkerung Frankreichs und damit 56 Millionen Menschen integriert⁴⁶. Rund 81 % der Versicherten verfügen darüber hinaus über einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz bei den »Mutuelles«, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, oder bei privaten Krankenversicherungsunternehmen. Diese übernehmen etwa 10 Prozent der Gesundheitsausgaben⁴⁷.

Die Festschreibung von Kostenerstattung und eine Eigenbeteiligung zwischen 20 und 35 Prozent je nach Art der erhaltenen Leistung haben in Frankreich zu einer vermehrten Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen geführt⁴⁸. Insgesamt lag der Prozentsatz der von den Patienten selbst zu tragenden Ausgaben bei 19 %⁴⁹. Da die Zusatzversicherung weitgehend die Eigenbeteiligung absichern hilft, wird kritisiert, dass die Leistungserbringer keine Anreize hätten, wirtschaftlich zu arbeiten. Die Versicherten erhalten durch die Versicherung der Eigenbeteiligung de facto gleichsam vollständigen Versicherungsschutz.

In der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung werden die Ärzte auf einer fee-for-service-Basis von den Patienten bezahlt. 75 % der Kosten werden von der Krankenversicherung erstattet. Die restlichen 25 % müssen von den Patienten getragen werden, es sei denn, eine freiwillige Zusatzversicherung kommt für die Kosten auf⁵⁰. Ausnahmeregeln existieren auch für bestimmte chronische Krankheiten, die für 10 % der Versicherten gelten.

2000 Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten werden für die Gesundheitsversorgung der sozial schwachen Bevölkerungsteile staatlich finanziert. Für die »priority population«, Arbeitslose und deren Familien und Rentner, werden periodisch Gesundheitsuntersuchungen finanziert. Diese Gruppen stehen auch im Mittelpunkt der Programme für Screening-Verfahren, Präventionsprogramme und Gesundheitserziehung. Schwangerschaftsvorsorge und Gesundheitsvorsorge für Kinder sind ein Teil der nationalen Gesundheitsprogramme⁵¹.

Medikamente werden von den Versicherten bezahlt und die Kosten zum Teil von der Krankenkasse erstattet (ticket modérateur). Im Bereich der »necessary

46 Vgl. DANNER (1996), S. 326.

47 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997b).

48 Vgl. DANNER (1996), S. 326.

49 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997b).

50 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997b).

51 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997b).

drugs« beträgt die Selbstbeteiligung 35 %, bei »comfort drugs« sogar 65 %⁵². Zusatzversicherungen decken die Selbstbeteiligung in der Regel ab. 10 % der Versicherten sind von der Selbstbeteiligung auf Grund ihrer Krankheit befreit. Kritiker verweisen darauf, dass nur 26 der 50 in Frankreich meistverkauften Medikamente eine nachgewiesene therapeutische Wirkung haben⁵³.

Die Selbstbeteiligung bei anfallenden Kosten für zahnmedizinische Behandlungen liegt ohne privaten Ergänzungsschutz bei 70 %. Ausnahmen existieren für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen.

5.2.3 Großbritannien

Die Bevölkerung wird in Großbritannien durch den National Health Service (NHS) gesundheitlich versorgt, der 1948 eingeführt wurde und eine weitgehend kostenfreie ambulante und stationäre medizinische Versorgung bietet⁵⁴. Der NHS ist steuerfinanziert und staatlich verwaltet. Die gesamte Bevölkerung wird erfasst. Privatversicherungen können zusätzlich abgeschlossen werden.

Die durch den NHS gewährleistete Grundversorgung ist in einem Grundleistungskatalog festgelegt. Der Katalog wird von den regionalen Gesundheitsbehörden und Vertretern der Ärzteschaft überprüft und fortgeschrieben. Das neu gegründete National Institute for Clinical Excellence (NICE) soll an der Entwicklung von Leitlinien für Krebs- und Herzerkrankungen und psychische Krankheiten mitarbeiten und damit für eine einheitliche Fortschreibung des Grundleistungskataloges sorgen. Zudem ist es die Aufgabe des NICE, eine kosteneffektive Leistungserbringung im Gesundheitssystem zu realisieren.

Der Grundleistungskatalog umfasst:⁵⁵

- alle allgemeinmedizinischen ambulanten und stationären Behandlungen
- fachärztliche ambulante und stationäre Behandlung
- zahnärztliche Versorgung (bei aufwändigen zahnärztlichen Behandlungen bestehen Selbstbeteiligungsregelungen)
- augenärztliche Versorgung und Optikerdienste (Einschränkungen bei aufwändigen augenoptischen Leistungen)
- Arzneimittel (Selbstbeteiligungsregelung)

52 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997b).

53 Vgl. DANNER (1996), S. 329.

54 Vgl. DANNER (1997) und WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1999).

55 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 60 und WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997c).

Die Liste der Selbstbeteiligung wird zunehmend länger. Wesentlicher Kritikpunkt sind Unter- und Nichtversorgung in bestimmten Landesteilen sowie Wartelisten für nicht lebensbedrohliche, stationäre ärztliche und fachärztliche Behandlungen. Die Wartezeit beträgt durchschnittlich fünf Monate für nicht-akute stationäre Behandlung⁵⁶.

Die Schwerpunkte des NHS liegen bei der präventiven Bekämpfung von Krebserkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Schlaganfällen und der Behandlung von psychischen Krankheiten.

Zuzahlungen. Die höchsten Zuzahlungen müssen die Versicherten bei Medikamenten, zahn- und augenärztlichen Behandlungen leisten.

- **Medikamentenzuzahlungen:** Die Zuzahlungen für Medikamente wurden bereits 1952 eingeführt. Die Zuzahlungen stiegen in den vergangenen Jahren stetig. 1998 betrug die Zuzahlung pro Medikament £ 5.80⁵⁷. Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, Personen mit geringem Einkommen und chronisch Kranke sind befreit.
- **Zahnärztliche Behandlung:** Die Selbstbeteiligung für zahnärztliche Behandlung wurde 1951 eingeführt. Erwachsene bezahlen 80 % der Kosten jeder Zahnbehandlung. Es gibt jedoch eine jährliche Höchstgrenze der Selbstbeteiligung (1999/2000 £ 348). Etwa 25 % der erwachsenen Versicherten in Großbritannien sind von der Selbstbeteiligung wegen niedriger Einkommen befreit, wie auch Versicherte bis zum Alter von 18 Jahren.
- **Augenärztliche Behandlung:** Seit 1989 sind Sehtests kostenfrei für Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren, für Versicherte mit niedrigem Einkommen und für Versicherte mit einer Prädisposition für bestimmte Augenerkrankungen. Seit 1999 gilt diese Regelung auch für Versicherte ab 60 Jahren. Andere Versicherte müssen die Untersuchung selbst bezahlen. Für Brillen übernimmt der NHS einen Anteil der Kosten für bestimmte soziale Gruppen⁵⁸.

Private Krankenversicherung. In den vergangenen dreißig Jahren hat die private Krankenversicherung in Großbritannien an Bedeutung zugenommen. Waren 1996 10,8 Prozent der Bevölkerung zusätzlich privat krankenversichert⁵⁹, betrug der Anteil 1999 bereits 15 Prozent⁶⁰. Weniger die steigenden Selbstbeteili-

56 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 63.

57 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1999), S. 41.

58 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1999), S. 42.

59 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1999), S. 43.

60 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 70.

gungskosten als die zunehmende Versorgungsunsicherheit (lange Wartelisten für die Behandlung nicht lebensbedrohlicher Krankheiten, zunehmendes Nord-Süd-Gefälle bei der Versorgungsdichte) sorgt für die Verbreitung von Zusatzversicherungen in Großbritannien.

Die private Krankenversicherung ist im Bereich der zahnärztlichen Versorgung besonders wichtig geworden, weil viele Zahnärzte in Großbritannien ihre Dienste für den NHS reduziert haben oder nur noch als Privatarzt tätig sind⁶¹. Vor allem können mit der Zusatzversicherung die Wartelisten für ambulante und stationäre fachärztliche Behandlungen überwunden bzw. die Wartezeit verkürzt werden. Im Bereich der stationären Behandlung trägt die private Krankenversicherung die Behandlung in Privatkliniken bzw. in den Privatbetten der NHS-Krankenhäuser. Sie berechtigt zu der Wahl des behandelnden Arztes im Krankenhaus und verkürzt dort ebenfalls die Wartezeit.

5.2.4 Niederlande

Die beitragsfinanzierte, obligatorische Krankenversicherung gewährleistet eine umfangreiche gesundheitliche Basisversorgung. Das Versorgungsniveau kann durch private Zusatzversicherungen erhöht werden.

Das Krankenversicherungssystem setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen, in denen jeweils unterschiedliche Teile der Basisversorgung abgesichert werden.

Der Umfang der Basisversorgung (oder die Entscheidung über den Grundleistungskatalog) wird durch Beratungen verschiedener Gremien im Gesundheitsministerium festgelegt. Seit 1999 übernimmt der *Health Care Insurance Council*, ein aus neun unabhängigen, direkt vom Gesundheitsministerium ausgewählten Mitgliedern bestehendes Gremium, eine wichtige Beratungsfunktion bei der Festlegung der Basisversorgung⁶².

Das **erste Segment** der Krankenversicherung besteht aus der Allgemeinen Versicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ). Alle Bürger sind in der AWBZ pflichtversichert, die Beiträge sind einkommensabhängig. Die AWBZ deckt Risiken wie ambulante und stationäre Langzeitbehandlungen und -pflege sowie psychiatrische Behandlungen ab.⁶³

61 Vgl. DANNER (1997), S. 142 und WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1999), S. 41-44.

62 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 81.

63 Vgl. MÜLLER (1996), S. 283.

Im **zweiten Segment** der Krankenversicherung werden die Bürger der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung zugewiesen. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht: Je nach Einkommen sind die Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW) oder in einer privaten Krankenversicherung pflichtversichert. Die Einkommensgrenze wird jährlich neu festgelegt⁶⁴. Etwa 65 % der Bevölkerung sind in der ZFW und 35 % privat versichert. Die einkommensabhängigen Anteile der Versicherungsbeiträge sind für die etwa 30 gesetzlichen und 50 privaten Versicherungsunternehmen einheitlich geregelt.

Die ZFW umfasst folgende Leistungen⁶⁵:

- Krankenhausversorgung bis zu 365 Tagen
- ambulante ärztliche und medikamentöse Behandlung
- umfangreiche zahnärztliche Behandlungen für Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre
- kieferchirurgische Eingriffe und Präventivmaßnahmen für Erwachsene
- Schutzimpfungen
- Krebsvorsorgeuntersuchungen
- Gesundheitsberatung von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern.

Die Finanzierung der Grundversorgung erfolgt zu ca. 75 % über personenbezogene und einkommensabhängige Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile) sowie über Selbstbeteiligungen der Versicherten.

Neben dem kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich müssen privat Versicherte eine jährliche Solidarzahlung an die gesetzlichen Krankenkassen, den so genannten MOOZ-Beitrag, leisten.

Im **dritten Segment** können bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Die Beiträge sind nicht vom Einkommen abhängig, sondern werden nach dem individuellen Risiko berechnet. Neben den Beiträgen entstehen den Versicherten Selbstbeteiligungen bei Krankenhausaufenthalten, bei ambulanten fachärztlichen Behandlungen, bei Physiotherapie und für Arzneimittel. Die Selbstbeteiligung ist auf maximal hfl 200 pro Jahr begrenzt. Chronisch Kranke, Rentner und Sozialhilfeempfänger haben eine Selbstbeteiligung von maximal hfl 100 pro Jahr zu tragen. In den Niederlanden haben 90 % der Versicherten eine Zusatzversicherung abgeschlossen.

Die Selbstbeteiligung an den Kosten für Arzneimittel wird durch das Instrument der Positivliste geregelt. Seit 1991 existiert außerdem das Arzneimittelver-

64 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (1997b), S. 33.

65 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 82.

gütungssystem, in dem eine Kommission Arzneimittel in Gruppen substituierbarer Substanzen einordnet. Je nach Gruppe wird ein maximal erstattungsfähiger Preis festgesetzt. Die Preisdifferenz müssen die Patienten zusätzlich zu der regulären Selbstbeteiligung finanzieren. Die Kosten für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel und Medikamente gegen Bagatellkrankheiten werden in der Regel nicht erstattet.

5.2.5 Schweiz

Kein anderes Gesundheitssystem findet in der Debatte um die Reformierung des Gesundheitswesens in Deutschland so viel Aufmerksamkeit wie das der Schweiz – vor allem bezüglich der Frage, ob es als Modell für die Reformbemühungen der GKV gelten kann. Das Gesundheitssystem in der Schweiz wurde mit dem am 01.01.1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVR) grundlegend reformiert.

Im Bereich der Krankenversicherung hat die Schweizer Bundesregierung – im sonst sehr föderal gestalteten Gesundheitssystem, das eigentlich entsprechend den 26 Kantonen und Halbkantonen leicht unterschiedliche Systeme hat⁶⁶ – die Gesetzgebung zu verantworten und verfügt außerdem über die Kontrollaufsicht der Krankenversicherung, die durch das Bundesamt für Sozialversicherung ausgeübt wird. Seit dem Inkrafttreten des KVR im Januar 1996 muss jeder *Einwohner der Schweiz* eine obligatorische *Grundversicherung*, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKPV), abschließen. Alle Krankenversicherungen, die die Grundversicherungen anbieten, sind beim Bundesamt für Sozialversicherung registriert.

Prämien variieren nur nach drei Altersgruppen:

- Kinder bis einschließlich 18 Jahre,
- Erwachsene von 19 bis 25 Jahren,
- Erwachsene ab 26 Jahre.

Es handelt sich um Kopfprämien, die für alle Versicherten innerhalb einer Krankenkasse und eines Kantons gleich hoch sind. Jedoch unterscheiden sich die Versicherungsbeiträge in der Grundversicherung zwischen den Krankenversicherungen und in den Regionen. Im Jahr 1998 belief sich der günstigste Versicherungsbeitrag auf CHF 95 monatlich, der teuerste Beitrag auf CHF 382 monatlich. Durchschnittlich werden zwischen CHF 180 und CHF 220 pro Monat in der Grundversi-

66 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (2001), S. 29.

cherung bezahlt⁶⁷. Lediglich für Kinder und junge Erwachsene werden reduzierte Preise angeboten. Es gibt weder eine Arbeitgeberbeteiligung noch eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Die Prämien sind außerdem unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko und dem Geschlecht, aber auch von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Im Jahr 2003 betragen die Durchschnittsprämien umgerechnet € 184 für Erwachsene, € 134 für die Altersgruppe 29-25 Jahre und € 47 Euro für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre⁶⁸.

Soziale Komponente ist die Prämienverbilligung für einkommensschwache Familien, d.h., der Wohnkanton bezuschusst aus allgemeinen Steuermitteln die Prämiensumme einer Familie mit dem Betrag, um den diese einen bestimmten Prozentsatz des steuerpflichtigen Haushaltseinkommens übersteigt. Alle Einkommen⁶⁹ werden in die Berechnung einbezogen.

Prämienverbilligungen erhält diese Personengruppe durch einen vom Bund und dem Wohnkanton finanzierten Zuschuss. Die Bemessung der Zuschüsse erfolgt nach dem Prinzip, dass kein Haushalt mehr als 10 % des Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden soll. Im Jahr 1998 erhielten durchschnittlich etwa 30 % der Versicherten einen Zuschuss für ihre Grundversicherung⁷⁰.

Für alle Behandlungskosten und Arzneimittel müssen mindestens CHF 230 SF privat bezahlt werden und zusätzlich bis zu der Summe von CHF 6000 10 % der Behandlungskosten, so dass alle anfallenden Kosten bis zu einer Gesamtsumme von CHF 6230 der Zuzahlungspflicht unterliegen⁷¹. Per Annum beträgt die private Kostenbeteiligung für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung maximal CHF 830 zusätzlich zu den monatlichen Kopfprämien der OKPV⁷².

Für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 18 Jahren entfällt die Jahresfranchise und die Höhe der Eigenbeteiligung für Arzneimittel und ambulante Behandlungen ist auf jährlich maximal CHF 300 begrenzt.

Versicherungsumfang. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKPV) garantiert den Schutz bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft (Art. 1 Abs. 2 KVG). Der Grundleistungskatalog ist für alle Versicherten gleich und umfasst medizinische Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennungen), ambulante und stationäre medizinische Versorgung, ambulante und stationäre Pflegeleistungen,

67 Vgl. die Berechnung der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich unter www.dca.ethz.ch/info_kranken.htm.

68 Vgl. BREYER (2003), S. 5.

69 In manchen Kantonen wird zusätzlich noch ein Anteil (meist 10 %) des Vermögens angerechnet.

70 Vgl. WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (2001), S. 29.

71 Referenzjahr 2003.

72 Vgl. GERLINGER (2003), S.12 und WHO REGIONAL OFFICE EUROPE (2001), S. 30.

die Versorgung mit Arzneimitteln, ärztlich veranlasste Leistungen anderer Heilberufe und bei Schwangerschaft (Art. 25-31 KVG)⁷³. Die Grundversicherung bietet somit einen relativ umfassenden Schutz, der eine Versorgung mit allen medizinisch notwendigen Leistungen gewährleistet. Der Begriff Grundversicherung ist nicht unbedingt mit dem Begriff Grundleistung in Deutschland gleichzusetzen, da hier ein deutlich eingeschränkter Grundleistungskatalog durch private Wahlleistungen aufzustocken ist⁷⁴. Allerdings muss darauf verwiesen werden, dass die zahnärztlichen Behandlungen einschließlich Zahnersatz – abgesehen von wenigen Einzelfällen – und eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nicht von der OKPV abgesichert werden.

Krankenhausaufenthalt. Alle Kosten der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses im Wohnkanton des Patienten, das auf der kantonalen Krankenhausliste unbefristet aufgeführt ist, sind abgedeckt. Die Wahlfreiheit in Bezug auf das Krankenhaus ist damit also eingeschränkt. Es existiert keine freie Arztwahl und der Patient wird in einem Mehrbettzimmer untergebracht.

Notfallregelung. Bei Notfällen sind alle anfallenden Kosten in jedem Krankenhaus der Schweiz gedeckt, sofern das Krankenhaus auf der kantonalen Liste aufgeführt ist. Dies gilt auch für die Behandlungskosten in einem Krankenhaus außerhalb des Wohnkantons, wenn die Behandlung im Wohnkanton unmöglich ist. Die Kosten für Notfalltransporte sind nur bis zu einem gesetzlich festgesetzten Höchstbetrag abgedeckt.

Arzneimittel. Medikamente werden von der Grundversicherung bezahlt, wenn sie auf der so genannten »Spezialitätenliste« aufgeführt sind. Sie müssen außerdem von einem zugelassenen Arzt verschrieben worden sein.

Alternativmedizin. Die Behandlungen der Alternativmedizin sind von staatlich anerkannten Ärzten durchzuführen. Die Wirksamkeit der Behandlungsmethode muss nachgewiesen sein. Es existiert allerdings keine für alle Krankenversicherungsanbieter geltende Liste der anerkannten und damit von der Grundversicherung abgedeckten Alternativmedizin.

Psychotherapie. Die Behandlung durch einen Psychiater ist von der Grundversicherung abgedeckt, die Behandlung durch einen Psychologen nicht.

Impfungen. Übliche Impfungen für Kinder bis 16 Jahre, Auffrischimpfungen für Erwachsene und Grippeimpfungen für Personen über 65 Jahre sind in der Grundversicherung enthalten.

73 Vgl. BSV (2001), S. 2.

74 Vgl. GERLINGER (2003), S.18.

Zahnärztliche Behandlung. Krankheiten und Unfälle im Kausystem werden von der Grundversicherung bezahlt. Normal- und Schönheitsbehandlungen (Lochfüllungen, Zahnfleischbehandlungen und Zahnregulierungen) werden **nicht** von der Grundversicherung abgedeckt.

Für Frauen werden von der Grundversicherung noch zusätzliche Leistungen abgedeckt:

- Rötelimpfung für nicht-immunisierte Frauen.
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen inklusive Krebsabstrich alle drei Jahre.
- Einmal jährlich kostenlose Mammographie für Frauen, deren Mutter oder Schwester oder Tochter an Brustkrebs erkrankt sind.
- Ab dem 50. Lebensjahr alle zwei Jahre kostenlose Mammographie für alle Frauen.
- Als Standard werden bei normal verlaufenden Schwangerschaften sieben Kontrolluntersuchungen vor und eine nach der Geburt inklusive zwei Ultraschalluntersuchungen, die Geburtskosten sowie bei Risikoschwangerschaften alle ärztlich angeordneten Untersuchungen von der OKPV abgedeckt.

Für Kinder gibt es in der Grundversicherung ebenfalls besondere Leistungen:

- Die Kosten für Aufenthalt und Pflege von Neugeborenen werden von der Krankenkasse der Mutter übernommen.
- Eine Grundversicherung für Kinder muss bis spätestens drei Monate nach der Geburt abgeschlossen werden.
- Kinder bis 18 Jahre müssen keine Jahresfranchise bezahlen, aber 10 % Selbstbehalt. Es gilt eine maximale Kostenbeteiligung von CHF 300 pro Jahr.

Der Grundleistungskatalog und damit die Liste der Leistungen, die von der obligatorischen Grundversicherung abgedeckt sind, wird durch die Eidgenössische Kommission für Leistungen der Krankenversicherung und den Krankenkassen- und Ärzteverbänden erstellt und fortgeschrieben⁷⁵ und regelt die Vergütung im ambulanten und stationären Bereich. Im Arzneimittelsektor besteht eine auf Bundesebene erlassene Spezialitätenliste, in der die verschreibungs- bzw. erstattungsfähigen Medikamente aufgeführt sind. Sie umfasst derzeit etwa 7700 zugelassene und verschreibungsfähige Medikamente, von denen rund 30 % erstattungsfähig sind.

75 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 98.

Im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung haben Versicherte die Option, die in der Grundversicherung festgeschriebene Begrenzung der Krankenhauswahl auf den Wohnkanton durch einen Aufpreis auf die ganze Schweiz auszuweiten. Zudem haben Versicherungspflichtige die Möglichkeit, ihre finanzielle Beteiligung an der Grundversicherung zu erhöhen und damit die Kopfprämien zu verringern. Es gibt zwei Formen, die Bonus-Versicherung und die erhöhte Jahresfranchise⁷⁶. Die Bonus-Versicherung gewährt höhere Rabatte bei der monatlichen Prämie, solange keine Kosten bei der Krankenversicherung verursacht wurden. Nach fünf Jahren würde der Rabatt den vom Bund gesetzten Höchstwert von 40 % erreichen. Werden Kosten verursacht, wird der Versicherte auf die Rabattstufe des Vorjahres zurückgestuft. Die erhöhte Jahresfranchise (obligatorisch sind CHF 230 im Jahr), also die Erhöhung der Summe, die der Versicherte pro Jahr im Krankheitsfall selbst übernimmt, führt zu einer Reduzierung der monatlichen Prämie, einem Prämienrabatt. Möglich ist die Erhöhung der Jahresfranchise auf CHF 400, 600, 1200 oder 1500. Sowohl die Jahresfranchisestufen als auch die Prämienrabatte je Stufe sind vom Bund begrenzt.

Eine weitere Möglichkeit zur individuellen Prämienreduktion besteht darin, Versicherungen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer abzuschließen (Art. 41 Abs. 4 KVG). Dafür kann die Krankenversicherung die Prämien um bis zu 20 % reduzieren⁷⁷.

Durch die Wahl von privaten Zusatzversicherungen können die Versicherten weitere Leistungen hinzukaufen⁷⁸. Dies betrifft vor allem den Versicherungsschutz bei Krankenhausaufenthalten bzw. -behandlungen, wo der Versicherte sich zwischen 1. Klasse und 2. Klasse (Einbett- bzw. Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) entscheiden kann. Des Weiteren kann eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen werden. In der Zusatzversicherung unterliegen die Versicherungsgesellschaften anders als in der Grundversicherung keinem Kontrahierungszwang, Versicherungsdauer und Kündigungsfristen können frei vereinbart werden und die individuellen Krankheitsrisiken werden in der Höhe der Prämien berücksichtigt.

Mit der Reformierung der Krankenversicherung sollte die Solidarität bei der Finanzierung der Krankenversicherung gestärkt werden und die Kosten bei gleich bleibender Qualität der Versorgung gedämpft werden⁷⁹.

76 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000), S. 107.

77 Vgl. GERLINGER (2003), S. 14.

78 Vgl. GERLINGER (2003), S. 14.

79 Vgl. GERLINGER (2003), S. 10f.

Die einkommensunabhängige Bemessung der Prämien der OKPV führt bei sinkendem Einkommen zu einem Anstieg der relativen Belastung mit Kosten aus der Krankenversicherung. Die Reform betont den hohen Stellenwert der individuellen Finanzierungsverantwortung durch Jahresfranchise, wählbare Jahresfranchise, Selbstbehalte mit dem Ziel, den Versicherten einen Anreiz zu einer maßvollen Inanspruchnahme von Leistungen zu schaffen und dadurch die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen. Bemerkenswert ist, dass die Schweiz in den 1990er Jahren mit dem KVG – entgegen dem internationalen Trend – das Leistungsspektrum der Krankenversicherung ausgedehnt hatte⁸⁰. Im Jahr 2000 beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf CHF 43,3 Mrd. bzw. 10,7 % des BIP⁸¹. Damit steht die Schweiz in Europa an der Spitze und nimmt im weltweiten Vergleich hinter den USA den zweiten Platz ein. Die Ausgaben in der OKPV betragen im Jahr 2001 ca. CHF 16,4 Mrd., von denen 83,3 % durch Krankenversicherungsprämien und 14,8 % durch individuelle Kostenbeteiligungen finanziert wurden. Das Krankenversicherungsgesetz von 1996 hat an der Ausgabendynamik nichts verändert, die Ausgaben stiegen inklusive der Kostenbeteiligung der Versicherten zwischen 1996 und 2001 insgesamt um 31,5 % (pro Kopf um 29,2 %) an. Die Kostenbeteiligung der Versicherten in der OKPV erhöhte sich im gleichen Zeitraum mit 42,9 % stärker als die OKPV-Gesamtausgaben. Genauso sind die Kopfprämien in den Jahren 2002 und 2003 gegenüber dem Vorjahr um jeweils knapp 10 % gestiegen. Durch die sehr weit gehende privatisierte Finanzierungsgestaltung der Krankenversicherung (einkommensunabhängige Kopfprämien, Jahresfranchise, Selbstbehalte) und die Ausgrenzung von Zahnarztbehandlungen und Krankengeldzahlungen können insbesondere für sozial Schwächere sehr hohe finanzielle Belastungen entstehen. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität lässt sich bis heute nicht nachweisen⁸². Auch das Ziel der Ausgabendämpfung wurde nicht erreicht. Momentan werden in der Schweiz aus den genannten Gründen Teilrevisionen des KVG debattiert.

80 Vgl. KOCHER/GREß/WASEM (2002), S. 301f. und GERLINGER (2003), S. 16.

81 Vgl. GERLINGER (2003), S. 25.

82 Vgl. GERLINGER (2003), S. 27 und WHO REGIONAL OFFICE EUROPE, (2001), S. 23.

5.2.6 USA

Da es in den USA nur sehr begrenzt staatliche Rahmenbedingungen für die Krankenversicherung gibt, entstehen dort häufig auf verschiedenen regionalen Ebenen neue Initiativen zu Form und Umfang der Krankheitsversorgung.

Ein Beispiel ist der *Oregon Health Plan (OHP)*. Im Rahmen des Oregon Health Plan (OHP) wurde der Kreis der Berechtigten für Medicaid auf alle Einwohner des US-Bundesstaates Oregon ausgedehnt, die nur über ein Einkommen unterhalb der nationalen Armutsgrenze verfügen. Weiteres Ziel war die Errichtung eines »High Risk Insurance Pool« für die Einwohner, denen wegen hoher medizinischer Risiken eine Krankenversicherung verweigert wurde

Das wesentliche Instrument besteht darin, die medizinischen Leistungen durch eine elfköpfige Kommission zu überprüfen und zu erstellen und ggf. einzuschränken. Die Vorgehensweise, die Prioritätenliste aufzustellen bestehen zunächst darin, Symptome bzw. Krankheiten jeweils einer Behandlungsmethode zuzuordnen. Es werden nur Krankheiten auf die Liste aufgenommen, für die es nachweislich eine erfolgreiche Behandlungsmethode gibt. Die Behandlungsleitlinien sind verbindlich. Die nach dem OHP behandelbaren Krankheiten sollen gemäß »their benefit to the entire population being served« aufgelistet werden und werden dabei einem Ranking unterzogen. Symptome und Krankheiten sowie Behandlungsmethoden werden anhand von vier Faktoren bewertet:

- »Their cost, the net duration of benefit, physician estimates of the likelihood that treatment could alleviate symptoms or prevent death, and citizens views on the seriousness of symptoms and functional limitations«⁸³.
- Die Mitbestimmung der Bürger sorgte für eine Verbesserung des Rankings für »areas as preventive and maternity care«⁸⁴.
- Die Grenze der behandelbaren Krankheiten wird jährlich neu bestimmt und dem Budget angepasst. Im Jahr 1995 befanden sich 745 Krankheiten und Störungen auf der Liste, von denen die ersten 606 durch den OHP abgedeckt waren.

Rund 700 Krankheitssymptome sind damit einer Behandlungs-Positivliste zugeordnet. Dieser Liste liegen Behandlungsvorschläge (guidelines) zu Grunde, die ein Behandlungsbudget vorgibt. Ebenso werden Präventionsmaßnahmen, durch

83 CONVISER (2002), S. 3 unter www.ohppr.state.or.us/docs/histofplan.pdf.

84 EBD., S. 4.

die spätere höhere Kosten vermieden werden können, aufgelistet. Eine gewisse Flexibilität und Entscheidungsfreiheit bleibt den Ärzten erhalten: Ärzte können eine Behandlung, die nicht auf der Positivliste steht, durchführen, wenn dadurch spätere kostenintensive Folgekosten reduziert werden.

Die Prioritätenliste wird jährlich von einem elf Personen umfassenden Gremium aus Laien und Experten überprüft. Besondere Bedeutung kommt der Einbeziehung von Laien bei der Festlegung der Prioritätenliste im Sinne einer Demokratisierung des Oregon-Modells zu.

Der Leistungskatalog des Oregon Health Plan (OHP) umfasst⁸⁵:

- Diagnosis (services to find out what is wrong)
- Physician services
- Medical and dental check-ups
- Dental Services
- Family planning services
- Maternity, prenatal and newborn care
- Prescription services
- Hospital Services
- Alcohol and drug treatment
- Mental health services

Von der Kostenerstattung ausgenommen sind:

- Als ungefährlich eingestufte Krankheiten (Bagatellerkrankungen), bei denen eine ärztliche Konsultation nicht nötig ist: »Treatment on conditions that get better on their own (colds, sore throats)«.
- Krankheiten, die nicht behandelbar sind, bzw. für die es keine anerkannte und wirksame Therapie gibt: »Conditions which have no useful treatment«.
- Behandlungen müssen nachgewiesene Erfolge nachweisen können, um vom OHP anerkannt zu werden: »Treatments that are not generally effective«.
- Kosmetische Operationen (Cosmetic surgeries).
- Geschlechtsumwandlungen (Gender changes).
- Fruchtbarkeitsbehandlungen (Services to help you get pregnant).
- Programme zur Gewichtsreduzierung (Weight loss programs).

Die Liste der möglichen Behandlungen ist seit Einführung des OHP 1994 ausgeweitet worden. Um die Ausgaben dadurch nicht zu erhöhen, wurde der zugangs-

85 Vgl. OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES: www.omap.hr.state.or.us/ohp/3256_0202.html.

berechtigte Personenkreis eingeschränkt (z.B. Vollzeitstudenten) und die Einkommensobergrenze gesenkt.

Der OHP gilt international als beispielgebend für die demokratische Erstellung eines Grundleistungskataloges.

5.2.7 Zusammenfassung

Aus internationalen Vergleichen wird deutlich, dass in nahezu allen Ländern ein Grundleistungskatalog besteht⁸⁶. Jedoch ist im Vergleich zu Deutschland in keinem anderen Land der Katalog der Grundleistungen so umfassend definiert. Insbesondere gelten hier Leistungen für Zahnbehandlung, Kuren und die Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel als Beispiele⁸⁷. Ebenso sind in kaum einem anderen Land die Ausgaben für Gesundheitsleistungen pro Kopf der Bevölkerung ähnlich hoch wie in Deutschland. Gleichwohl sind die Ergebnisindikatoren in anderen Ländern nicht wesentlich geringer als in Deutschland. So kann natürlich gefragt werden, ob in Deutschland die hohen Gesundheitsausgaben allein deshalb erforderlich sind, um die Lebenserwartung aufrechterhalten zu können. Würden die Lebenserwartung und der messbare Gesundheitszustand der Bevölkerung sinken, wenn weniger Mittel für Gesundheit verausgabt würden?

Die internationalen Reformbemühungen in der Gesundheitsversorgung orientieren sich an folgenden Prinzipien bzw. Brennpunkten⁸⁸:

- Gewährleistung der **Versorgungssicherheit** für alle Bürger im Rahmen der medizinisch notwendigen Kernversorgung, die allerdings momentan weder national noch international definiert ist.
- Das Prinzip **Wirtschaftlichkeit** muss im Gesundheitswesen gesteigert werden. Der demographische Wandel und der technische Fortschritt und die Folgen für Ausgaben und Einnahmen im Gesundheitswesen machen eine wirtschaftlichere und effizientere Arbeitsweise und Ressourcennutzung nötig.
- Die Gewährleistung von **effizienter Versorgungsqualität** durch Leistungstransparenz, integrierten Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem und stationärem Sektor und Qualitätssicherung durch Aus- und Weiterbildung.
- Die **Nachhaltigkeit** in der Gesundheitsversorgung soll durch die Orientierung am Leitsatz *Erhaltung der Gesundheit statt Behandlung von Krankheit* gewähr-

86 Vgl. KUPSCH ET AL. (2000) und BÖCKEN (2000).

87 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 153 f.

88 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 20 und 161 f.

leistet werden. Dies soll durch die Erhaltung der systemimmanenten Anpassungsfähigkeit der Versorgerseite an den medizinischen Fortschritt aber auch durch die Förderung von Eigenverantwortung und Patientenautonomie erreicht werden.

- Die **Grenze** zwischen staatlich finanzierter **solidarischer Versorgung** und privat finanzierter, **eigenverantwortlicher Versorgung** muss diskutiert und bei der Reformierung des Gesundheitswesens umgesetzt werden.

In allen Ländern stehen die Entscheidungsträger vor der grundsätzlichen Frage, welche Leistungen von der Allgemeinheit finanziert und welche privat bezahlt werden sollen. Es stellt sich die Frage, wie weit der Anspruch auf solidarisch finanzierte Behandlungen reicht. Die meisten Länder entscheiden sich innerhalb ihres Gesundheitssystems für eine Grundversorgung. Die Leistungen der Grundversorgung sollen wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Diese Forderung scheidet jedoch häufig »in der Umsetzung an einer Medizin, die gar nicht in der Lage ist, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen oder einen Konsens darüber herzustellen«⁸⁹. Die Verantwortlichen stehen zudem vor dem Problem, zwischen einem unverzichtbaren Kern medizinischer Behandlungen, der staatlich finanziert wird, und dem diagnostisch und therapeutisch Machbaren, das privat finanziert werden muss, zu differenzieren. Es bestehen international große Schwierigkeiten, die Leistungen der Grundversorgung auf eine verbindliche Basis anhand medizinischer Verfahren zu stellen. Der Evidence-based Medicine (EbM) und der Implementation von Behandlungsleitlinien kommt bei der Erstellung von Grundleistungskatalogen eine immer größere Bedeutung zu. Dabei bleibt die Problematik ungehört, den Ursache-Wirkungs-Zusammenhang eines Therapieverfahrens auch bei multimorbiden Patienten zu bestimmen.

Was in den einzelnen Ländern zur Grundversorgung gezählt wird, ist in der Regel historisch bedingt und wird meistens nicht regelmäßig überprüft. Kupsch et al. (2000) untersuchten die Grundleistungskataloge in 15 europäischen Ländern. Auf der Mikroebene der Leistungskataloge wurden erhebliche Unterschiede festgestellt.

Als wesentliche Gründe dafür können gelten:

- eine ethnospezifische Auffassung von Gesundheit und Krankheit,
- das Fehlen internationaler Standards bezüglich dem Nutzen und dem Umfang von medizinischen Verfahren und Untersuchungen,

89 Vgl. BÖCKEN ET AL (2000) S. 124.

- die methodischen Schwierigkeiten bei der Ermittlung von Bedarf, Nachfrage und Ergebnissen von medizinischen Leistungen,
- die zentrale oder dezentrale Struktur und die Finanzierung der Gesundheitssysteme hat Auswirkungen auf die Durchsetzung einheitlicher Qualitätsstandards und die Inanspruchnahme von Leistungen⁹⁰.

Allgemein kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass folgende Gesundheitsleistungen in der Mehrheit der untersuchten Länder vollständig oder teilweise staatlich finanziert sind und in bestimmten Bereichen von einem länderübergreifenden Grundleistungskatalog gesprochen werden kann⁹¹:

- Schwangerschaftsvorsorge,
- Gesundheitsvorsorge für Kinder,
- Impfungen für Kinder,
- medizinische Rehabilitation im Akutkrankenhaus nach Herzinfarkt, koronarer Bypasschirurgie, endoprothetischen Eingriffen am Hüftgelenk sowie nach Schlaganfällen,
- medizinische Rehabilitation in speziellen Rehabilitationseinrichtungen nach Herzinfarkt, koronarer Bypasschirurgie, endoprothetischen Eingriffen am Hüftgelenk sowie nach Schlaganfällen,
- ambulante Psychotherapie,
- Fruchtbarkeitsbehandlungen,
- Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterhals- und Brustkrebs,
- langfristige Behandlung der Alkoholabhängigkeit.

Im Bereich der Nikotinentwöhnung, Massagebehandlung, Kuren, regelmäßige allgemeinmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen auf Prostatakrebs, Vorsorgeuntersuchungen auf andere Krebsarten, Leistungen der Komplementärmedizin (Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie) stellte die Studie demgegenüber erhebliche Unterschiede bei der Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen fest⁹².

Der Ausschluss von Leistungen aus dem Grundleistungskatalog kommt international vor allem in den Bereichen der zahnmedizinischen und der augenärztlichen Versorgung häufig vor. Im Bereich der Zahnbehandlungen ist die Tendenz zu beobachten, dass die Zahnarztkosten vermehrt vom Patienten bezahlt werden müssen. In einigen Ländern (Schweiz, Niederlande) müssen Erwachsene Zahnbe-

90 Vgl. KUPSCH ET AL (2000), S. 35 f.

91 Vgl. KUPSCH ET AL (2000), S. 30 f.

92 Vgl. KUPSCH ET AL (2000), S. 32.

handlungen selbst finanzieren. Oftmals werden nur die Behandlungskosten für Jugendliche oder sozial Schwache übernommen⁹³.

Neben dem Ausschluss von Leistungssegmenten aus der Grundversicherung wird auf das Instrument der Zuzahlung für Behandlungen der Grundversorgung zurückgegriffen. Die Höhe der Zuzahlungen ist bedeutend, da die solidarische Grundversorgung damit – vor allen Dingen in Anbetracht der Sozialschichtabhängigkeit von Krankheit und Gesundheit – unterlaufen werden kann⁹⁴. Die Gesamthöhe der Zuzahlungen ist deshalb auf ein jährliches Maximum begrenzt und es bestehen Ausnahmen für Einkommensschwache und chronisch Kranke.

Wahlmöglichkeiten über den Umfang der Grundversorgung gibt es nicht, dies stünde auch im Gegensatz zur Idee der Grundleistungen. Wahlmöglichkeiten den Zugang zu den Leistungserbringern betreffend und bezüglich der Höhe der finanziellen Selbstbeteiligung widersprechen dem Solidarprinzip zwar nicht, werden aber noch nicht realisiert⁹⁵. Die Schwerpunkte der Grundversorgung werden zukünftig in der Präventionsmedizin liegen, da dieser Bereich als wichtigste Quelle für Kostensenkungen durch Vermeiden von Krankheiten gilt. Die Grundleistungskataloge werden daraufhin in allen Ländern überprüft werden.

Fazit: Es gibt keine zwei Gesundheitssysteme, deren Organisation, Finanzierung und Leistungsangebot gleich wären. Dies ist auch auf die heutige komplexe Welt zurückzuführen, in der es schwierig ist exakt zu sagen, was ein Gesundheitssystem ist, woraus es besteht, wo es beginnt und endet (WHO, 2000). Ansprüche auf und Ausgestaltung der Versorgungsleistungen, Finanzierung, Kostenübernahme sowie Selbstbeteiligungen der Patienten variieren nicht nur zwischen den Ländern erheblich, sondern sind in einem Land auch im Zeitablauf verschieden.

Im Wesentlichen können fünf Perspektiven internationaler Vergleiche hinsichtlich deren Zweck und Wirkung unterschieden werden, wobei die ersten drei Chancen und die Punkte vier und fünf Gefahren in sich bergen, die mit internationalen Vergleichen verbunden sind:⁹⁶

1. Information. Strukturen im eigenen Land mit Strukturen und Erfahrungen in anderen Ländern zu vergleichen nach dem Motto »illumination without transplantation«.

93 Zur Problematik der Ausgrenzungen zahnärztlicher Leistungen siehe Kapitel 9.

94 Vgl. MIELCK (2000).

95 Vgl. BÖCKEN ET AL. (2000), S. 127.

96 Vgl. KERN UND KUPSCH (2002a), S. 29 f.

2. Blick in die Zukunft. Aus Erfahrungen anderer Länder auf eigene Entwicklungsgefahren und -chancen im Gesundheitswesen schließen. Erfahrungen anderer Länder schaffen die Möglichkeit, eigene Entwicklungen besser beurteilen zu können. Erfahrungen anderer Länder immer einen Referenzpunkt, eigene Strukturen zu überdenken und zu verbessern sowie erprobte Konzepte zu übernehmen. Länderbesonderheiten sind zu berücksichtigen. Es werden keine Konzepte vom einen in das andere Land direkt übertragen.
3. Meta-Ebene. Aus Vergleichen der Erfahrungen der Systeme generelle Entwicklungslinien ableiten.
4. Blockade. Interessengruppen im System verweigern Übernahmen von Systemelementen mit dem Hinweis, dass Unterschiede zwischen den Ländern oder zwischen den Kulturen bestehen und alleine deshalb keine Elemente und Instrumente für das eigene Gesundheitswesen nutzbar sind.
5. Blindheit. Bestandteile eines anderen Versorgungssystems werden adaptionlos im eigenen Gesundheitswesen eingeführt, ohne kulturelle, institutionelle oder organisatorische Besonderheiten zu beachten.

Im folgenden Kapitel soll das Steuerungselement der Zuzahlung als Ersatz für Leistungsausgrenzungen näher betrachtet werden. Zuzahlungen sind für eine Untersuchung der Wirkungen von Leistungsausgrenzungen auch insofern von Interesse, da analytisch eine Ausgrenzung von Leistungen der GKV im Grundsatz mit einer 100 %-igen Zuzahlung verglichen werden kann. Somit können beobachtete Wirkungen von Zuzahlungen hilfreiche Anhaltspunkte für die Beurteilung sein, welche Wirkungen von Leistungsausgrenzungen ausgehen. Außerdem muss geprüft werden, ob das rigide Instrument der Leistungsausgrenzung vermieden werden kann und statt dessen bereits durch andere Maßnahmen, wie potentielle höhere Zuzahlungen, eine ähnliche reduzierende Wirkung der Ausgaben erreicht werden könnte. Dies hätte gegenüber Leistungsausgrenzungen zwar zur Folge, dass die Patienten höher belastet würden. Allerdings könnten Leistungen im GKV-Leistungskatalog erhalten werden, die ansonsten herausgenommen würden und somit – soweit sie teure Leistungen betreffen –, außer über private Versicherung oder Selbstfinanzierung, für den größten Teil der Bevölkerung kaum verfügbar wären. Dabei ist, auch auf Grund internationaler Ergebnisse (z.B. RAND-Health-Insurance-Experiment), zu vermuten, dass die Zuzahlungsbeträge gegenüber ihrer momentanen Ausprägung deutlich erhöht werden müssten, um mittels Leistungsausgrenzungen entsprechende Steuerungs- bzw. Einspareffekte zu erzielen.

Zuzahlungen bzw. Selbstbeteiligungen sind die bekannteste Form privater Finanzierung, die an den öffentlich garantierten Leistungsanspruch geknüpft ist.⁹⁷ Dabei dient Selbstbeteiligung zwei Zielen:

- zur Zurückdrängung nicht erforderlicher bzw. nicht notwendiger Nachfrage,
- zur Gewinnung finanzieller Mittel für das öffentliche Gesundheits- bzw. Krankenversicherungs-System.

In der Regel werden diese Ziele nicht scharf getrennt. Dies rührt daher, dass Selbstbeteiligung als Mittel zur Erreichung des ersten Ziels eingeführt wurde, zwischenzeitlich jedoch ein nicht mehr wegzudenkendes Instrument zur Erreichung des zweiten Ziels darstellt. Jedoch bedürfen beide Ziele einer unterschiedlichen Ausgestaltung der Selbstbeteiligung. Daraus folgt, dass klar sein muss, welches das

97 Verschiedene Formen von Zuzahlungsregelungen, wie sie in der Literatur beschrieben sind und in der Praxis zur Anwendung kommen, sind im Anhang dargestellt.

»wahre« oder zumindest das dominierende Ziel der Selbstbeteiligung ist, damit mit ihr verbundene politische Maßnahmen sinnvoll gestaltet werden können. Selbstbeteiligung betrifft in jedem Fall aber auch die Finalziele des Gesundheitswesens. Zwei Parameter hängen damit direkt zusammen:

1. die Nachfrageelastizität nach Leistungen,
2. die Höhe der Selbstbeteiligung, die versichert werden kann.

Besteht das Ziel der Selbstbeteiligung darin, die Nachfrage zu reduzieren, so sollte gesetzlich vorgesehen werden, eine Selbstbeteiligung auf Gesundheitsgüter und -leistungen zu erheben, die eine relativ hohe Nachfrageelastizität aufweisen. Zugleich sollte Versicherungsschutz für Selbstbeteiligungen verboten sein, um den Patienten die Möglichkeit zu nehmen, die Steuerungswirkung der Zuzahlung durch zusätzliche Absicherung gegen diese zu umgehen. Alternativ dazu wäre es vorstellbar, nur einen sehr geringen Teil der Selbstbeteiligung versichern zu können. Privater wie auch gesetzlicher Krankenversicherungsschutz führt dazu, dass für einen Patienten der Preis einer Leistung geringer ist als ohne Versicherungsschutz. Deshalb werden mehr Leistungen nachgefragt als bei einem Marktpreis, wodurch die Ausgaben potentiell steigen. In diesem Fall stellt eine Selbstbeteiligung zur Zurückdrängung der Nachfrage nur ein geringes Potential dar, zur Finanzierung des Gesundheitswesens beizutragen. Allerdings hat eine solche Strategie den Nachteil, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen und damit die horizontale Gerechtigkeit beeinträchtigt sein können. Zudem kann das Gesundheitsniveau der Bevölkerung ebenso negativ berührt werden, wenn die betroffene Gesundheitsleistung für die Versorgung von Bedeutung und wirksam ist.

Besteht jedoch das Interesse darin, eine Selbstbeteiligung einzuführen, welche das Versorgungsniveau, d. h. die Leistungsmenge, so wenig als möglich verändert, jedoch den Finanzierungsbeitrag maximiert, so sollte eine Selbstbeteiligung auch auf Leistungen oder Güter erhoben werden, die eine geringe Nachfrageelastizität aufweisen. In diesem Fall wird die vertikale Gerechtigkeit berührt, die horizontale Gerechtigkeit und damit der Zugang zu Gesundheitsleistungen bleiben aber weitgehend unverändert. Die Möglichkeit zur zusätzlichen Versicherung kann in derartigen, unelastischen Leistungsbereichen in diesem Sinn sinnvoll dazu beitragen, die zusätzliche Finanzierung »gerechter« zu verteilen.

In Tabelle 13 sind die Leistungsbereiche aufgeführt, in denen gegenwärtig in der GKV Zuzahlungen von den Patienten erhoben werden. Weiterhin sind die Art der Zuzahlungsregelung und die derzeitige Ausgestaltung genannt.

**Tabelle 13: Zahlungsregelungen in der GKV nach Leistungsbereichen
seit dem 01.01.2002**

Leistung	Zahlungsregelung	Ausprägung
Arzneimittel	gestaffelte absolute Zuzahlung	4 € für kleine (N1) 4,5 € für mittlere (N2) 5 € für große (N3) Packung
Heilmittel: z.B. Massagen und Krankengymnastik auch bei Abgabe in der Arztpraxis oder bei ambulanter Behandlung in stationären Einrichtungen	prozentuale Zuzahlung	15 % der Kosten
Hilfsmittel: Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie Brille, abhängig vom verschriebenen Glas, vom erforderlichen Schliff und von der Sehstärke	prozentuale Zuzahlung	20 % der Kosten, welche die Kasse übernimmt
	Festzuschuss	mindestens 7,41 € pro Glas
Verbandmittel	absolute Zuzahlung	4 € pro Mittel
Krankenhausbehandlung	absolute Zuzahlung mit zeitlicher Begrenzung	9 € pro Kalendertag bis maximal 14 Tage
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	absolute Zuzahlung	9 € pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation einschließlich stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mit Indikationskatalog	absolute Zuzahlung mit zeitlicher Begrenzung	9 € pro Kalendertag bis maximal 14 Tage
Zahnersatz	prozentuale Zuzahlung	50 % der Kosten, ohne Bonus, 35 %-40 % bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen
Fahrkosten zu und von stationären Behandlungen zur ambulanten Behandlung, wenn dadurch Krankenhaus- behandlung vermieden wird beim Transport in Rettungsfahr- zeug oder Krankenwagen	absolute Zuzahlung	13 € pro einfache Fahrt
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter	absolute Zuzahlung	9 € pro Kalendertag

Quelle: Eigene Darstellung.

6.1 BESTIMMUNGSGRÜNDE FÜR DIE WIRKSAMKEIT VON ZUZAHLUNGEN

Die Wirksamkeit von Zuzahlungen ist in der Politik wie auch in der Wissenschaft umstritten. Zumeist gehen die angeführten Argumente aneinander vorbei. Befürworter von Zuzahlungen formulieren in der Regel Vorschläge, welche verhältnis-

mäßig hohe Belastungen für die Patienten bedeuten – so können deutliche steuernde und fiskalische Wirkungen von Zuzahlungen demonstriert werden. Die Gegner von Zuzahlungen argumentieren meist mit wesentlich moderater ausgestalteten Varianten, oft auch unter Berücksichtigung eventuell erforderlicher Härtefallregelungen – weshalb sie anhand ihrer Modelle wiederum in der Lage sind, eine weitreichende Wirkungslosigkeit von Zuzahlungen aufzuzeigen.

Angesichts dieser Diskrepanzen, welche offenbar zu einem bedeutenden Teil auf den unterschiedlichen Vorstellungen vom Begriff der »Zuzahlung« beruhen, sollen hier taxonomisch die Kriterien genannt werden, welche ein Leistungsbe- reich aufweisen muss, damit eine Zuzahlungsregelung auch zu den intendierten Ergebnissen führt. Für eine Zieldefinition von Zuzahlungen sind die kostendämpfende und die verhaltenssteuernde Wirkungen zu unterscheiden.

Die kostendämpfende Wirkung einer Zuzahlung beruht auf der Annahme, dass eine Verlagerung anfallender Gesundheitsausgaben von der GKV auf den Patienten die GKV finanziell entlastet. Kostendämpfende Effekte sind im Wesentlichen bestimmt von:

- dem Ausgabenanteil des von der Zuzahlung betroffenen Leistungsbereichs an den gesamten GKV-Ausgaben und
- der absoluten Zahl der Behandlungsfälle.

Je höher der Anteil der Ausgaben des betrachteten Leistungsbereichs an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ist und je höher dementsprechend die absoluten Ausgaben in dem betrachteten Bereich sind, desto höher ist auch das Einsparpotential, welches durch eine Zuzahlung realisiert werden kann.

An dieser Stelle kommt der zweite Faktor, die Anzahl der Behandlungsfälle, zum Tragen. Eine große Zahl einzelner Behandlungsfälle impliziert, dass bereits durch eine geringe Zuzahlungshöhe pro Patient ein hohes gesamtes Zuzahlungsvolumen erzielt werden kann. Wenn eine große Zahl von betroffenen Patienten auch nur relativ geringe absolute Zuzahlungsbeträge leistet, so ergibt sich dennoch ein hohes Volumen von auf die Patienten umgelegten Ausgaben, welche dazu beitragen können, die GKV umfassend zu entlasten. Zudem verringert sich bei steigenden Fallzahlen ceteris paribus unter der Nebenbedingung konstanter Ausgaben in den betrachteten Leistungsbereichen die Gefahr, dass auf Grund von Überlastung oder sozialer Unzumutbarkeit notwendige Härtefallregelungen greifen, welche die betroffenen Patienten von der Zuzahlungsverpflichtung befreien und somit die fiskalische Effektivität der Zuzahlungsregelung zunichte machen würden. Zum anderen sind die Einflussgrößen zu ermitteln, welche bei einer Zuzahlung eine ver-

haltenssteuernde Wirkung beim Patienten auslösen können. Folgende Bestimmungsgründe beeinflussen im Wesentlichen die verhaltenssteuernde Wirkung von Zuzahlungen:

- Die Merklichkeit, welche sich primär durch die absolute Höhe des Zuzahlungsbetrages bestimmt.
- Die Preiselastizität der Nachfrage, welche das Reaktionsvermögen der Konsumenten von Gesundheitsgütern bei unterschiedlich hohen Zuzahlungen beschreibt.
- Der Gutscharakter des Gesundheitsgutes, für das Zuzahlungen erhoben werden, da die rationale Entscheidungsmacht des Patienten davon bestimmt ist.

Die Merklichkeit stellt ein bedeutendes und in der Vergangenheit kaum beachtetes Kriterium für die Steuerungswirkung von Zuzahlungen dar. Sie kann als Unterkriterium der Preiselastizität der Nachfrage betrachtet werden. Erst wenn das Kriterium der Merklichkeit erfüllt ist, kann eine steuernde Wirkung der Zuzahlungen erwartet werden. Die hierbei angeführte und durchaus einsichtige These besagt, dass eine Zuzahlung, soll sie einen verhaltensändernden Effekt auf die von ihr Betroffenen ausüben, eine bestimmte absolute Höhe erreichen muss. Erst wenn die Zuzahlung ein bestimmtes, für den Patienten monetär spürbares Ausmaß erreicht, wird dieser sein Nachfrageverhalten überdenken⁹⁸.

Das zweite Kriterium, welches die Steuerungswirkung von Zuzahlungen bestimmt, ist die Preiselastizität der Nachfrage. Diese gibt an, um wie viel Prozent die Nachfrage nach einem Gut zurückgeht, wenn der Preis für dieses Gut um ein Prozent steigt. Ein für eine Zuzahlung geeigneter Bereich sollte demnach eine möglichst hohe Preiselastizität der Nachfrage aufweisen, soll die Zuzahlung eine verhaltenssteuernde Wirkung haben. Allerdings ist zu bedenken, dass insbesondere die Preiselastizität der Nachfrage in den verschiedenen Leistungsbereichen und oftmals auch innerhalb der einzelnen Bereiche, bedingt durch individuelle Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft starken Schwankungen unterliegen dürfte und zudem von der absoluten Höhe oder dem Zuzahlungsprozentsatz abhängig ist.

98 Dies ist auch der häufigste Kritikpunkt, welcher gegenüber den derzeitigen Ausgestaltungen von Zuzahlungen angegeben wird. Eine Zuzahlungsdifferenzierung von 4 €, 4,5 € oder 5 € auf eine Arzneimitteplackung, welche zudem in keiner erkennbaren Relation zu deren Inhalt steht, ist im Einzelfall absolut so gering, dass eine Steuerungswirkung nicht erreicht werden kann. Dem Argument der Steuerung kommt damit nur der Charakter einer Legitimation für den eigentlich angestrebten fiskalischen Effekt zu.

Die dritte Bedingung ist eine notwendige Bedingung. Kann der Patient auf Grund mangelnden Wissens die Information in Bezug auf den Nutzen von Gesundheitsgütern nicht verarbeiten, so ist es nicht möglich, dass der Patient hinsichtlich der ärztlichen Therapieempfehlung anhand des Parameters Zuzahlung, der als Preis wirkt, seine individuelle Nachfrage bestimmt. Die Informationsasymmetrie verhindert eine rationale Nachfrage und damit auch eine Nachfrageentscheidung anhand einer Zuzahlung, zumal eine so getroffene Entscheidung den ärztlichen Rat konterkarieren kann⁹⁹.

Die Entscheidungssituation ist eine andere, wenn der Patient zwischen zwei wirkungsgleichen Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sich anhand unterschiedlicher Zuzahlungshöhen entscheiden muss. Ebenso sind Gesundheitsgüter, die einen stärkeren Konsumgutcharakter aufweisen, vom Patienten besser zu beurteilen und für Zuzahlungen eher geeignet. In den Bereichen, in denen der Patient keine qualifizierte rationale Entscheidung treffen kann, sind Zuzahlungen ausschließlich Finanzierungsbeiträge mit reiner Steuerungswirkung infolge individueller Zahlungsfähigkeit des Patienten. Dies jedoch führt weg von einer patientenorientierten und aufgeklärten Gesundheitsversorgung und von dem im Rahmen des Solidargedankens gesetzten Ziel, für alle Bürger eine adäquate Versorgung im Krankheitsfall sicherzustellen. Wenn der Patient infolge unzureichender Entscheidungskompetenz keine rationale Nachfragereaktion zeigen kann, bewirken Zuzahlungen u. U. sogar unerwünschte Steuerungswirkungen. Die Compliance kann beeinträchtigt werden und damit auch die Ergebnisqualität der ärztlichen Versorgung.

Ein für eine Zuzahlung optimaler Leistungsbereich hätte angesichts dieser Kriterien wie folgt auszusehen:

- Dem Patienten ist eine rationale Nachfrageentscheidung möglich.
- Der Anteil der Ausgaben der betrachteten Leistungsbereiche an den gesamten GKV-Ausgaben ist groß.
- Eine möglichst große Zahl von Patienten ist betroffen, damit die Gefahr härtefallbedingter Wirkungseinschränkungen der Zuzahlung minimiert ist.
- Die Zuzahlung ist in ihrer Höhe für den Patienten spürbar (aber nicht überlastend oder sozial unverträglich¹⁰⁰), damit ein Anreiz zu veränderter Nachfrage besteht.

99 Vgl. KERN (2002), S. 12

100 Dies kann nur normativ bestimmt werden.

- Der Patient kann ohne Verzicht auf medizinisch erforderliche Leistungen sein Verhalten ändern, d.h. seine Preiselastizität der Nachfrage ist ausreichend hoch und verursacht keine Nachteile für die Genesung.

Bei der Betrachtung des relevanten Datenbedarfs zur Identifikation von für Zuzahlungen geeignete Leistungsbereiche ist jedoch festzustellen, dass Ausgaben-volumina und Fallzahlen zur Bestimmung der Kostendämpfungswirkung von Zuzahlungen aus verfügbaren statistischen Quellen nicht repräsentativ ermittelt werden können. Außerdem sind Daten für die Bestimmung hinsichtlich

- Merkllichkeit einer Zuzahlung,¹⁰¹ und darauf aufbauend
- für die Bestimmung der Preiselastizitäten für jeden Leistungsbereich und untergliedert nach Kriterien der individuellen Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft¹⁰² nur schwerlich verfügbar. Ergebnisse von existierenden Untersuchungen hierzu unterliegen demgemäß deutlichen Schwankungen¹⁰³.

6.2 ENTSCHEIDUNGSTHEORETISCHE ANALYSE VON FÜR ZUZAH- LUNGEN RELEVANTEN FAKTOREN

Der unten dargestellte Entscheidungsbaum veranschaulicht die möglichen Entscheidungen ärztlicher Diagnose und Therapie sowie die Entscheidungsvarianten des Patienten.

Die Erstinanspruchnahme des Arztes erfolgt ausschließlich durch den Patienten, der sich unwohl oder krank fühlt. Er bittet den Arzt, festzustellen, welche Ursache aus ärztlicher Sicht dafür verantwortlich ist und welche Therapiemaßnahmen erforderlich sind, um den status-quo-ante wieder herzustellen. Dabei wird für das Modell zunächst unterstellt, dass keine arztinduzierte Nachfrage erfolgt.¹⁰⁴ Im Sinne des Principal-Agent-Modells wird weiterhin unterstellt, dass der Patient auf Grund seines Informationsdefizits und seines mangelhaften Orientierungswissens die Entscheidungen des Arztes akzeptiert und keine anderen Informationen heranzieht. Empfehlungen des Arztes werden »befolgt«. Dies ist bereits der entscheidende Punkt, um beurteilen zu

101 Zur Merkllichkeit siehe auch CHOU (1993), S. 127 ff.

102 An Stelle einer »Preiselastizität der Nachfrage für Gesundheitsgüter«. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Preiselastizität der Nachfrage bezüglich nachgefragter Menge und eventuellen, bereits im Vorfeld geleisteten Zuzahlungen konstant verläuft. Die Formulierung eines Zuzahlungsmengen-abhängigen Elastizitätenverlaufs ist hierzu unbedingt notwendig.

103 Vgl. PIFFL (1990), S. 88 ff.

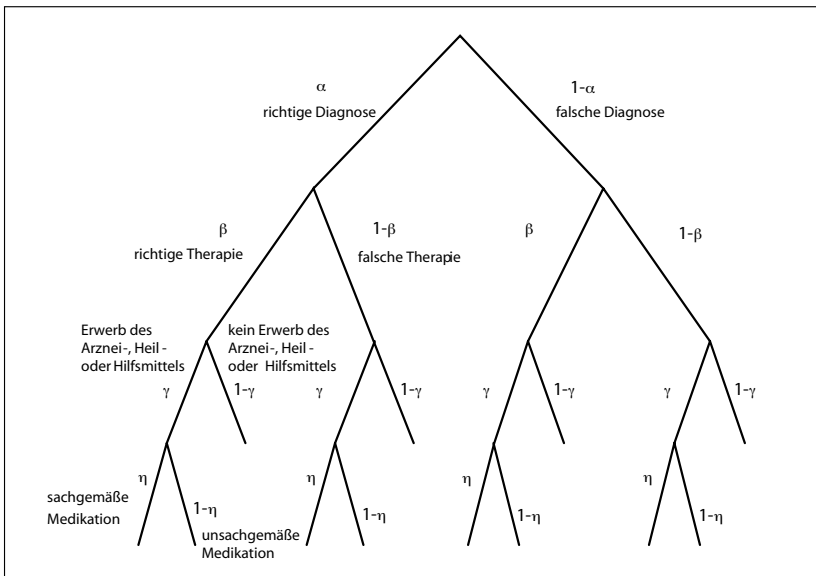
104 Vgl. KERN (2002).

können, in welchen Leistungsbereichen Zuzahlungen überhaupt nur wirksam sein können. Wenn der Patient keine anderen Informationsquellen nutzen kann, da entsprechende Informationen nicht verarbeitet werden können, sind Selbstbeteiligungsregelungen nur dann wirkungsvoll, wenn die Eigenschaft der nachgefragten Gesundheitsleistung einem nicht medizinisch gebildeten Patienten eine rationale Nachfrage erlaubt. Ansonsten würde ein anhand medizinischer Kriterien bemessener Leistungsumfang aus rein ökonomischen Gründen durch den Patienten beschnitten werden und somit die beabsichtigte medizinische Intention konterkariert werden.

Eine Zuzahlung kann daher nur dann eine Steuerungswirkung entfalten, wenn weitgehende Konsumentensouveränität besteht. Deshalb ist zu erwarten, dass eine Selbstbeteiligung nur in solchen Bereichen Steuerungswirkung hat und unerwünschte Nachfrage zurückdrängen kann, in denen die Gesundheitsgüter, die zur Therapie erforderlich sind, weitgehend den Charakter von Konsumgütern aufweisen. Als Beispiele sind hier anzuführen: Gehhilfen, Brillengestelle, kosmetische Ausführungen bei Zahnersatzleistungen oder Krankenfahrstühle.

In Abbildung 10 sind die möglichen Handlungs- und Entscheidungsoptionen im Rahmen des Behandlungsprozesses dargestellt.

Abbildung 10: Entscheidungs- und Handlungsoptionen im Behandlungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung.

Aus Abbildung 10 wird deutlich, dass ein Arzt mit der Wahrscheinlichkeit $\alpha \cdot \beta$ ein »guter« Arzt und mit der Wahrscheinlichkeit $((1-\alpha) + \alpha \cdot (1-\beta))$ ein »schlechter« Arzt ist. Der Fall, dass der Arzt die falsche Diagnose stellt und zufällig doch die richtige Therapie wählt, wird als nicht relevant erachtet.

In Abbildung 10 ist dargestellt, dass der Patient bei Befindlichkeitsstörungen oder Unwohlsein auf Grund einer vermuteten Erkrankung einen Arzt aufsucht. Der Arzt stellt die richtige medizinische Diagnose mit der Wahrscheinlichkeit α . Er verordnet auf Basis dieser Diagnose eine Therapie. Diese kann aus einzelnen Leistungen, z. B. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, aber auch aus einer Kombination von Leistungen bestehen. Mit der Wahrscheinlichkeit β entspricht die gewählte Therapie bzw. das Arzneimittel der gestellten Diagnose und ist somit richtig. Mit der Wahrscheinlichkeit $(1-\beta)$ verordnet der Arzt eine zur Diagnose unpassende/s Therapie/Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel. Andere Faktoren, welche die Qualität des ärztlichen Behandlungsplans und des erwarteten Ergebnisses beeinflussen, seien ausgeschlossen.¹⁰⁵

Für die Beantwortung der Frage, ob Zuzahlungen/Selbstbeteiligungen steuernd wirken können, ist zusammenzufassen, dass der Patient kaum in der Lage ist, die Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen, d.h. er besitzt über die Qualitätseigenschaft des Arztes, seinen eigenen Gesundheitszustand und mögliche Therapiealternativen nur imperfekte Information. Diese imperfekte Information wird im Weiteren als unvollkommene Information bezüglich der Handlungen des Arztes dargestellt.

Vor dem Hintergrund der Zuzahlung zu der angeratenen Therapiemaßnahme ist es dem Patienten möglich, die »verordnete« Therapie bzw. das auf einem Rezept verordnete Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel zu »kaufen« bzw. einzulösen. Dabei weiß der Patient nicht, ob die Therapie medizinisch richtig bzw. ob das Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel das medizinisch Richtige ist. Mit der Wahrscheinlichkeit γ löst er das Rezept ein. Dabei entscheidet sich der Patient entsprechend der Höhe der Zuzahlung Z , also des (Quasi-)Preises für oder gegen den Kauf. Die Zuzahlung Z hält entsprechend der Preisreaktion der Nachfrage trotz des ärztlichen Rats Patienten eventuell davon ab, das Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel zu kaufen. Dies bedeutet, dass mit steigender Zuzahlung Z die Wahrscheinlichkeit γ des Kaufs eines Arznei-, Heil- oder Hilfsmittels sinkt ($\delta\gamma/\delta Z < 0$).

105 »Die Chemie zwischen beiden [Arzt und Patient] muss stimmen, damit eine Therapie Erfolg hat. Das deutsche Gesundheitswesen basiert auf der freien Entscheidung jedes Einzelnen, ob, wann und welchen Arzt er aufsucht, und wie er dessen Therapieempfehlungen befolgt.« HOPPE (2002).

Löst der Patient das Rezept ein, so wendet er das Arzneimittel mit einer Wahrscheinlichkeit von η medizinisch sachgemäß an und ist damit compliant. Mit einer Wahrscheinlichkeit von $(1-\eta)$ nimmt er das Arzneimittel nicht (richtig) ein. Der Apotheker oder das Sanitätshaus sollen hier als neutral für die Entscheidung des Patienten betrachtet werden.

Somit besteht in Folge der Arztkonsultation eine Wahrscheinlichkeit von $\alpha \cdot \beta \cdot \gamma \cdot \eta$ auf eine medizinisch sachgemäße Behandlung, die den angestrebten Behandlungserfolg erwarten lässt. Dabei umfasst die Compliance des Patienten sowohl den Kauf des Arznei-, Heil- oder Hilfsmittels als auch dessen sachgerechte Einnahme. Der Kauf des Arznei-, Heil- oder Hilfsmittels stellt die notwendige und die sachgerechte Einnahme bzw. Anwendung die hinreichende Bedingung für die Compliance dar. Wenngleich der Einfluss von Zuzahlungen nur einen Punkt auf dem Weg zu einer erfolgreichen Behandlung darstellt, so wirkt sich das Kaufverhalten des Patienten wesentlich auf die Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung aus.

RÜCKER gibt an, dass rund zehn Prozent aller gestellten Diagnosen nicht zutreffen ($1-\alpha = 0,1$) und ebenfalls zehn Prozent aller verordneten Medikamente unzureichend sind ($1-\beta = 0,1$).¹⁰⁶ Hieraus ergibt sich, dass im vorliegenden Sinne mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,81 ein »guter« Arzt anzutreffen ist.

Wenn es zudem zutrifft, dass nur rund 50 Prozent¹⁰⁷ ($= \gamma \cdot \eta$) aller verschriebenen Arzneimittel sachgemäß angewandt werden, so ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit von rund 40 Prozent, dass ein Arztbesuch eine sachgemäße Therapie nach sich zieht. Insbesondere die unsachgemäße Anwendung verhindert oftmals einen Behandlungserfolg. So gibt RÜCKER¹⁰⁸ an, dass rund fünf Prozent aller Krankenhaus-Einweisungen auf Grund unsachgemäßer Medikation erfolgen.

Die Tatsache, dass Zuzahlungen erst an der dritten Entscheidungsstufe ansetzen, legt in Verbindung mit den relativ geringen Preiselastizitäten¹⁰⁹ der Nachfrage im Gesundheitsbereich einerseits, und mit der Wahrscheinlichkeit ärztlichen Irrtums sowie der relativ hohen Quote unsachgemäßer Anwendung andererseits, die Vermutung nahe, dass Zuzahlungen nur einen schwach steuernden Effekt haben. Zugleich ist die Einlösung eines Rezepts bei richtiger Diagnose und Therapie die notwendige Bedingung für den Behandlungserfolg.

106 Vgl. RÜCKER (1995), S. 21 ff.

107 Vgl. RÜCKER (1995), S. 21 ff.

108 Vgl. RÜCKER (1997), S. 30.

109 Vgl. SCHULENBURG UND GREINER (2000), S. 32.

6.3 STEUERUNGSWIRKUNGEN VON ZUZAHLUNGEN UND HÄRTEFALLREGELUNGEN

Um die Wirksamkeit von Zuzahlungen in den verschiedenen Leistungsbereichen abschätzen zu können, ist es erforderlich, die Fallzahlen in den Leistungsbereichen und die Zahlen der Personen festzustellen, die auf Grund von Härtefallregelungen von Zuzahlungen befreit sind. In einem weiteren Schritt sind die Gesamtausgaben für die Leistungsbereiche zu ermitteln und die Ausgaben, welche auf von Zuzahlungen befreite Fälle entfallen.

Aus den so gewonnenen Daten können die durchschnittlichen Ausgaben pro Härtefall in den verschiedenen Leistungsbereichen ermittelt werden. Aussagen, in welchen Leistungsbereichen das Auftreten eines Härtefalls mit besonders hohen Kosten verbunden ist, werden möglich. Aussagen zur Wirksamkeit von Zuzahlungsregelungen können dergestalt gemacht werden, dass beispielsweise in Leistungsbereichen mit besonders hohen Anteilen von Härtefällen an den Gesamtfallzahlen (unabhängig von der Höhe der Ausgaben für einen einzelnen Härtefall), von Zuzahlungsregelungen ein nur geringes Ausgabenreduktions- und Steuerungspotential zu erwarten ist, da durch einen hohen Anteil an Härtefällen auch eine häufige Befreiung von den eventuellen Zuzahlungen auftritt. Dies wiederum würde die Wirksamkeit etwaiger Zuzahlungsregelungen schmälern. Durch die Kenntnis der oben angeführten Daten könnten somit Aussagen getroffen werden, in welchen Leistungsbereichen quantitativ betrachtet die Anwendung von Zuzahlungsregelungen sinnvoll wären. Von besonderem Interesse ist dies für die Bereiche, für welche aktuell Zuzahlungen bzw. Leistungsausgrenzungen diskutiert werden.

Abhängig von den Anteilen der Härtefälle an den Gesamtfällen und abhängig von den Anteilen der Ausgaben für Härtefälle an den Gesamtausgaben, lässt sich schematisch darstellen, wann Zuzahlungsregelungen aus der Perspektive der Kostendämpfung wirkungsvoll erscheinen:

Tabelle 14: Schema zur Feststellung der potentiellen Wirksamkeit von Zuzahlungen in Abhängigkeit der Härtefallstruktur

Anteil Ausgaben der Härtefälle an den Gesamtausgaben	Anteil der Härtefälle an den Gesamtfällen		
		<i>hoch</i>	<i>gering</i>
<i>hoch</i>		Fall 1 nicht wirkungsvoll	Fall 2 wirkungsvoll
<i>gering</i>		Fall 3 (nicht relevant)	Fall 4 sehr wirkungsvoll

Quelle: Eigene Darstellung.

- **Fall 1:** Im Falle eines hohen Anteils an Härtefällen an den Gesamtfallzahlen und eines hohen Anteils der Ausgaben für Härtefälle an den Gesamtausgaben ist das Instrument der Zuzahlung als nicht wirkungsvoll zu betrachten. Einerseits ist der Anteil der Nicht-Härtefälle, welche die Zuzahlungen überhaupt zu leisten hätten, in diesem Falle gering, andererseits ist die Ausgabengröße für diese Nicht-Härtefälle ebenfalls gering, so dass von einer Zuzahlung nur ein kleiner Personenkreis betroffen wäre und nur zu einer geringen Ausgabenentlastung führen würde.
- **Fall 2:** Im Falle eines geringen Anteils an Härtefällen bezogen auf die Gesamtfallzahl und eines hohen Anteils der Ausgaben für Härtefälle an den Gesamtausgaben ist das Instrument der Zuzahlung als wirkungsvoll zu betrachten. Diese Konstellation ist auch diejenige, welche intuitiv bei Betrachtungen von Härtefallproblemen erwartet wird. Eine kleine Anzahl von Personen, die jedoch aufgrund schwerer oder dauerhafter Erkrankung ein hohes Ausgabenvolumen verursachen. Bei der Anwendung von Zuzahlungsregelungen wäre hierbei ein breiter Personenkreis von Nicht-Härtefällen betroffen, was für die Effektivität von Zuzahlungen spricht. Allerdings wären diese Zuzahlungen nur gegenüber einem relativ geringen Ausgabenvolumen wirksam, was deren ausgaben-senkender Wirkung wiederum entgegensteht.
- **Fall 3:** Im Falle eines hohen Anteils an Härtefällen an den Gesamtfallzahlen aber eines geringen Anteils der Ausgaben für Härtefälle an den Gesamtausgaben wäre das Instrument der Zuzahlung zunächst ebenfalls wirkungsvoll. Allerdings birgt diese Konstellation folgendes Problem in sich: Bei einer hohen Anzahl von Härtefällen, welche ein relativ geringes Ausgabenvolumen verursachen, ist von einer geringen Anzahl von Nicht-Härtefällen auszugehen, welche ein hohes Ausgabenvolumen verursachen. Es stehen somit entweder viele einkommensbedingte Härtefälle wenigen krankheitsbedingten Härtefällen gegenüber oder es bestehen tatsächlich nur wenige Härtefälle mit hohem Ausgabenvolumen. Somit liegt entweder die Konstellation des Falles 1 oder die des Falles 2 vor. Der Fall 3 existiert somit per se nicht und wird im weiteren nicht betrachtet.
- **Fall 4:** Im Falle eines geringen Anteils an Härtefällen an den Gesamtfallzahlen und eines geringen Anteils der Ausgaben für Härtefälle an den Gesamtausgaben ist das Instrument der Zuzahlung prinzipiell als ausgesprochen wirkungsvoll im Sinne der Kostendämpfung zu betrachten. Einerseits ist ein großer Personenkreis von Nicht-Härtefällen von den Zuzahlungen betroffen, andererseits wirken sich die Zuzahlungen auf ein hohes Ausgabenvolumen der Nicht-Härtefälle aus. Somit kann diese Situation als ideal gelten, um durch Zuzahlungen

einen merklichen Effekt zu erreichen, die GKV-Ausgaben zu reduzieren. Welche gesamtwirtschaftlich positiven oder negativen Wirkungen damit verursacht werden, bleibt ebenso wie die gesundheits- und sozialpolitische Bewertung zu prüfen.

Über den Steuerungseffekt von Zuzahlungen bestehen unterschiedliche Positionen.¹¹⁰ Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, welche im Falle steuer- oder beitragsfinanzierter Gewährung von Gesundheitsgütern und -leistungen als weitgehend unelastisch gelten kann, auch im Falle privater Finanzierungsanteile eher gering wäre. Entweder unternimmt der Patient sämtliche Anstrengungen, um sich Gesundheitsleistungen zu beschaffen oder er hat die gesundheitlichen Folgen zu tragen.

Dieser simplifizierenden Sicht stehen jedoch zahlreiche Untersuchungen gegenüber, die bei verschiedenen Formen von Zuzahlungsregelungen durchaus negative Preiselastizitäten der Nachfrage feststellen.¹¹¹ Die theoretisch zu erwartende Wirkungslosigkeit von Zuzahlungsregelungen wird empirisch widerlegt. Als Begründungen können gelten, dass die Annahme eines binären Charakters der Entscheidungssituation über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Realität eher selten zutrifft. So kann davon ausgegangen werden, dass Nicht-Konsum eines Großteils heutzutage konsumierter Gesundheitsleistungen keine schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden oder den Tod nach sich zieht. Viele Arzneimittel sind zur Genesung nur bedingt erforderlich¹¹². Vielmehr beschleunigen Therapien und Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Genesungsprozess, welcher sonst möglicherweise nur etwas länger gedauert hätte (z.B. Arzneien gegen Kopfschmerzen, Magenschmerzen oder auch verschiedenartige Salben und Cremes gegen beispielsweise Verspannungen). Derartige Arzneimittel haben zwar durchaus einen positiven Nutzen, erfüllen aber nicht das Kriterium der unbedingten

110 Den Steuerungseffekt befürworten die Autoren des Rand Health Insurance Experiments um NEW HOUSE et al., welche sich an diese anlehnen (bspw. SOMMER UND LEU (1984), S. 78 ff.). Auch CHOU befürwortet diesen Effekt, allerdings auf Basis theoretischer Untersuchungen (CHOU (1993), S. 127 ff.). Andere bestätigen steuernde Wirkungen von Selbstbeteiligungen nicht (MÜNNICH (1983), S. 67 f., oder auch RAU (1992), S. 110). Mit deutlichen Einschränkungen befürwortet REICHELDT den Steuerungseffekt (REICHELDT (1994), S. 265 f.), indifferent zeigt sich beispielsweise PIFFL (1990), S. 88 f.

111 Vgl. die Übersicht von PIFFL (1990), S. 88 f., vgl. SCHULENBURG UND GREINER (2000), S. 32.

112 Diese Annahme wird durch das Vorliegen der Negativliste gestützt, welche unter fachlicher Beratung erstellt wurde. Auch die hohen Ausgaben für umstrittene Arzneimittel lassen die Vermutung zu, dass nicht alle verordneten Arzneimittel unbedingt erforderlich sind (vgl. SCHWABE UND PAFFRATH (2001), S. V).

Notwendigkeit¹¹³. Allerdings ist auch dieses Argument nur in Leistungsbereichen haltbar, in denen der Charakter des Leistungsgeschehens auch die Annahme der nicht vorhandenen unbedingten Notwendigkeit zulässt. Eine deutlich vorhandene Preiselastizität der Nachfrage bei angenommener (teilweiser) privater Finanzierung oder Zuzahlung ist anhand des oben angeführten Arguments in Bereichen wie Bagatellarzneimittel oder Verbandmittel eher zu erwarten als beispielsweise im Bereich der Intensivmedizin. Somit ist nicht nur vor dem Hintergrund kostendämpfender Wirkungen, sondern auch bei Betrachtung der Steuerungswirkungen eine Trennung der einzelnen Leistungsbereiche unerlässlich, wenn die Folgen von Zuzahlungen aussagekräftig dargestellt werden sollen.

Bei allen diesen Überlegungen zur Steuerungswirkung von Zuzahlungen sind unter Berücksichtigung von Härtefällen auch die oben angestellten Argumente zu beachten. Unabhängig davon, in welchem Ausmaß Zuzahlungsregelungen steuernd wirken, oder dies überhaupt zu leisten vermögen, gehen diese bei einer Befreiung von der Zuzahlung verloren. Sind in einem Leistungsbereich eine hohe Anzahl von der Zuzahlung befreiter Personen anzutreffen, so geht somit auch die mögliche Steuerungswirkung einer Zuzahlungsregelung eher verloren als in einem Leistungsbereich mit nur wenigen befreiten Personen.

113 An dieser Stelle ist die Zielsetzung eines institutionellen Gesundheitssystems zu prüfen. Wird die Maxime zu Grunde gelegt, dass die Gesundheit um jeden Preis wieder herzustellen sei, so ist die Finanzierung auch nicht unbedingt notwendiger Medikamente legitim. Wird allerdings das Effizienzkriterium zu Grunde gelegt, nur medizinisch wirklich notwendige Leistungen unter der Nebenbedingung möglichst geringer Kosten über ein Gesundheitssystem zur Verfügung zu stellen, so wäre die Finanzierung derartiger »Bagatellarzneimittel« über die Solidargemeinschaft durchaus zu überdenken. Eine Diskussion darüber kann nicht allein in der Wissenschaft geführt werden, sondern gehört auf die gesellschaftliche öffentliche Ebene.

7 WIRKUNGEN VON LEISTUNGS AUSGRENZUNGEN

Die Sinnhaftigkeit von Leistungsausgrenzungen ist anhand des statischen Einspar-effekts, jedoch insbesondere hinsichtlich der dynamischen Wirkungen und der dadurch unter Umständen verursachten Ausgaben zu beurteilen.

Die **statische Wirkung** gibt wieder, welche finanziellen Auswirkungen sich durch Leistungsausgrenzungen auf die finanzielle Lage der GKV ergeben. Das heißt, wie groß waren die Ausgaben und wie hoch ist damit das Einsparvolumen bei der Ausgliederung einer Leistung aus dem Leistungskatalog der GKV.¹¹⁴

Die »**dynamisch statische Wirkung**« berücksichtigt zusätzlich zum statischen Einsparereffekt, welche Verflechtungen zwischen Leistungsbereichen und Leistungen bestehen und welche Wirkungen diese auf die erwarteten Einsparungen haben können und wie die Versorgung davon betroffen sein kann. Zudem wird berücksichtigt, welche Personen und Personengruppen von einer Leistungsausgrenzung in welchem Umfang betroffen wären.

Die **dynamische Wirkung** betrachtet, welches Verhalten sowohl auf der Seite der Anbieter als auch auf der Seite der Nachfrager durch eine Leistungsausgrenzung induziert wird, welche Anreizwirkungen von einer Leistungsausgrenzung ausgehen.¹¹⁵ Die Unterscheidung von dynamischen und statischen Wirkungen entspricht der Differenzierung gesundheitspolitischer Instrumente nach deren Kosten dämpfender und Verhalten steuernder Wirkungen.

7.1 DYNAMISCH STATISCHE WIRKUNG

7.1.1 Regelungen zur Befreiung von Zuzahlungen

Damit jeder Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung die mit Zuzahlungen belegten Leistungen in Anspruch nehmen kann, ohne finanziell unzumutbar belastet zu werden, sieht das Gesetz in den §§ 61 und 62 SGB V Tatbestände vor, die zu einer teilweisen oder vollständigen Befreiung des Patienten von Zu-

114 Vgl. dazu die Angaben in Kapitel 5.

115 Vgl. zu dieser Unterscheidung REICHELDT (1994), S. 259 ff., RAU (1992), S. 24, KNAPPE (1987), S. 70 ff., ZALEWSKI (1984), S. 53, SOMMER UND LEU (1984), S. 26.

zahlungspflichtigen führen. Diese Befreiungstatbestände sind auch für Leistungsausgrenzungen zu berücksichtigen.

7.1.1.1 Minderjährige

Personen unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen befreit. Weiterhin haben Minderjährige keine Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung zu leisten. Damit sind Minderjährige von Zuzahlungen befreit, wobei diese (richtige) Maßnahme instrumentell als stärker familienpolitisch motivierte und damit eigentlich als versicherungsfremde Leistung betrachtet werden kann.

7.1.1.2 Sozialklausel

Gemäß § 61 SGB V wird ein Patient vollständig von der Zuzahlung zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie dem Eigenanteil, der am Zahnersatz zu tragen wäre, befreit. Die Zuzahlungspflicht bei Krankenhausbehandlung bleibt allerdings in voller Höhe bestehen. Die Befreiung kommt dann zum Tragen, wenn der Patient über ein so geringes Einkommen verfügt, dass er bei Inanspruchnahme von zuzahlungspflichtigen Leistungen unzumutbar hoch belastet würde. Dadurch, dass bei diesem Personenkreis das geringe Einkommen ausschlaggebend für die Anwendung der Härtefallregelung ist, werden Personen, die gemäß der Sozialklausel von Zuzahlungen befreit sind auch als einkommensbedingte Härtefälle bezeichnet.

Ausschlaggebend für die vollständige Befreiung von Zuzahlungen sind die monatlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten, welche als Indikator für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versicherten herangezogen werden und bestimmte Grenzen nicht überschreiten dürfen. Diese Grenzen richten sich nach der Anzahl der Mitversicherten eines Mitglieds.

Die Einkommensgrenzen werden jährlich berechnet und jeweils zum 01. Januar jeden Jahres neu festgelegt.

Tabelle 15: Höchstgrenzen des monatlichen Bruttoeinkommens hinsichtlich vollständiger Befreiung von Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V im Jahr 2002, Angaben in Euro

Familiensituation	Höchstgrenze
nur Mitglied	938,00
Mitglied und ein Mitversicherter	1.289,75
Mitglied und zwei Mitversicherte	1.524,25
jeder weitere Mitversicherte	+ 234,50

Quelle: Eigene Darstellung.

7.1.1.3 Generelle Befreiungstatbestände

Versicherte sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit, wenn sie einem der folgenden Personenkreise angehören:

- Personen, welche laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach Bundessozialhilfegesetz beziehen,
- Personen, welche ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferversorge gemäß Bundesversorgungsgesetz beziehen,
- Personen, welche Arbeitslosenhilfe gemäß dem Recht der Arbeitsförderung beziehen,
- Personen, welche Ausbildungsförderung beziehen, nach dem Recht der Arbeitsförderung, nach den Regelungen zur Arbeits- und Berufsförderung Behinderter oder gemäß dem Bundesausbildungsförderungsgesetz,
- Personen, welche in Heimen oder ähnlichen Einrichtungen leben und für deren Unterbringungskosten ein Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferversorge aufkommt. Die Sozialklausel wird bei diesem Personenkreis unabhängig von den Einkommensverhältnissen angewandt¹¹⁶.

7.1.1.4 Überforderungsklausel

Die Überforderungsklausel kommt dann zur Anwendung, wenn ein Versicherter die Voraussetzungen für die Anwendung der Sozialklausel nicht erfüllt, aber dennoch vor finanzieller Überforderung durch Zuzahlungen bewahrt bleiben soll. Die Überforderungsklausel bezieht sich nur auf Zuzahlungen in den Bereichen Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie auf die Fahrtkosten. Zu Grunde gelegt werden das Verhältnis von Summe aller Zuzahlungen innerhalb eines Jahres und das Bruttofamilieneinkommen abzüglich Kürzungsbeträgen für den ersten Angehörigen in Höhe von € 4221,00 und für jeden weiteren Angehörigen in Höhe von € 2814,00. Übersteigen die gesamten Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln sowie zu Fahrtkosten zwei Prozent des zu berücksichtigenden Familienbruttoeinkommens, so ist dem Versicherten der Differenzbetrag zwischen diesen zwei Prozent des Familienbruttoeinkommens und den tatsächlich geleisteten Zuzahlungen von der Krankenkasse zu erstatten. Auf Basis dieser Vorgehensweise ergeben sich somit abhängig vom Familieneinkommen und der Zahl der Angehörigen für jeden Versicherten unterschiedliche maximale Zuzahlungsbeträge. Da bei diesen Personen die hohen Kosten, die eine Krankheit verursacht,

116 Vgl. BESKE (2001), S. 163.

ausschlaggebend sind für die Befreiung von der Zuzahlung, werden diese auch als *krankheitsbedingte Härtefälle* bezeichnet.

7.1.1.5 Chronisch Kranke

Personen, welche sich wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung befinden und mindestens ein Kalenderjahr lang Zuzahlungen von mindestens einem Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens (s.o.) geleistet haben, sind im darauf folgenden Jahr von Zuzahlungen in den Bereichen Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten in Bezug auf die Behandlung dieser chronischen Krankheit befreit.

7.1.2 Befreiungstatbestände nach Leistungsbereichen

Einen Überblick über die Befreiungsregelungen nach Leistungsbereichen gibt Tabelle 16.

Tabelle 16: Befreiungsmöglichkeiten für die verschiedenen Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Befreiungsregelung
Arzneimittel	Sozialklausel Überforderungsklausel Ergänzungsregelung für chronisch Kranke Minderjährige
Heilmittel, z.B. Massagen und Krankengymnastik auch bei Abgabe in der Arztpraxis oder bei ambulanter Behandlung in stationären Einrichtungen	Sozialklausel Überforderungsklausel Ergänzungsregelung für chronisch Kranke Minderjährige
Hilfsmittel: Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie, Brille	Sozialklausel Minderjährige
Verbandmittel	Sozialklausel Überforderungsklausel Ergänzungsregelung für chronisch Kranke Minderjährige
Krankenhausbehandlung	Minderjährige
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaß- nahmen	Sozialklausel Minderjährige
Anschlussrehabilitation einschließlich stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mit Indikationenkatalog	Sozialklausel Minderjährige
Zahnersatz	Sozialklausel gleitende Überforderungsklausel
Fahrtkosten zu und von stationären Behandlungen zur ambulanten Behandlung, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden wird, beim Transport in Rettungsfahrzeug oder Krankenwagen	Sozialklausel Überforderungsklausel Ergänzungsregelung für chronisch Kranke
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter	Sozialklausel Minderjährige

Quelle: Eigene Darstellung.

Für den Bereich Zahnersatz kommt eine gleitende Härtefallregelung zum Tragen, wonach die Krankenkasse »den Betrag des Eigenanteils des Versicherten übernimmt, der das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur vollständigen Befreiung maßgebenden Einnahmegränze übersteigt.«¹¹⁷

117 Vgl. BESKE (2001), S. 164.

7.1.3 Zuzahlungsbefreite Personen

In Tabelle 17 ist ausgewiesen, wie viele Personen in der GKV von Zuzahlungen befreit sind.

Tabelle 17: Von Zuzahlungen befreite Personen im Jahr 1998

Personenkreis	Zahl der erfassten Personen	Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten in Prozent
gesetzlich krankenversicherte Personen	71.659.000	100,00
von Zuzahlungen befreite Personen	22.314.000	31,20
davon Minderjährige	11.721.000	16,36
davon Härtefälle	10.593.000	14,78
davon vollständig befreit	9.830.000	13,71
davon teilweise befreit	763.000	1,06
davon bei Zuzahlung von 1 Prozent	332.000	0,46
davon bei Zuzahlung von 2 Prozent	431.000	0,60

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis: BMG (1999), STATISTISCHES BUNDESAMT (2000).

Aus Tabelle 17 geht hervor, dass 31,20 % der 71.659 Mio. GKV-Versicherten im Jahr 1998 aufgrund der verschiedenen Befreiungsregelungen von Zuzahlungen befreit waren. Von allen Befreiten stellen die Minderjährigen rund 53 %, die aufgrund anderer Regelungen Befreiten 47 %, von denen wiederum die vollständig Befreiten den weitaus größten Anteil ausmachen: Von den rund 10,6 Mio. Härtefällen stellen sie 93 %. Die nur teilweise Befreiten hingegen haben quantitativ nur eine sehr untergeordnete Bedeutung. Zu beachten ist allerdings, dass Tabelle 17 der Rechtsstand von 1998 zu Grunde liegt, d.h. dass die Änderungen, welche sich im Rahmen der Gesundheitsreformen seit 1999 ergaben, hier noch nicht berücksichtigt sind.

7.2 DYNAMISCHE WIRKUNG

Mit einer Leistungsausgrenzung sind im Wesentlichen folgende Wirkungen in einer dynamischen Betrachtung zu erwarten:

Medizinische Folgewirkungen. Die Ausgrenzung einer Leistung kann dazu führen, dass Personen unzureichend versorgt und Krankheiten zu spät behandelt werden, was auf Grund gestiegener Schwere der Krankheit zu höheren Ausgaben

für die Versorgung führen kann. Chronische Krankheiten können hierdurch verursacht werden, die bei frühzeitiger Erkennung und Behandlung unter Umständen hätten vollständig geheilt werden können. Durch eine Ausgrenzung präventiver Leistungen oder von Kuren können Krankheit rezidivieren und zusätzliche Krankheitsfälle hervorgerufen werden.¹¹⁸ Krankheitsverschlechterungen und Chronifizierungen wie auch wiederkehrende bzw. zusätzliche Erkrankungsfälle können sich für die Kuration bzw. Linderung einer Erkrankung als *kostenintensiver* erweisen als bei frühzeitiger erfolgter Behandlung. Die Ausgrenzung einer Leistung oder eines Leistungsbereichs kann zudem zu Kostensteigerungen in anderen Bereichen führen, wodurch der Einspareffekt gemindert wird. Zur Beurteilung einer Leistungsausgrenzung ist deshalb der Saldo zu betrachten, welcher sich bezogen auf das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung einstellt.

Verbundeffekte. Die Ausgrenzung einer Leistung oder eines Leistungsbereichs kann auch dazu führen, dass Verbundeffekte mit anderen Leistungsbereichen verloren gehen. So wären beispielsweise ambulant tätige Ärzte nur noch bedingt in der Lage, ihre Aufgaben zu erfüllen, wenn Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen würden. Die Ärzte könnten zwar weiterhin diagnostizieren und Therapieempfehlungen aussprechen. Sie sind jedoch schwerer in der Lage, einen Patienten zum Kauf eines Arzneimittels zu bewegen, wenn es sich um kein lebensnotwendiges oder schmerzstillendes Präparat handelt. So würde sich die Bedeutung vertragsärztlicher Tätigkeit für das Gesamtsystem reduzieren. Die Ausgrenzung einer Leistung hätte somit zur Folge, dass auch nicht ausgegrenzte Leistungen an Nutzen verlieren. Die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der GKV wäre gefährdet.

Verursachung von Härtefällen. Leistungsausgrenzungen können zu sozialen Härten bzw. zu wirtschaftlicher Überforderung von einzelnen Personen führen, da die erforderlichen Gesundheitsleistungen auch nach Ausgliederung aus dem Leistungskatalog der GKV in Anspruch genommen werden müssen. Da jedoch die Leistungen privat zu finanzieren sind, können Patienten trotz steuerlicher Berücksichtigung der Ausgaben (soweit ihnen eine steuerliche Berücksichtigung überhaupt etwas bringt) unzumutbar belastet werden. Deshalb ist zu prüfen, wie viele Personen auf Grund von Leistungsausgrenzungen in der GKV zu Härtefällen würden und ob eine solche Situation gesellschaftlich erwünscht ist. Inwieweit diesen verursachten Härtefällen im Rahmen der GKV begegnet werden kann, ist

118 Ist dies nicht der Fall, so ist zu prüfen, inwieweit die betreffende Leistung medizinisch wirksam ist.

zu prüfen. Regelungen für diese Fälle in der GKV bedeuten eine verringerte Einsparwirkung einer Leistungsausgrenzung. Somit ist zu berücksichtigen, wie viele zusätzliche Härtefälle zu den bestehenden in einem Leistungsbereich hinzukommen. Die Zahl dürfte um so höher sein, je weniger Leistungen in einem zur Ausgliederung vorgeschlagenen Leistungsbereich auf Härtefälle bereits entfallen.

Steuerliche Wirkung. Die Berücksichtigung finanzieller Aufwendungen im Falle von Krankheit durch steuerrechtliche Regelungen führt zu einem Ausgleich der Belastung im Rahmen des Steuer-Transfer-Mechanismus (mit allen Problemen »impliziter Transfers«). Dies bedeutet, dass die Aufwendungen für Gesundheit bei einer Ausgrenzung von Leistungen aus der GKV automatisch fiskalisch wirksam werden. Damit tritt der größte mögliche Risikoausgleich ein. Alle Mitglieder der Gesellschaft sind am Steuer-Transfer-System und damit an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligt.

Verteilungswirkung. Bei der Ausgliederung eines Leistungsbereiches ergeben sich unterschiedliche Nachfragereaktionen der Konsumenten. Die Entlastung bzw. die Belastung der Individuen unterscheidet sich je nach Einkommen, da sich bei gleichem Beitragssatz unterschiedliche prozentuale Anteile für das Individuum bzw. einen Haushalt ergeben. Versicherte mit hohem Einkommen werden demzufolge bei einer 100 %iger Selbstbeteiligung im Vergleich zu ihren Gesundheitsausgaben relativ entlastet. Der Effekt der Selbstbeteiligung (Nachfragereduzierung) wird durch den Effekt der Beitragsreduzierung überkompensiert¹¹⁹. Bei Versicherten mit geringerem Einkommen wird die Beitragsreduzierung durch die Nachfragereduzierung überkompensiert. Daher werden Bezieher mit relativ geringen Einkommen empfindlicher auf eine Streichung von Leistungen reagieren.

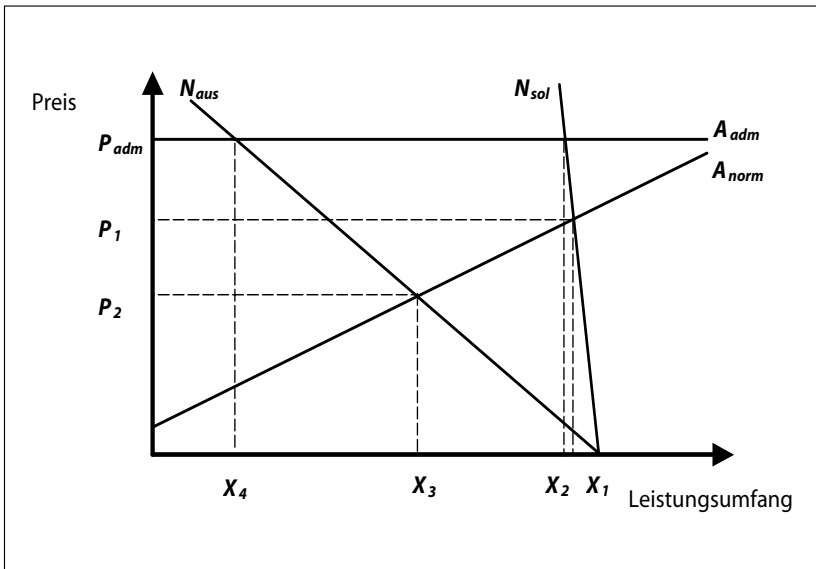
Medizinischer Fortschritt. Leistungsausgrenzungen können dazu führen, dass keine ausreichende Zahl an Patienten erreicht wird, welche die Kosten einer Behandlung finanzieren können. Damit sinkt neben der Zahl der Fälle auch das finanzielle Volumen, welches erforderlich ist, um eine Refinanzierung von Investitionen in medizinische Forschung realisieren zu können. Die GKV ermöglicht es Angehörigen auch schwächerer sozialer Gruppen, die tendenziell überproportional häufig einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, ihre erforderliche höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen realisieren zu können. Dies bedeutet jedoch auch, dass diese Personengruppen Nachfrage entfalten und Einkommen für die Leistungsanbieter schaffen. Bei einer privaten Finanzierung

119 Vgl. SCHULENBURG UND GREINER (2000), S. 90.

würden eben jene Bevölkerungsgruppen, die sich durch eine geringe Zahlungsfähigkeit auszeichnen, keine Nachfrage entfalten können. Dies hätte eine nicht unerhebliche Auswirkung für die Umsätze der Leistungsanbieter und damit einen negativen Anreiz für Forschung und Entwicklung sowie die Gestaltung neuer Versorgungskonzepte für medizin- und -verwandte Gebiete.

Qualitätssicherung. Nicht nur die Anreize zur medizinischen Forschung können sich durch Leistungsausgrenzungen verringern, vielmehr kann durch verringerte Fallzahlen die Qualität der Versorgung betroffen sein. Dieser Zusammenhang ist in Abbildung 11 veranschaulicht.

Abbildung 11: Erwartete Angebotsreaktionen durch Leistungsausgrenzungen



Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der solidarischen Finanzierung einer Gesundheitsleistung ist mit einem relativ unelastischen Nachfrageverlauf N_{sol} zu rechnen. Dadurch, dass in Folge einer Leistungsausgrenzung die Finanzierung der Gesundheitsleistung gänzlich dem Versicherten übertragen wird, ist von einer deutlich erhöhten Nachfrageelastizität auszugehen. Die Nachfragekurve verschiebt sich auf N_{aus} . Bei einem normalen Angebotsverlauf A_{norm} wäre gemäß der mikroökonomischen Verhaltenstheorie mit einer Reduktion des angebotenen Leistungsumfangs von X_1 auf X_3 und einer Re-

duktion des Preises von P_1 auf P_2 zu rechnen. Aufgrund einer spezifischen Besonderheit der gesetzlichen Krankenversicherung, der Existenz so genannter »administrierter Preise«¹²⁰, stellt sich die Situation jedoch anders dar: Der Großteil der Leistungserbringer ist aufgrund der Bindung an Gebührenordnungen, Pflegesatztabellen o.ä. nur sehr bedingt in der Lage, auf verändertes Nachfrageverhalten der Patienten mit Preisänderungen zu reagieren. Verschiebt sich in Folge einer Leistungsausgrenzung die Nachfrage von N_{sol} auf N_{aus} , sind die Preise jedoch auf P_{adm} fixiert, so ist ein bedeutend höherer Rückgang der nachgefragten Menge, hier von X_2 auf X_4 , als bei einer normalen Angebotsreaktion zu erwarten. Nur wenige Leistungserbringer hätten einen Anreiz bzw. die Möglichkeit, eine ausgegliederte Leistung weiterhin anzubieten. Dies hätte zur Folge, dass sich die Patienten, welche die Leistung weiterhin nachfragen, verringerten Angebotskapazitäten gegenüber sähen. Im Falle von Leistungen, in denen sich die Anzahl der Leistungserbringer¹²¹ oder der pro Periode erbrachten Leistungseinheiten¹²² auf die Leistungsqualität auswirkt, stellt sich in Folge einer Leistungsausgrenzung nicht nur eine Reduktion der angebotenen Menge (i.w.S.), sondern auch eine Reduktion der Qualität des verbleibenden Leistungsumfangs, zu jedoch gleich bleibend hohen Preisen, ein. Wie aus Abbildung 11 deutlich wird, kann diesen Effekten durch die Freigabe der Preise nur bedingt entgegengewirkt werden. Eine solidarische Finanzierung trägt somit zu einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung bei.

120 Vgl. KNAPPE (1987), S. 63.

121 Zu nennen wäre an dieser Stelle das Beispiel des Rettungsdienstes: Je höher die Anzahl der in einer Region zur Verfügung stehenden Rettungswagen ist (quantitatives Merkmal), desto geringer ist die Zeitdauer bis zum Eintreffen eines Wagens am Unfallort (qualitatives Merkmal). Würden Rettungsleistungen aus dem Leistungskatalog ausgegrenzt werden, so würde sich gemäß obiger Argumentation die Anzahl der Rettungswagen verringern: Eine Reihe von Versicherten sähe sich nicht in der Lage, diese Leistung privat zu erwerben. Durch diesen Nachfragerückgang sähen sich die Rettungsdienste zu einer Reduktion ihrer Kapazitäten genötigt. Die hieraus resultierende Reduktion der Versorgungsdichte hätte aber auch für diejenigen Versicherten, welche diese Leistung auch privat finanzieren könnten, Qualitätseinbußen zur Folge: Trotz weiterhin gleich bleibend vorhandener Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit hätten sie im Bedarfsfall länger auf einen Rettungswagen zu warten. Da Rettungsleistungen jedoch schon allein aus humanitären Gründen nicht ausgrenzbar sind, ist dieses Beispiel als hypothetisch zu betrachten.

122 Ein anderes Beispiel für den beschriebenen Effekt stellen aufwändige, kostenintensive Operationen dar: Würden beispielsweise Bypässe aus dem Leistungskatalog ausgegrenzt werden, so würde aufgrund der hohen Kosten, welche nur wenige Versicherte aufzubringen im Stande wären, die Anzahl durchgeführter Bypassoperationen stark absinken. Dies hätte jedoch zur Folge, dass die bei den behandelnden Ärzten eintretenden Lern- und Erfahrungseffekte weniger stark ausgeprägt wären. Selbst wenn Patienten die erforderliche Operation selbst bezahlen würden, hätten sie aus diesem Grund mit einer verringerten Leistungsqualität zu rechnen.

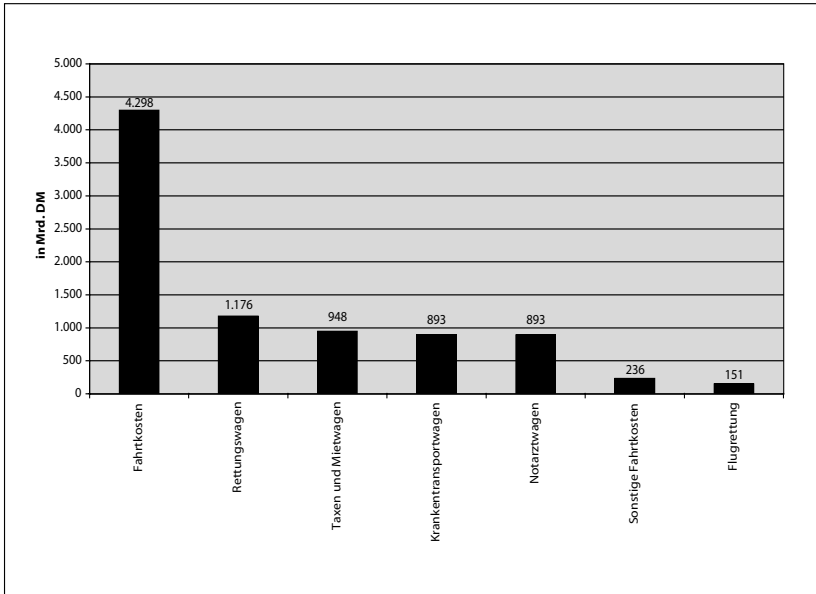
Als problematisch bei der Beurteilung von Leistungsausgrenzungen zeigt sich jedoch, dass (mono-)kausale Zuordnungen zwischen einer bestimmten Ausgrenzung und den resultierenden dynamischen Effekten nur sehr bedingt möglich sind. Auch ist es denkbar, dass all diese Effekte von einer Reihe weiterer Einflussfaktoren, wie demographischen Entwicklungen oder Änderungen von Lebensgewohnheiten, überlagert werden. Werden beispielsweise Leistungen ausgegrenzt, welche auf Grund genannter Einflüsse ohnehin zunehmend an Bedeutung verlieren, verringert sich auch die relative Einsparwirkung der Ausgrenzung im Zeitablauf. Werden andererseits Leistungen mit steigender Bedeutung ausgegrenzt, so können aufgrund heutiger (Fehl-)Entscheidungen künftige Versorgungsengpässe entstehen.

Einen Leistungsbereich, der in der politischen Diskussion zur Streichung im gesetzlich festgelegten Leistungskatalog steht, stellen die *Fahrkosten* dar. Statisch betrachtet, würden bei einer Streichung der Fahrkosten 1,724 % der GKV-Gesamtausgaben eingespart werden. Für eine dynamische Betrachtung ist für den Bereich Fahrtkosten zu beachten, dass sich zusammensetzt aus:

- Rettungsfahrten
- Krankentransport
- Flugrettung
- Notarztwagen
- Taxen und Mietwagen
- Sonstige Fahrten (öffentliche Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug).

In Abbildung 12 sind die Ausgaben des Leistungsbereiches Fahrtkosten und dessen Komponenten dargestellt.

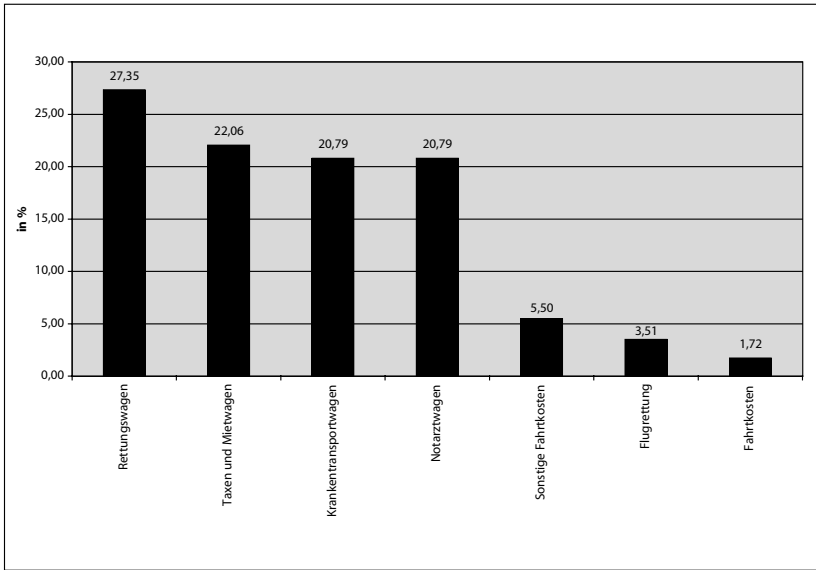
Abbildung 12: Ausgaben für Fahrtkosten gesamt und nach Bereichen



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 13 weist die Anteile der Einzelbereiche an den Ausgaben des Leistungsbereiches Fahrtkosten aus.

Abbildung 13: Anteil des Bereichs Fahrtkosten und dessen Komponenten an den Gesamtausgaben der GKV



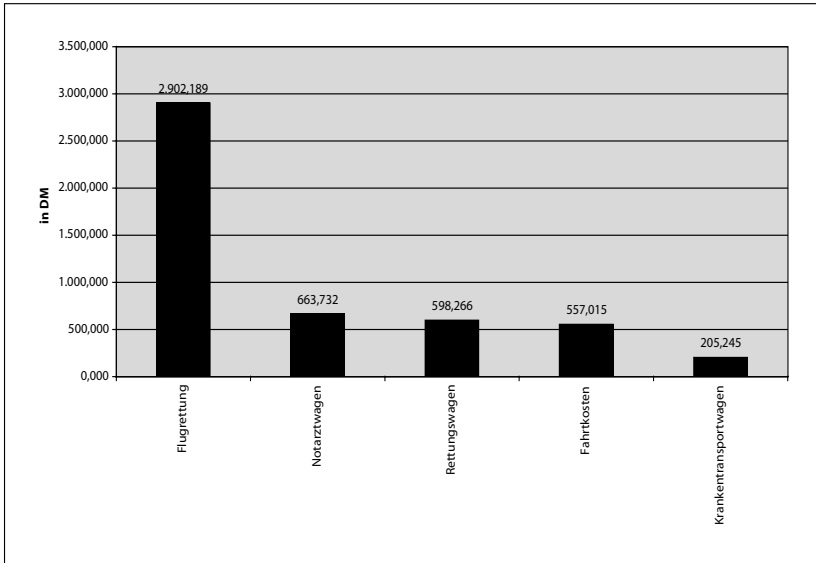
Quelle: Eigene Darstellung.

Im Jahr 1998 betragen die Ausgaben des Bereichs Rettungsfahrten 27,35 %. Taxen und Mietwagen machten 22,06 % der Gesamtausgaben aus, während die Ausgaben für Fahrten mit Krankentransportwagen oder Notfallwagen 20,79 % betragen. Diese Komponenten stellen die größten Ausgabenbereiche des Bereiches Fahrtkosten in Bezug auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen dar.

In Abbildung 14 werden die Leistungsausgaben pro Fall ausgewiesen¹²³.

123 Für die Bereiche Taxen und Mietwagen sowie sonstige Fahrtkosten sind keine Angaben über die Anzahl der Leistungsfälle verfügbar.

Abbildung 14: Leistungsausgaben pro Fall



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Folgenden werden einzelne Komponenten des Leistungsbereichs Fahrtkosten betrachtet und Interdependenzen zu anderen Leistungsbereichen dargestellt (dynamische Sichtweise).

Im Jahr 1998 wurde in 4.353.094 Fällen Krankentransportwagen in Anspruch genommen. Dies entspricht, bezogen auf alle Versicherten in der GKV, einem Anteil von 5,673 %. Die Kosten pro Fall beliefen sich auf DM 205,25. Bei einer Streichung der Leistung »Kranktransportwagen« würden 20,79 % der Ausgaben für Fahrtkosten eingespart. Auf Grund gegebener Substitutionsmöglichkeiten ist jedoch zu erwarten, dass Kosten für Mietwagen, Taxen und Rettungsfahrten steigen.

Krankenwagenfahrten kommen vor allem bei Verlegungen (z.B. in Fachkliniken, Pflegeheime, Allgemeinkrankenhäuser), Einweisungen ins Krankenhaus, bei ambulanten Therapien (z.B. Dialyse, ambulante Chemotherapie, Verbandswechsel, Nachuntersuchungen), bei Arztbesuchen, Diagnosefeststellungen in einem anderen Krankenhaus (z.B. Computertomographie, Kernspintomographie) zum Einsatz. Sie stellen somit im Prinzip einen notwendigen Teil von Diagnose und Therapie dar und werden daher oftmals von chronisch Kranken genutzt. Eine Streichung aus dem Leistungskatalog würde zu einer vermehrten Belastung besonders der 60-70jährigen und Älteren führen, da bei ihnen meist chronische Krankheits-

bilder vorliegen und sie tendenziell auch eher Empfänger geringer Einkommen sind.

Bei einer Streichung des Leistungsbereiches Rettungsfahrten würde kurzfristig ein Einsparpotential von 27,35 % aller Ausgaben für Fahrtkosten erreicht werden. Die Kosten für 1.964.998 Rettungsfahrten beliefen sich auf DM 2902,19 pro Fall.

Bei Rettungsfahrten sowie Flugrettung und Notarztwagen kann davon ausgegangen werden, dass es sich um essentielle Leistungen handelt. Befindet sich ein Versicherter in einer Notlage, welche die medizinische Versorgung des Rettungsdienstes, der Flugrettung oder des Notarztwagens erfordert, so ist davon auszugehen, dass keine Wahlmöglichkeiten bezüglich des Transportmittels bestehen. Demnach besitzt der Konsument eine preisunelastische Nachfrage, d.h. die Elastizität der Nachfrage beträgt Null bei gegebenen Präferenzen sowie eines gegebenen Budgets. Folglich bleibt die Nachfrage bei einer Selbstbeteiligung von 100 % unverändert, soweit Rettungsfahrten als medizinisch notwendige Leistungen angesehen werden.

8 VORGEHENSWEISE ZUR BESTIMMUNG SOLIDARISCH ZU FINANZIERENDER GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Gesundheitsleistungen solidarisch zu finanzieren bedeutet, Regelungen der Anspruchsberechtigungen zu definieren, die für alle Versicherten vor Eintritt des Krankheitsfalles bekannt sind. Damit ist eine explizite Festlegung des Ziels verbunden, welches durch einkommensabhängige Beiträge in der GKV erreicht werden soll und damit auch, welcher Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleistet sein soll. Diese Frage steht in engem Zusammenhang mit der Diskussion um Rationierung und Rationalisierung und gewinnt damit ihre Bedeutung aus einem nur ethisch beantwortbaren Kontext der Fragen nach:¹²⁴

- notwendigen Leistungen, die jedem GKV-Versicherten unabhängig von seiner sozioökonomischen Position zur Verfügung stehen sollen,
- Verfügbarkeit der notwendigen Leistungen für alle,
- Begrenzung des Leistungsumfangs.

Um Leistungsausgrenzungen durchführen zu können, sind Kriterien exakt zu definieren, anhand derer die Ausgrenzungen durchgeführt werden sollen. Zwar sind im Rahmen der Gesundheitsgesetzgebung durchaus Kriterien zur Beurteilung medizinischer Leistungen zu finden. So ist im SGB V definiert, welche Leistungen von der GKV zu finanzieren sind. Dazu wird allerdings auf die unbestimmten Rechtsbegriffe »ausreichend«, »zweckmäßig« und »wirtschaftlich«¹²⁵ zurückgegriffen. Zudem dürfen Leistungen das Maß des »Notwendigen« nicht übersteigen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, welchem die Entscheidung über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die GKV¹²⁶ obliegt, bemisst seine Entscheidungen nach den Kriterien »Nutzen« und »Wirtschaftlichkeit«. Diesen Begriffen ist ein gewisser Leerformelcharakter gemeinsam, weshalb ihre Anwendbarkeit im Rahmen eines praktikablen Schemas zur Identifikation von für Ausgrenzungen geeigneten Leistungen begrenzt ist.

124 Vgl. STILLFRIED (2000), S. 261 f.

125 § 12 Absatz 1 SGB V.

126 Im Rahmen des 2. NOG ist der Aufgabenbereich des Bundesausschusses auf bereits im Leistungskatalog befindliche Leistungen, welche ebenfalls anhand dieser Kriterien beurteilt werden sollen, ausgeweitet worden (ABHOLZ (1998), S. 42).

Die Kriterien haben geänderte Rahmenbedingungen, beispielsweise geänderten medizinischen Bedarf, sich wandelnde Patientenpräferenzen oder auch den medizinischen bzw. medizintechnischen Fortschritt zu berücksichtigen. Das Ziel sollte darin bestehen, diejenigen Leistungen zu identifizieren, welche im Rahmen einer Grundversorgung solidarisch finanziert werden sollen, sowie diejenigen, welche einer individuellen privaten Finanzierung überantwortet werden können.

In der Literatur findet sich bereits eine Reihe von Kriterienkatalogen und Auflistungen, welche dazu dienen sollen, Gesundheitsleistungen zu klassifizieren und/oder zu rationieren¹²⁷. Zumeist erfolgt diese jedoch unvollständig und nicht systematisch, da nur einige wenige Kriterien erläutert werden oder die Betrachtung auf bestimmte Bereiche beschränkt bleibt.

Der SVRKAiG (1994) stellte das »Filtermodell« des von der niederländischen Regierung eingesetzten »Government Committee on Choices in Health Care« aus dem Jahr 1992 vor. Ziel dieses Modells war es, anhand der Kriterien »Notwendige Versorgung«, »Effektivität«, »Effizienz« und »Individuelle Verantwortung«, diejenigen Leistungen heraus zu »filtern«, welche Bestandteil einer solidarisch zu finanzierenden Grundversorgung sein sollten¹²⁸. Auch der SVRKAiG entwirft an gleicher Stelle¹²⁹ eine eigene, umfassende Übersicht. Diese untergliedert Gesundheitsleistungen nach »medizinischen Kriterien«, »ökonomischen Kriterien« und »sozialpolitischen Kriterien«, von denen die beiden erst genannten noch weiter differenziert werden. Allerdings wurde diese Systematik als Orientierungshilfe zur Zuordnung gesundheitlicher Leistungen im Rahmen der Konzeption von Grund- und Wahlleistungsmodellen erarbeitet und ist daher nicht unmodifiziert auf die Ausgrenzungsfrage von Leistungen anwendbar.

127 Vgl. MPS (1990), S. 18 ff., MÜNNICH (1983), S. 44 ff., ABHOLZ (1998), S. 43 f., STACKELBERG (1998), S. M43, BESKE (1998), S. 175, o. V. (1997b), S. 41, MIELK UND JOHN (1996), S. 1.

128 Vgl. SVRKAiG (1994), Ziffer 382 ff.

129 Vgl. SVRKAiG (1994), Ziffer 399 ff.

9 AUSGLIEDERUNG VON ZAHN- BEHANDLUNG UND ZAHNERSATZ

Vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird u.a. vorgeschlagen, nicht nur Zahnersatzleistungen, sondern auch Leistungen für Zahnbehandlung aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern.¹³⁰ Darüber hinaus werden auch eine ausschließliche Privatisierung der Zahnersatzleistungen¹³¹ und die von der Zahnärzteschaft weitestgehend favorisierte Einführung von Kostenerstattung mit Festzuschüssen für zahnärztliche Leistungen¹³² diskutiert. Von einem eventuellen Ausschluss kosmetischer Leistungen aus dem Leistungsumfang der GKV¹³³, könnten auch Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes betroffen sein.¹³⁴

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen grundsätzlich davon aus, dass das Finanzvolumen für die zahnärztliche Versorgung in der GKV ausreiche, um die notwendigen und zweckmäßigen Leistungen finanzieren zu können. So werde in Deutschland für zahnärztliche Versorgung pro Kopf mehr ausgegeben als in allen anderen Ländern.¹³⁵

Eine Privatisierung von Leistungen bedeutet zunächst für die Zahnärzte, frei zu sein in der Wahl der medizinischen Behandlung und keinen Abrechnungsbestimmungen der GKV, keinen Kontrollen durch den Medizinischen Dienst und keinen Budgetvorgaben in der GKV zu unterliegen.

Zugleich beschreibt jedoch der SVRKAiG, dass die Versorgungsqualität in der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland mit großen Qualitätsmängeln behaftet ist¹³⁶. Inwieweit diese Mängel in einem freien, marktlichen System zahnärztlicher Leistungserbringung besser behoben werden können als im Rahmen des wettbe-

130 Vgl. PIMPERTZ (2002), S. 37. Er begründet, dass es vor dem Hintergrund einer obligatorischen Krankenversicherung, die auf dem »Interesse der Allgemeinheit« beruht, erforderlich sei, »sich vor der Ausbeutung durch Trittbrettfahrer zu schützen, die sich allein auf die kollektive Hilfe verlassen ... «, ein Großteil der Ausgaben auch unter kosmetischen Gesichtspunkten zustande käme und eine freiwillige Absicherung der Zahngesundheit ohne staatliche Vorgabe keinen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand habe.

131 Vgl. BESKE (2000), S. 151-157; vgl. DONGES ET AL. (2002), S. 95.

132 Vgl. FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE (FVDZ) sowie BESKE (2002), S. 95-102.

133 Vgl. SCHWARTZ UND JUNG (2000), S. 72.

134 Vgl. o. V. (2000), S. 1, vgl. o. V. (2001), o. S.

135 Vgl. STRIPPEL (2002), S. 31.

136 SVRKAiG (2000/2001), S. 46 und S. 83.

werbsbeschränkten GKV-Systems ist unklar.¹³⁷ In Bezug auf Zahnersatz verweist der SVR auf die »individuelle Planbarkeit« als Kriterium dafür, dass Zahnersatz ausgegliedert werden könne.¹³⁸

Der SVRKAiG weist in Bezug auf die zahnärztliche Versorgung ferner darauf hin, dass vermieden werden sollte, den GKV-Leistungskatalog »im Sinne einer falsch verstandenen Bestandssicherung zu »konservieren« und neue Methoden grundsätzlich dem Bereich der Privatleistungen zuzuordnen«¹³⁹.

Von zahnärztlicher Seite wird zum Teil sehr deutlich der Aspekt der Einkommensverbesserung bei Privatisierung zahnärztlicher Leistungen in den Vordergrund gerückt und plakativ beschrieben: »Nutzen wir die Möglichkeiten, die sich [in einem System von Grund- und Wahlleistungen] bieten – »das Geld liegt auf der Straße«, heben wir es doch auf!«¹⁴⁰ So wird erwartet, dass eine Aufteilung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Wahlleistungen dazu beiträgt, dieses Ziel zu erreichen. Das Potenzial der Patienten, das dann Selbstzahlerleistungen in Anspruch nehmen wird, kann vom jeweiligen Zahnarzt in seiner Praxis anhand der Patientendaten identifiziert werden. So kann das Potenzial für Inlays aus Gold oder Keramik anhand der Zahl der Amalgamfüllungen aus den Patientenkarteien ebenso festgestellt werden, wie sich aus der Zahl der Träger von Teil- und Vollprothesen das Potenzial für Kombiarbeiten und Implantate ableiten lässt. Die Kaufkraft und die individuelle Bedürfnisstruktur des Patienten sollen bei der Steigerung von Privatumsätzen im Mittelpunkt stehen. Zudem soll die Entscheidung für zusätzliche Privatleistungen mittels Teilzahlungsangeboten und Finanzierungssystemen, Skonto bei Barzahlung oder Telecash so einfach wie möglich gemacht werden.¹⁴¹ In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass sich Patienten, bei denen ein geringer Kaufwiderstand vermutet wird, » ... für erste Gehversuche besonders gut [eignen].«¹⁴²

137 Dies erfordert in Bezug auf die GKV mithin eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenkassen und Vertragszahnärzten über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. In der Schweiz wird vor dem Hintergrund steigender Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung (einheitliche Grundversorgung) gerade darüber nachgedacht, diesen Kontrahierungszwang aufzuheben (vgl. o.V. (2002e), S. 7).

138 Vgl. SVR (2002/03), S. 433.

139 SVRKAiG (2000/2001), S. 94.

140 HETZ (2001), S. 26 und weiter: »Wenn dann auch eine kalkulierte Preisliste [für Leistungen außerhalb der GKV] aufliegt, steht dem ... Praxiserfolg nichts entgegen – es ist nämlich Tatsache, dass die Patienten in Deutschland viel klüger sind, als man so allgemein annehmen möchte!«

141 Vgl. MERX (2000), S. 42.

142 MERX (2000), S. 40.

Die Möglichkeit, das Marktpotenzial abzuschätzen und diese Informationen nutzen zu können, ergibt sich für den Zahnarzt insbesondere aus dem gemischten Versorgungssystem in Deutschland, in dem der niedergelassene Vertragszahnarzt zugleich berechtigt ist, privat Zahnärztlich tätig zu sein und dies während einer Behandlung und in denselben Praxisräumen, in denen auch die vertragszahnärztliche Versorgung stattfindet.

Dieser stark finanziellen Orientierung wird gegenübergestellt, dass infolge der stärkeren ökonomischen Eigenverantwortung der Patienten sich eine »Polarisierung« sowohl der Bevölkerung in ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung als auch der zahnmedizinischen Leistungsanbieter ergeben wird. Die Leistungsanbieter werden sich aufteilen in wenige Gewinner und in einen immer größer werdenden Teil von Verlierern, »... die sich mit sozial schlecht abgesicherter Billigarbeit zufrieden geben müssen.«¹⁴³ Es wird darauf hingewiesen, dass bei einer Ausgrenzung der zahnärztlichen Versorgung aus dem Leistungskatalog der GKV die Zahnmedizin insgesamt an Bedeutung verliere und aus den akademischen Berufen des Gesundheitssystems ausgegliedert und zu einem Heilhilfsberuf werde.¹⁴⁴ Dies steht in Kontrast dazu, dass »dem Zahnmediziner durchaus eine gewisse Verantwortung für die Diagnosestellung« von Allgemeinerkrankheiten zukomme, »da die meisten Patienten wesentlich häufiger den Zahnarzt als ihren Hausarzt aufsuchen«.¹⁴⁵

9.1 AUSGABEN DER GKV FÜR ZAHNBEHANDLUNG UND ZAHNERSATZ

Anhand der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes belief sich das Volumen der Ausgaben für die Einrichtungen »Zahnarztpraxen« im Jahr 2000 auf Euro 13,9 Mrd. beziffert werden. Die Ausgaben für Zahnersatz in anderen Einrichtungen betragen zusätzliche Euro 5,6 Mrd. abzüglich Euro 1,7 Mrd. Zahnersatz in Zahnarztpraxen¹⁴⁶. Daraus lässt sich ein Gesamtvolumen für zahnärztliche Leistungen niedergelassener Zahnärzte in Deutschland im Jahr 2000 auf Euro 17,8 Mrd. bestimmen.

143 STAEHLE (2000), S. 21.

144 Vgl. BULK (1998), S. 175.

145 Vgl. KIRCH (1999), S. 257.

146 Zahnersatzleistungen, die in Praxislaboren gefertigt werden.

In Tabelle 18 sind die Ausgaben für Zahnbehandlung und für Zahnersatz nach Kostenträgern entsprechend der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 1992 bis 2000 ausgewiesen. In der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPfIV) und in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) fielen keine Ausgaben für zahnärztliche Leistungen an. Ausgaben für zahnärztliche Leistungen in Krankenhäusern waren nicht verfügbar.

Tabelle 18: Gesamtausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz 1992 bis 2000, (Angaben in Mio. Euro)

Ausgabenträger	Jahr								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Öffentliche Haushalte	148	143	141	140	150	172	171	164	166
GKV	11.361	9.752	10.559	10.874	11.806	11.952	10.876	11.006	11.273
GUV	14	16	17	17	17	19	19	19	18
PKV	1.520	1.762	1.850	1.903	1.951	1.981	1.947	1.988	2.067
Arbeitgeber	1.237	1.320	1.386	1.391	1.419	1.332	1.332	1.259	1.251
Private Haushalte	2.977	2.754	3.205	3.295	3.481	3.625	3.023	2.870	3.072
Gesamt	17.258	15.747	17.160	17.620	18.823	19.078	17.369	17.306	17.846

Quelle: Eigene Berechnungen; Statistisches Bundesamt 2002 – neue Gesundheitsausgabenrechnung.

Aus Tabelle 18 geht hervor, dass die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen von zunächst rund Euro 17,3 Mrd. im Jahr 1992 auf Euro 15,7 Mrd. im Jahr 1993 zurückgingen, um im Jahr 1994 mit Euro 17,2 Mrd. das Niveau des Jahres 1992 wieder zu erreichen. Bis zum Jahr 1997 stiegen die Ausgaben kontinuierlich bis auf rund Euro 19,1 Mrd. Mit dem deutlichen Rückgang der Gesamtausgaben für zahnärztliche Leistungen im Jahr 1998 auf rund Euro 17,4 Mrd. wurde wieder das Ausgabenniveau des Jahres 1992 erreicht. Im Jahr 1999 blieben die Ausgaben weitgehend unverändert, im Jahr 2000 ist wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Aus Tabelle 18 wird auch deutlich, dass die Entwicklung weitgehend die Veränderungen in den Ausgabenhöhen der GKV und der privaten Haushalte widerspiegelt. Lediglich die Ausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) stiegen kontinuierlich von rund Euro 1,5 Mrd. im Jahr 1992 auf rund Euro 2,1 Mrd. im Jahr 2000.

In Tabelle 19 sind die prozentualen Anteile an den Ausgaben für zahnärztliche Leistungen nach Ausgabenträger ausgewiesen.

Tabelle 19: Prozentuale Anteile der Ausgaben für zahnärztliche Leistungen nach Ausgabenträger 1992 bis 2000 (Angaben in Prozent)

Ausgabenträger	Jahr								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Öffentliche Haushalte	0,86	0,91	0,82	0,79	0,80	0,90	0,98	0,95	0,93
GKV	65,83	61,93	61,53	61,71	62,72	62,65	62,62	63,60	63,17
GUV	0,08	0,10	0,10	0,10	0,09	0,10	0,11	0,11	0,10
PKV	8,81	11,19	10,78	10,80	10,36	10,38	11,21	11,49	11,58
Arbeitgeber	7,17	8,38	8,08	7,89	7,54	6,98	7,67	7,27	7,01
Private Haushalte	17,25	17,49	18,68	18,70	18,49	19,00	17,40	16,58	17,21
Gesamt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (2002) – neue Gesundheitsausgabenrechnung.

Aus Tabelle 19 wird deutlich, dass der Anteil der Ausgaben für Gesundheitsleistungen, den private Haushalte direkt tragen, von 17,25 % im Jahr 1992 auf 19 % im Jahr 1997 und damit um 1,75 %-Punkte stieg. Bis zum Jahr 2000 ging der Anteil wieder auf 17,21 % zurück. Zugleich verringerten sich im Zeitraum zwischen 1992 und 1998 die Ausgaben der GKV um 3,18 %-Punkte von 65,83 % auf 62,62 %. Der Anteil der Ausgaben in der PKV stieg dagegen im Jahr 1993 sprunghaft auf 11,19 % von zuvor 8,81 %. Im weiteren Verlauf bis zum Jahr 1997 ging der Ausgabenanteil auf 10,38 % zurück. Der Ausgabenanteil der PKV stieg dann wiederum von 10,38 % im Jahr 1997 auf 11,58 % im Jahr 2000. Insbesondere fällt der starke Rückgang der Ausgaben privater Haushalte für zahnärztliche Leistungen in den Jahren 1998 und 1999 auf, der auf die Einführung der Kostenerstattung für Zahnersatz im Jahr 1999 zurückzuführen ist und somit einen Vorzieheffekt widerspiegelt.

Auf Grund der oben dargestellten Entwicklungen des Leistungsumfangs vertragszahnärztlicher Versorgung, der erst seit 1975 sowohl Versorgungsleistungen für Karies, Parodontose als auch Zahnersatz umfasst, werden die Zeitreihen der Ausgaben in der GKV beginnend mit dem Jahr 1976 ausgewiesen.

In Tabelle 20 sind die Leistungsausgaben für Zahnbehandlung und für Zahnersatz in den Jahren von 1976 bis 2000 für die alten Bundesländer dargestellt.

**Tabelle 20: Leistungsausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz in der GKV
1976 bis 2000, Alte Bundesländer**

Jahr	Ausgaben für Zahnbehandlung in Mio. DM	Veränderung zum Vorjahr in %	Ausgaben für Zahnersatz in Mio. DM	Veränderung zum Vorjahr in %
1976	4.297,1	-	5.312,4	-
1977	4.607,6	7,2	5.403,2	1,7
1978	4.967,5	7,8	5.754,7	6,5
1979	5.222,1	5,1	6.471,8	12,5
1980	5.517,7	5,7	7.351,2	13,6
1981	5.936,5	7,6	8.109,9	10,3
1982	6.072,1	2,3	6.988,5	-13,8
1983	6.280,6	3,4	6.664,3	-4,6
1984	6.562,9	4,5	7.338,3	10,1
1985	6.656,1	1,4	7.666,0	4,5
1986	7.164,6	7,6	6.897,0	-10,0
1987	7.370,0	2,9	6.283,0	-8,9
1988	7.692,0	4,4	9.650,7	53,6
1989	7.693,5	0,0	4.861,2	-49,6
1990	8.172,3	6,2	4.839,6	-0,4
1991	9.131,3	11,7	5.613,1	16,0
1992	10.160,4	11,3	6.841,1	21,9
1993	10.410,0	2,5	4.913,0	-28,2
1994	10.897,4	4,7	5.674,3	15,5
1995	11.215,6	2,9	6.204,0	9,3
1996	12.095,3	7,8	6.886,2	11,0
1997	12.183,0	0,7	6.991,6	1,5
1998	12.620,2	3,6	4.979,8	-28,8
1999	12.398,0	-1,8	5.404,8	8,5
2000	12.416,7	0,2	5.795,3	7,2

Quelle: Eigene Darstellung nach KZBV-Statistik, verschiedene Jahrgänge.

Aus Tabelle 20 geht hervor, dass die Ausgaben für Zahnbehandlung zwischen 1976 und 1998 kontinuierlich stiegen. Im Jahr 1999 gingen die Ausgaben leicht zurück und verharrten auf diesem Niveau auch im Jahr 2000. Im Gegensatz dazu unterliegen die Ausgaben in der Versorgung mit Zahnersatz erheblichen Schwankungen. So stiegen die Ausgaben von 1976 bis 1981 trotz der Eigenbeteiligung der Versicherten in Höhe von 20 %. Die Wirkung des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes 1981 zog im Bereich Prothetik einen Ausgabenrückgang nach sich, da weniger hochgoldhaltige Metalle verwendet wurden und nur noch Legierungen auf Palladium-Basis oder Nichtmetalllegierungen von den Krankenkassen fi-

nanziert wurden.¹⁴⁷ So ist im Jahr 1982 ein erheblicher Rückgang (-13,8 %) der Ausgaben ebenso zu beobachten wie im Jahr 1986. Der Ausgabenanstieg im Jahr 1988 wird (»Blüm-Bauch«) auf den Vorzieheffekt zurückgeführt, welcher auf die Leistungseinschränkungen im Gesundheitsreformgesetz (GRG) zurückgeführt wurde, das im Jahr 1989 in Kraft trat. Mit dem GRG wurde der Zuschuss zu Zahnersatzleistungen auf 60 % reduziert. Erst 1991 entsprachen die absoluten Ausgaben für Zahnersatz wieder dem Ausgabenniveau im Jahr 1986. Mit dem Gesundheitsstruktur-Gesetz (GSG), das 1993 in Kraft trat, verringerten sich die Ausgaben so, dass das Niveau der Ausgaben des Jahres 1989 wieder erreicht und des Jahres 1976 sogar unterschritten wurde. Jedoch ist vor Inkrafttreten des GSG ähnlich der Situation im Jahr 1988 eine hohe Ausgabensteigerung im Jahr 1992 zu verzeichnen (»Seehofer-Spitze«).

In den alten Bundesländern ging der Anteil der Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz von rund 15 % in den 1970er Jahren über rund 13 % zu Beginn der 1980er Jahre auf unter 10 % Anfang der 1990er Jahre zurück. Im Jahr 2000 lag der Anteil mit rund 8,9 % sogar unter 9 % der Leistungsausgaben in der GKV. Im Bereich Zahnbehandlung verringerte sich der Anteil der Ausgaben von 7 % im Jahr 1978 weitgehend kontinuierlich auf rund 6 % im Jahr 2000. Die Veränderung im Bereich Zahnersatz verlief weitaus deutlicher. Während in den 1970er Jahren der Anteil der Ausgaben für Zahnersatz zwischen 6 % und 8 % betrug, ging der Anteil Ende der 1980er Jahre auf rund 3 % bis 4 % zurück. Im Jahr 2000 lag der Anteil bei 2,8 %.

9.2 DIE NACHFRAGE NACH ZAHNÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Wenngleich alleine die Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz im Jahr 2000 einen Anteil von rund 9 % an den gesamten Leistungsausgaben der GKV darstellten, so ist das wissenschaftliche Interesse an dem Themenbereich der Nachfrage und der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in Deutschland bislang eher gering. Demgegenüber gibt es eine große Zahl internationaler Publikationen zu diesem Themengebiet. Weit überwiegend stammen diese aus den USA, jedoch auch zunehmend aus Großbritannien und nordeuropäischen Ländern.¹⁴⁸

147 Vgl. FRÜHBUB (1997), S. 27.

148 Vgl. ausführlich KERN (2003).

Das Gesundheitsverhalten insgesamt ergibt sich aus der Entscheidung des Individuums unter ökonomischen Beschränkungen durch Preise, Opportunitätskosten, Einkommen, Zugangsmöglichkeiten und -berechtigungen sowie der individuellen Präferenzen¹⁴⁹. Ein verbesserter Gesundheitszustand bedeutet relativ mehr Gesundheitskapital und damit eine bessere individuelle und gesellschaftliche Leistungsfähigkeit. Ein besserer Gesundheitszustand ermöglicht tendenziell größere Lebensfreude, da Bedürfnisse besser befriedigt werden können. Insgesamt kann dadurch die psychische, physische und soziale Gesundheit verbessert werden. Positive Auswirkungen auf das Arbeitspotential und damit auf die Beschäftigung und das Wirtschaftswachstum gehen damit einher.¹⁵⁰ So formulierte Sorkin (1984), dass eine Verbesserung von Gesundheitsleistungen für Arme »... causes them to experience a gain in productivity and personal development«¹⁵¹. Das Angebot von Gesundheitsleistungen »is an investment in human capital that the poor will not make without government assistance.«¹⁵² Zudem führen Investitionen in Programme für Gesundheit und gesunde Ernährung zu einem »... high social return that manifests itself in a more equitable distribution of income, reduced economic dependency, and higher productivity and output.«¹⁵³

Bereits in frühen Untersuchungen von Koos (1954) sowie von Friedson und Feldman (1958) wurde in den USA auf den Zusammenhang hingewiesen zwischen höherem sozioökonomischem Status und einer stärkeren Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. So geht aus sozialepidemiologischen und medizinsoziologischen Untersuchungen hervor, dass das Gesundheitsverhalten von schichtenspezifischen Einflüssen geprägt ist. Der sozioökonomische Status einer Person gilt als »one of the strongest and most consistent predictors of a person's morbidity and mortality experience«¹⁵⁴.

Das Verhalten, heute Mund- und Zahnhygiene zu betreiben, damit sich langfristig Erfolg einstellt, sei »kompatibel« mit Verhaltensmustern der Mittel- und Ober-

149 Vgl. GÄFGEN (1990), S. 19.

150 Vgl. WHO (2001), S. 21: »Health is Wealth«, »For individuals and families, health brings the capacity for personal development and economic security in the future. Health is the basis for job productivity, the capacity to learn in school, and the capability to grow intellectually, physically, and emotionally.«, »As with the economic well-being of individual households, good population health is a critical input into poverty reduction, economic growth, and long-term economic development at the scale of whole societies.«

151 SORKIN (1984), S. 197.

152 SORKIN (1984), S. 197.

153 SORKIN (1984), S. 197.

154 WINKLEBY ET AL. (1992), S. 816.

schicht, nicht jedoch mit den Verhaltensmustern der Unterschicht. Diesen grundlegenden Verhaltensunterschieden kommt große Bedeutung zu für die Erklärung der schichtenspezifischen Prävalenz von Mundkrankheiten. Und es gilt als wesentlicher Einflussfaktor für Mundhygiene- und Ernährungsverhalten sowie für die Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen. So haben Angehörige von Mittel- und Oberschichten einen längerfristig angelegten Lebensentwurf.¹⁵⁵

Die Ungleichheit in der Morbidität oraler Krankheiten ergibt sich auf der Ebene soziokulturell determinierter Informations- und Handlungspotenziale, wozu medizinische Informiertheit und Symptomaufmerksamkeit, Art und Zeitpunkt effektiven Hilfesuchens, die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung sowie wirtschaftliche Zwänge im Krankheitsfall gerechnet werden.¹⁵⁶ So nehmen Personen unterer sozialer Schichten selbst dann keine zahnärztlichen Leistungen in Anspruch, wenn sie der Auffassung sind, dass zahnärztliche Hilfe erforderlich wäre.¹⁵⁷

Das Inanspruchnahmeverhalten von zahnärztlicher Versorgung nach Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht ist für Deutschland in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Inanspruchnahmeverhalten von zahnärztlicher Versorgung nach Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht (Angaben in Prozent)

Inanspruchnahme	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Erwachsene			
regelmäßig	24,0	31,5	32,0
unregelmäßig	72,4	65,0	64,8
Jugendliche			
regelmäßig	28,1	28,0	25,4
unregelmäßig	68,4	65,4	67,6
Kinder			
regelmäßig	58,5	60,9	57,4
unregelmäßig	35,1	33,2	38,2

Quelle: Eigene Darstellung nach BAUCH ET AL. (1991), S. 366.

Aus Tabelle 21 wird deutlich, dass in der Gruppe der Erwachsenen jeweils rund ein Drittel der Angehörigen von Ober- und Mittelschicht regelmäßig zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. In der Gruppe der Unterschicht beläuft sich dieser Anteil auf rund ein Viertel. In den Gruppen der Kinder und der Jugendlichen ist dagegen zu beobachten, dass eine regelmäßige Inanspruchnahme über alle Schichten deutlich höher ist als bei Erwachsenen. In der Gruppe der Jugendlichen

155 Vgl. BAUCH ET AL. (1991), S. 357; vgl. SIEGRIST (1995), S. 165f.

156 Vgl. SIEGRIST (1977), S. 190.

157 Vgl. KRIESBERG UND TREIMAN (1960), S. 148.

nehmen jeweils rund 28 % der Angehörigen der Unterschicht und der Mittelschicht regelmäßig zahnärztliche Leistungen in Anspruch und damit rund 3 % mehr als die Jugendlichen der Oberschicht.

Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen differenziert nach Schulbildung ist in Tabelle 22 ausgewiesen.

Tabelle 22: Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen nach Schulbildung (Angaben in Prozent)

Alter	12-jährige ⁺			35-44-jährige			65-74-jährige			
	Schulbildung	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
beschwerdeorientiert		31,6	24,5	31,1	44,3	26,1	28,4	42,9	37,1	32,3
kontrollorientiert		67,1	74,9	69,0	53,7	73,9	71,0	51,6	61,1	65,4

Quelle: Eigene Darstellung nach MICHEELIS UND SCHROEDER (1999), S. 444

+ ... gemessen an der Schulbildung der Eltern.

Aus Tabelle 22 wird deutlich, dass Personen in den Altersgruppen der 35- bis 44-jährigen sowie der 65- bis 74-jährigen mit zunehmendem Bildungsniveau eine stärker kontrollorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen erfolgt. Ein deutlich höherer Anteil von Personen mit niedriger Schulbildung nehmen zahnärztliche Leistungen beschwerdeorientiert in Anspruch.

In Tabelle 23 ist die vom SVRKAIG (1987) in bereinigten Vielfachen gemessene Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistung nach sozialer Stellung wiedergegeben.

Tabelle 23: Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen nach sozialer Stellung im Jahr 1994 (bereinigtes Vielfache)

Soziale Stellung	Landwirt	Selbständiger	Beamter	Angestellter	Arbeiter	Rentner	Sonst.*
	0,87	0,95	1,17	1,34	0,93	0,68	1,06

Quelle: Eigene Darstellung nach SVRKAIG (1987), S. 52

+ ... Hausfrauen, Schüler, Auszubildende etc.

Aus Tabelle 23 geht hervor, dass die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bei Beamten und Angestellten deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt lag (bereinigtes Vielfaches > 1,1). Eine deutlich geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (bereinigtes Vielfaches < 0,9) wiesen Landwirte und Rentner auf.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Sanierungsgrad bezogen auf den Zahnstatus in der Unterschicht am niedrigsten und in der Oberschicht am höchsten ist. Dies wird von Micheelis und Reich (1999) unterstützt, wonach ein »ausgeprägter Zusammenhang ... von Sanierungsgrad und Schulbildung zu beobachten« ist. Mit steigendem Bildungsgrad nimmt der Sanierungs-

grad zu. So betrug der Karies-Sanierungsgrad bei Erwachsenen im Alter von 35-44 Jahren bei niedriger Schulbildung 88,0 %, bei mittlerer Schulbildung 92,6 % und bei hoher Schulbildung 96,8 %.¹⁵⁸ Ein ähnliches Bild zeigt sich bei dem Verhältnis von Karies-Sanierungsgrad bei bezahnten Senioren im Alter von 65-74 Jahren. Für niedrige Schulbildung beträgt der Wert 91,9 %, für mittlere Schulbildung 96,5 % und für hohe Schulbildung 97,0 %.¹⁵⁹

In der Altersgruppe der 65-74jährigen besteht ein »signifikanter« Zusammenhang zwischen der Höhe des Nettoeinkommens und dem Auftreten von hohem Kariesbefall. So war der Anteil der Personen in der Einkommensgruppe bis DM 2000 mit einem DMF-T-Wert von über 27 mit 49,5 % am höchsten. In den Einkommensgruppen DM 2001 bis DM 3000 betrug der Anteil 39 % und 31 % bei Personen in der Einkommensgruppe von mehr als DM 3000.¹⁶⁰

Eine höhere Prävalenz bedeutet immer auch einen erhöhten, objektiven Behandlungsbedarf, zumal Karies ein irreversibler Prozess ist. Karieserkrankungen können nicht ausheilen, sondern erfordern, dass die kariöse Läsion ausgeräumt und anschließend gefüllt wird, um die Zahnfunktion wieder herzustellen. Ohne Behandlung eines kariösen Zahns ist davon auszugehen, dass die Karies neben einer schmerzhaften Entzündung der Pulpa (Zahnmark) zum Absterben des Zahns führt. Dies kann wiederum Erkrankungen des umgebenden Knochengewebes, Abszesse (eitrige Entzündung) und lebensbedrohliche Sepsis (Blutvergiftung) verursachen.

Aus soziologischer Sicht wird betont, dass aus sozialstrukturellen Ungleichheitenlagen in den Lebensbedingungen von Mitgliedern einer Gesellschaft nicht zwingend auf gesundheitliche Ergebnisgrößen eines Individuums geschlossen werden darf.¹⁶¹ Dennoch kann der Einfluss der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht auf die Mundgesundheit für Deutschland als belegt gelten.¹⁶² Insbesondere Personen in sozialen Brennpunkten sind unzureichend zahnärztlich versorgt.¹⁶³ Dagegen kann der Mundgesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit »Prophylaxenationen« wie der Schweiz und Schweden verglichen werden.¹⁶⁴ Die

158 Vgl. SCHIFFNER UND REICH (1999), S. 256.

159 Vgl. SCHIFFNER UND REICH (1999a), S. 346.

160 Vgl. HEINRICH UND TÖRNE (1999), S. 465.

161 Vgl. STEINKAMP (1993), S. 117.

162 Vgl. SPLIETH (1992), vgl. MICHEELIS (1998), S. 11ff.; für die alten Bundesländer vgl. KERSCHBAUM ET AL. (1994), S. 990, für die neuen Bundesländer vgl. KERSCHBAUM ET AL. (1996), S. 452 ff., vgl. auch O.V. (1998), S. 245.

163 Vgl. SVRKAIG (2000/2001), S. 22.

164 Vgl. REICH (2001), S. 36. Nach HOTZ (1997) haben in der Schweiz immer noch 50 % der Kinder Karies. Allerdings sind entsprechend dem Ziel der WHO nicht mehr als zwei Zähne davon befallen.

deutsche Mundgesundheitsstudie III (DSM III) weist eine verbesserte Mundgesundheit in Deutschland gegenüber früheren Erhebungen nach und dokumentiert »einen deutlichen Rückgang der Morbidität der Bevölkerung hinsichtlich der bisher typischen Aufgabenbereiche für Zahnärzte«, weshalb auch davon ausgegangen wird, dass sich der Bedarf an Füllungstherapie, zahnprothetischer Versorgung mit Kronen, Brücken und Prothesen, Implantaten, Endodontie und zahnärztlicher Chirurgie in einigen Jahren verringern wird¹⁶⁵. Allerdings wird dies insbesondere jüngere Jahrgänge betreffen, die von den Prophylaxemaßnahmen profitieren.

Es ist erkennbar, dass Mund- und Zahngesundheit mit zunehmendem Bildungsniveau und höherer sozialer Schicht steigt¹⁶⁶. Inwieweit der im Rahmen der GKV weitgehend kostenfreie Zugang zu zahnärztlichen Leistungen dazu beigetragen hat, dass Angehörige der Unter- und Mittelschicht über ein hohes Maß an Mundgesundheit verfügen, ist bislang nicht untersucht. Hinsichtlich der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen kann davon ausgegangen werden, dass Einkommen und Preise Zugangsbeschränkungen zu zahnmedizinischen Leistungen darstellen. Wenn ähnlich Medicaid in den USA durch die GKV Zugangsbeschränkungen zu zahnärztlichen Leistungen überwunden wurden und Familien mit geringem Einkommen in der GKV eine ähnliche zahnärztliche Versorgung haben wie Familien mit höherem Einkommen, kann sich aus einer Privatisierung ergeben, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen sinkt und sich so soziale Ungleichheit in Bezug auf Mund- und Zahngesundheit ausdrückt.

9.3 EIGEN- UND FREMDVERANTWORTUNG

Karies und Zahnfleischerkrankungen werden als »selbstverschuldete« Krankheiten bezeichnet.¹⁶⁷ In der Diskussion um Grund- und Zusatzleistungen wird auf das hohe Maß verhaltensbedingter Ursachen von Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates hingewiesen und angemerkt, dass in einem Sachleistungssystem den Versicherten der »materielle Anreiz [fehlt], Zahnerkrankungen durch eigenverantwortliches Handeln zu verhüten und Mundgesundheit zu fördern.«¹⁶⁸

165 Vgl. DEMMEL (2000), o. S.

166 Vgl. BREYER ET AL. (2002), S. 93.

167 HINZ (1995), o.S.

168 BESKE (2000), S. 21, SOKRATES wird folgende Aussage zugeschrieben: »Wenn jemand Gesundheit sucht, frage ihn erst, ob er auch bereit ist, zukünftig alle Ursachen seiner Krankheiten zu meiden – erst dann darfst du ihm helfen.«

Der Zusammenhang zwischen Mundhygiene und Karies sowie parodontaler Krankheiten steht auch in Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht. Dies drückt sich sowohl im Inanspruchnahmeverhalten und in den Morbiditäten von Karies und parodontaler Erkrankungen aus.¹⁶⁹ Für die Gesundheitsversorgung gilt ganz allgemein, dass Bevölkerungsgruppen mit dem höchsten Krankheitsrisiko über das geringste Selbsthilfepotenzial verfügen. Deshalb ist es vorsichtig zu bewerten, in welchem Maß sozial schwächere Bevölkerungsgruppen durch höhere Eigenbeteiligungen zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu bewegen sind. So trifft es nicht zu, dass finanziell schlechter gestellte Personen bei erhöhter Eigenbeteiligung automatisch ein verbessertes Gesundheitsbewusstsein entwickelten. Ein niedriger Bildungsstand und ein gering entwickeltes Gesundheitsbewusstsein führen meist dazu, dass im Bedarfsfall keine ausreichenden finanziellen Mittel verfügbar sind und trotz Krankheit keine Gesundheitsleistungen nachgefragt werden.¹⁷⁰

Die primäre Funktion der Zähne und des Gebisses besteht in der Nahrungszerkleinerung (mastication). Allerdings ist die Bedeutung der Zähne für soziale Interaktion, die insbesondere durch Lächeln erst möglich wird, von großer Bedeutung und erfordert zumindest in unserem Kulturkreis einen vollständigen und zahnfarbenen Frontzahnbereich. Ursprünglich hatte Lächeln die Funktion, Nicht-Aggressivität zu signalisieren. Bis heute hat sich dies weiterentwickelt, um Sympathie, Entschuldigung, Begrüßung und Freude auszudrücken.¹⁷¹

Zahnverlust stellt bis auf traumatischen Zahnverlust immer die Folge von Karies bzw. von durch progrediente Karies verursachte erforderliche Extraktionen oder Parodontopathien dar. So kann bei einer weit fortgeschrittenen parodontalen Destruktion eine Extraktion der befallenen Zähne erforderlich werden¹⁷². Zahnverlust wirkt sich hauptsächlich im Seitenzahnbereich auf die Kaufähigkeit und im Frontzahnbereich auf das Lautbildungsvermögen (Phonetik), auf das Aussehen des Gesichts (Ästhetik) und damit auf das psychische und soziale Wohlbefinden aus. Unzureichend oder nicht versorgte Zahnschäden oder Zahnverluste können zu funktionellen Beschwerden des gesamten Kauapparates sowie zu Kopf- und Kieferge-

169 CHEN (1995), S. 172; vgl. SCHIFFNER und REICH (1999), S. 253.

170 Vgl. STAEHLE (2000), S. 21; vgl. CULYER (1971), S. 191.

171 Vgl. MORRIS (1981), S. 378. MORRIS erläutert (S. 450/451), dass der Mensch »als zum Fleischgenuss geläuterter Früchtesammler ... seit jeher Zahnprobleme [hat]«, weshalb Besteck als »metallene Superzähne« entwickelt wurde. Zudem dient Feuer und damit Backen, Kochen, Rösten, Grillen, Schmoren, Pochieren sowie Mahlen dazu, Nahrungsmittel weich zu machen, um die Beanspruchung der unspezialisierten Zähne zu verringern.

172 Vgl. KOHAL ET AL. (2000), S. 744.

lenkschmerzen führen. Ferner können daraus Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme resultieren.¹⁷³

Durch den Verlust an Zähnen wird die Kauaktivität verringert. Die verringerte Kauaktivität kann nicht durch längeres Kauen ausgeglichen werden. Daraus resultiert eine schlechtere Nahrungszerkleinerung. Ein optimales Zermahlen der Speisen ist nicht mehr möglich¹⁷⁴. Untersuchungen weisen darauf hin, dass nach einem Verlust natürlicher Zähne die Kaufunktion selbst durch Zahnersatz nicht vollständig wieder herstellbar ist¹⁷⁵. Die verringerte Kaufähigkeit verändert die Ernährungsgewohnheiten grundlegend, wodurch sich das Risiko von systemischen Krankheiten erhöht. Zusammenhänge zwischen verändertem Ernährungsverhalten infolge unvollständiger Bezahnung und systemischen Krankheiten werden in folgenden Zusammenhängen gesehen:¹⁷⁶

- Ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Krankheiten entsteht durch erhöhte Aufnahme von Cholesterin sowie gesättigten Fettsäuren und einer verringerten Aufnahme an Ballaststoffen, Karotin sowie Antioxidantien.
- Ein erhöhtes Krebsrisiko ergibt sich bei verringerter Aufnahme von Obst, Gemüse, Karotin sowie Vitamin C.
- Ein erhöhtes Kataraktrisiko resultiert aus verringerter Aufnahme von Vitamin C.
- Ein zunehmendes Risiko kolorektalen Adenoms entsteht bei verringerter Aufnahme von Ballaststoffen¹⁷⁷.

In Zusammenhang mit nachlassendem Kauvermögen kann auch davon ausgegangen werden, dass eine mangelhafte Zerkleinerung von Speisen zu einer verlängerten Verweildauer des Speisebreis im Magen beiträgt. Dies führt zu einer zusätzlichen Belastung des Magens. Aus Untersuchungen von Personen mit chronischer Gastritis ließ sich ermitteln, dass eingeschränktes Kauvermögen nicht ohne »ursächliche Bedeutung für die Entstehung dieser Magenerkrankung ist.«¹⁷⁸

Es gilt als weitgehend gesichert, dass insbesondere niedermolekulare Kohlenhydrate, wozu Saccharose zählt, kariogen sind. Damit steht im Sinne der Primärprävention im Vordergrund, häufigen Zuckerkonsum zu vermeiden. Dies bedarf insgesamt einer Ernährungsumstellung, da auch Honig, Traubenzucker und Fruchtzucker kariogen sind und »versteckter« Zucker z.B. in gesüßten Getränken,

173 Vgl. O.V. (1998), S. 245 f.

174 Vgl. ELIAS UND SHEIHAM (1998), S. 650 ff.

175 Vgl. FELDMAN ET AL. (1984), S. 107-113.

176 Vgl. WILLETT (1994), vgl. JOSHIPURA et al. (1998).

177 Vgl. O.V. (1998a), S. 192.

178 Vgl. JÜDE ET AL. (1996), S. 22.

Ketchup und Konserven enthalten ist. Als besonders kariogen werden Produkte betrachtet, die Zucker in Kombination mit weiterverarbeiteter Stärke enthalten¹⁷⁹. Als Handlungsmaxime wird deshalb formuliert, dass »Zucker als Genussmittel und nicht als Nahrungsmittel in das Ernährungsverhalten« integriert werden sollte, da »es nicht darum geht, den Zuckerkonsum vollständig zu unterbinden«¹⁸⁰.

Vor diesem Hintergrund ist die Aussage zur Eigenverantwortung zu relativieren, wonach es »in der Entscheidung jedes erwachsenen Menschen liegt, ob er sich gesund ernähren will ...«¹⁸¹. So ist es selbst bei hohem Bildungsstand eines Individuums und guter Informationslage fraglich, inwieweit es möglich ist, »versteckten« Zucker zu erkennen und zu vermeiden. Zudem werden Ernährungsgewohnheiten von den Eltern angenommen. Deshalb stellt Ernährungsberatung im Rahmen der Individualprophylaxe ebenso einen wichtigen Faktor dar, wie eine solche Beratung bereits während der Schwangerschaft erforderlich erscheint¹⁸².

Ferner wäre zu prüfen, welche Verantwortung der Nahrungsmittelindustrie beim Design von Produkten zugemessen werden soll. In der Schweiz gilt als einzigem Land seit 1969 ein Gesetz, wonach Nahrungsmittelhersteller ein Produkt als »safe for teeth« nur auszeichnen dürfen, wenn in Tests nachgewiesen werden konnte, dass während der Nahrungsaufnahme und bis zu 30 Minuten danach ein bestimmter Säurewert interdentaler Plaque nicht unterschritten wird¹⁸³. Diese Regulierungsmaßnahme stellt für den Verbraucher, gerade auch in Bezug auf die Möglichkeit eigenverantwortlich präventiv zu handeln, neben dem Wissen über die Zusammenhänge der Kariesentstehung die einzige Möglichkeit dar, das Kariesrisiko bereits durch die Auswahl der Nahrungsmittel zu beeinflussen.

In der Diskussion um Eigenverantwortung der Bürger zur Kariesvermeidung wird oftmals darauf verwiesen, dass Karies eine durch individuelle Zahnhygiene vermeidbare Krankheit sei. In diesem Zusammenhang wird häufig auch das Beispiel der Schweiz angeführt. In der Schweiz sind große Fortschritte in der Zahngesundheit erreicht worden, obwohl zahnärztliche Leistungen nicht in der Grundversicherung enthalten sind. Neben den oben genannten Auflagen für die Nahrungsmittelindustrie wird für die Schweiz festgestellt, dass die Verbesserung der Zahngesundheit zu 24 % auf die semikollektive Gruppenprophylaxe sowie die Gesundheitserziehung in der Schule, und nur zu 7 % auf die Individualprophylaxe zurückzuführen ist.¹⁸⁴

179 Vgl. HELLWIG ET AL. (1999), S. 76.

180 Vgl. LEHMANN UND HELLWIG (1993), S. 106.

181 HELLWIG et al. (1999), S. 74.

182 Vgl. LEHMANN UND HELLWIG (1993), S. 107.

183 Vgl. IMFELD (1983), S. 195.

184 Vgl. BÜTTNER (1995).

Der weitaus größte Anteil der deutlich verbesserten Zahngesundheit in der Schweiz wird jedoch mit 62 % auf die kollektive Maßnahme der Trinkwasserfluoridierung und der weitreichenden Nutzung fluoridierten Speisesalzes zurückgeführt.¹⁸⁵ Selbst wenn zugestanden wird, dass individuelle Mundhygiene Grundlage für Zahngesundheit ist, so ist festzustellen, dass keine Maßnahme isoliert zur Verbesserung der Zahngesundheit führt. Aus diesen Ergebnissen ergibt sich, dass eine Komplementaritätsbeziehung zwischen den Faktoren Individual-, Gruppenprophylaxe und Trinkwasserfluoridierung sowie Informationen über Zucker in Nahrungsmitteln zu bestehen scheint. Hieraus folgt, dass nicht ausschließlich mangelnde individuelle Eigenvorsorge als kausal für das Auftreten der Zahnkrankheit Karies gelten kann. Da in Deutschland Trinkwasserfluoridierung nicht möglich ist¹⁸⁶, fordert der SVRKAIG (2000/2001) die Lockerung gesetzlicher Restriktionen für den Einsatz fluoridierten Speisesalzes in der Lebensmittelbranche.¹⁸⁷

Staehe (2000) unterscheidet deshalb auch zwischen medizinischer und ökonomischer Eigenverantwortung. Erstere bezweckt die Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung. Durch eigenverantwortliches Handeln sollen medizinisch aufwändige Leistungen vermieden werden. Ökonomische Eigenverantwortung wird häufig so abgeleitet, dass finanzielle Selbstbeteiligung zu medizinischer Eigenverantwortung führe. Der Selbstbeteiligung wird ein erzieherischer Wert zugesprochen. Allerdings liegt die Betonung der Selbstbeteiligung im Bereich zahnärztlicher Versorgung nicht auf der Verringerung von Leistungen, sondern in der Erschließung neuer Märkte¹⁸⁸.

9.4 FINANZIERUNG AUSGGLIEDERTER LEISTUNGEN FÜR ZAHNBEHANDLUNG UND ZAHNERSATZ

Wie aus den geschilderten Ergebnissen der Sozialepidemiologie hervorgeht, gehören die schlechten zahnmedizinischen Risiken tendenziell der Unterschicht an. Somit haben diese Personen statistisch eine schlechtere Zahngesundheit und verfügen zugleich über ein geringeres Einkommen. Bei risikoorientierter Prämien-

185 Vgl. BÜTTNER (1995), vgl. O.V. (2002d): 50-60 % der Kariessenkung in der Schweizer Bevölkerung sind auf die Trinkwasserfluoridierung zurückzuführen.

186 Die Fluoridierung von Trinkwasser wurde in Deutschland bereits 1975 abgelehnt, vgl. o.V. (1975).

187 Vgl. SVRKAIG (2000/2001), S. 83.

188 Vgl. STAEHLE (2000), S. 18.

bemessung erfolgt alleine über die Prämienhöhe eine Risikoselektion. Schlechte Risiken werden auf Grund der höheren Versicherungsprämien bei eigenem, relativ geringem Einkommen nicht in der Lage sein, Versicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen zu kaufen.¹⁸⁹ Ein trennendes Gleichgewicht, bei dem schlechte Risiken volle Deckung bei hoher Prämie und gute Risiken weniger Deckung erhalten als sie zu der angemessenen Prämie wünschen¹⁹⁰, kann sich infolge der finanziellen Beschränkungen kaum realisieren lassen.

Der SVR (2002/03) weist aus, dass nach Angaben eines großen privaten Krankenversicherungsunternehmens für nicht verpflichtenden, privaten Versicherungsschutz für Zahnersatzleistung mit Kontrahierungszwang des Versicherungsunternehmens für einen Mann im Alter von 30 Jahren eine monatliche Versicherungsprämie von Euro 14 bzw. Euro 168 pro Jahr und für eine Frau von Euro 18 bzw. Euro 216 pro Jahr anfallen.¹⁹¹ Infolge des Kontrahierungszwangs kann unterstellt werden, dass die Prämie für alle Personen gilt und keine Prämien differenzierung hinsichtlich des individuellen Risikos erfolgt.

Entsprechend der in Tabelle 15 ausgewiesenen Zahlungsbereitschaften von GKV-Versicherten für private Krankenzusatzversicherung wären rund 30 % der GKV-Versicherten nicht bereit oder in der Lage, privaten Versicherungsschutz zur Absicherung der Kosten für Zahnersatzleistungen zu erwerben. So wären 9,6 % der GKV-Mitglieder bereit, höchstens Euro 5 pro Monat, 12,2 % zwischen Euro 5 und Euro 10 sowie 13 % der GKV-Mitglieder zwischen Euro 10 und Euro 15 pro Monat für privaten Krankenversicherungsschutz zu bezahlen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die angegebene Zahlungsbereitschaft für die gesamten privat zu finanzierenden Gesundheitsleistungen zusätzlich zum Versicherungsschutz in der GKV gilt und nicht nur für Zahnersatzleistungen. Zudem sind die Angaben bezogen auf GKV-Mitglieder ausgewiesen, weshalb diese Zahlungsbereitschaft auch den Versicherungsschutz von mitversicherten Personen umfasst.

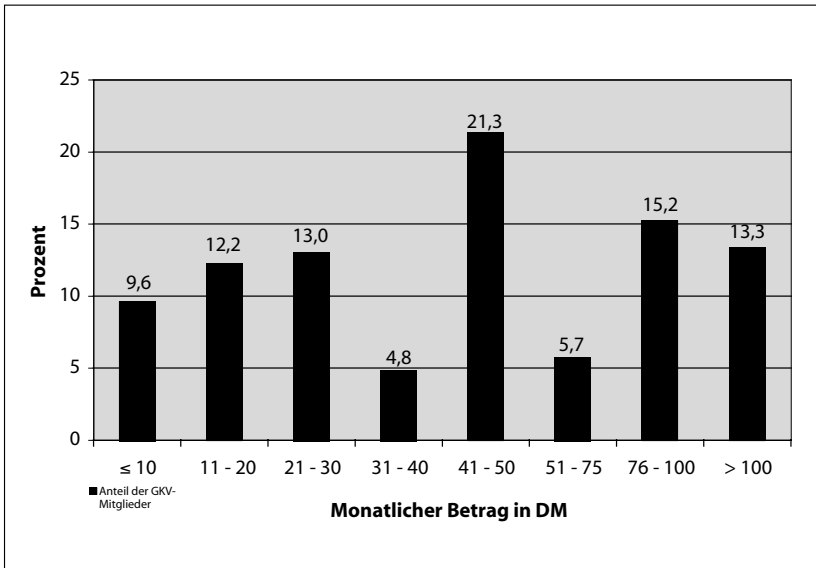
In Abbildung 15 ist die Zahlungsbereitschaft der GKV-Mitglieder für Krankenzusatzversicherungen dargestellt.

189 Hier bleibt zunächst unberücksichtigt, dass Umschichtungen des Haushalts zugunsten der Prämienzahlung vorgenommen werden können.

190 Vgl. ZWEIFEL UND EISEN (2000), S. 324.

191 Vgl. SVR (2002/03), S. 433; es wird nicht ausgewiesen, welchen Umfang der Versicherungsschutz bietet, welche Selbstbeteiligungen enthalten sind und wie die Honorarsätze mit den Zahnärzten und die Kostenerstattung mit den zahntechnischen Laboren geregelt ist. Zudem ist nicht klar, ob die für prothetische Maßnahmen erforderlichen konservierend chirurgischen Leistungspositionen privat-zahnärztlich vergütet und vom Versicherungsschutz erfasst werden.

Abbildung 15: Zahlungsbereitschaft der GKV-Versicherten für private Krankenzusatzversicherung pro Monat (Angaben in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach TK-Grundlagenstudie 2001, n = 751 (repräsentativ), 4,9% k.A.

Aus Abbildung 15 wird deutlich, dass 21,3 % der GKV-Mitglieder bereit wären zwischen DM 41 und DM 50 für eine private Krankenzusatzversicherung aufzuwenden. 13,3 % könnten sich ein Prämienvolumen von mindestens DM 100 als tragbar vorstellen. 39,6 % der GKV-Mitglieder wären bereit, monatlich einen Betrag von bis zu DM 40 für eine private Krankenzusatzversicherung aufzuwenden. 55,5 % sind bereit, mehr als DM 40 pro Monat und damit mindestens DM 480 jährlich für private Krankenversicherungen zu bezahlen. Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Angaben zur Zahlungsbereitschaft in Abbildung 15 nicht ausschließlich auf zahnärztliche Leistungen beziehen.

Zusätzlich zu dieser Zahlungsbereitschaft ist eine Einkommenserhöhung der GKV-Mitglieder zu berücksichtigen, die aus der Beitragssatzreduktion bei Ausgliederung vertragszahnärztlicher Leistungen aus dem Leistungsumfang der GKV entspringt. So ist davon auszugehen, dass sich infolge der Privatisierung vertragszahnärztlicher Leistungen eine Beitragssatzverringerung um rund 0,5-Beitragssatzprozentpunkte bezogen auf den Arbeitnehmerbeitrag ergäbe.¹⁹² Ein Mitglied, dessen Bruttoeinkommen der Beitragsbemessungsgrenze von € 3375 entspricht, würde so eine monatliche Bruttobeitragsentlastung von € 16,88 und damit von jährlich € 202,56 erfahren. Da dieser ausgezahlte Betrag als Lohnbestandteil zu versteuern ist, würde der verfügbare Nettobetrag geringer sein. Zudem bemisst sich der Betrag nach der Höhe des Einkommens des Mitglieds. So würden sich bei monatlichen Bruttoeinkommen von € 3000, € 2500, € 2000 und € 1500 die Bruttoentlastungsbeträge auf €15 pro Monat (€ 180 pro Jahr), € 12,5 pro Monat (€ 150 pro Jahr), € 10 pro Monat (€ 120 pro Jahr) sowie € 7,5 pro Monat (€ 90 pro Jahr) belaufen.

Wird unterstellt, dass die ausbezahlten GKV-Beiträge die Zahlungsbereitschaft erhöhen und die Zahlungsbereitschaften mit steigendem Bruttoeinkommen der GKV-Mitglieder zunehmen, so blieben die in Abbildung 15 ausgewiesenen prozentualen Anteile unverändert.

Damit würden sich die Zahlungsbereitschaften von bis zu DM 30 durch den ausgezahlten Arbeitnehmerbeitrag (€ 10 pro Monat) auf eine Zahlungsbereitschaft von DM 31 bis DM 50 erhöhen. Ferner wird eine Erhöhung der Zahlungsbereitschaft um € 12,5 pro Monat für alle Mitglieder mit Zahlungsbereitschaften zwischen DM 31 und DM 50 angenommen und bei Personen mit Zahlungsbereitschaften von DM 51 und mehr eine Erhöhung um € 15 unterstellt.

Im Ergebnis kann so festgestellt werden, dass bei einer Netto-Ausbezahlung des eingesparten GKV-Beitrags infolge der Privatisierung vertragszahnärztlicher Leistungen rund 85 % der GKV-Mitglieder über eine Zahlungsbereitschaft verfügen, um eine private Versicherung für prothetische Leistungen in genannter Höhe finanzieren zu können. Allerdings wären dann keine Mittel für andere privat abzusichernde Gesundheitsleistungen verfügbar.

192 Die Reduktion der Leistungsausgaben der GKV bei vollständiger Ausgliederung vertragszahnärztlicher Leistungen bedeutet eine Verringerung des Beitragssatzes um 1 %-Punkt und einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14 %. Die Ausgabenreduktion müsste sich auch durch eine Verringerung der Verwaltungskosten verstärken, da keine Überprüfung von Heil- und Kostenplänen mehr erforderlich wäre.

Die Versicherungsprämie für privaten Vollversicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen bei einer Erstattung von 75-80 % der Kosten für Zahnersatz und 100 %-iger Erstattung der Kosten für Zahnbehandlung¹⁹³ betragen für einen Mann im Alter von 30 Jahren (40 Jahren) rund € 50 (€ 56) pro Monat sowie für eine Frau im Alter von 30 Jahren (40 Jahren) rund € 55 (€ 70) pro Monat.¹⁹⁴ Hinsichtlich der in Abbildung 16 ausgewiesenen Zahlungsbereitschaft der GKV-Versicherten wären bei diesen Versicherungsprämien für zahnärztliche Leistungen nur rund 14 % der GKV-Mitglieder bereit oder in der Lage, eine private Versicherung für zahnärztliche Leistungen zu finanzieren.

Im Vergleich zu einem Bruttolohnzuwachs infolge der Auszahlung der Beitragsersparnis bei einer Privatisierung vertragszahnärztlicher Leistungen (Arbeitnehmerbeitrag) zwischen € 90 und rund € 200 pro Jahr beträgt die Jahresprämie für die Vollversicherung zahnärztlicher Leistungen für einen Mann im Alter von 30 Jahren rund € 600. Dies entspricht einer Mehrbelastung zwischen € 400 und € 510 pro Jahr. Würde zusätzlich der Arbeitgeberanteil an den Arbeitnehmer ausbezahlt¹⁹⁵, was unwahrscheinlich sein dürfte, so bliebe für die Versicherten bei einer Privatisierung vertragszahnärztlicher Leistungen eine finanzielle Mehrbelastung von rund € 200 bis € 420 pro Jahr. Dabei ist nicht berücksichtigt, inwieweit bei individueller Risikoprüfung von Versicherungsunternehmen Risikozuschläge erhoben würden. Zudem ist zu beachten, dass mit dieser Versicherungsprämie Familienangehörige nicht mitversichert sind. Für Familienangehörige wären selbstständige Versicherungen für die Absicherung der Kosten bei Zahnbehandlung abzuschließen.

Auf Grund des Zusammenhangs zwischen Karies, Parodontose und Zahnlosigkeit und den damit verbundenen allgemeinmedizinischen Folgekrankheiten sind für die GKV Folgekosten zu erwarten. Dies bedeutet einen negativen externen Effekt durch Individuum *i*, welches in nicht ausreichendem Maß zahnärztliche Behandlungskosten selbst oder mittels Versicherungsschutz finanzieren kann, um diese Folgekosten zu vermeiden.

Damit dieser negative externe Effekt internalisiert werden kann, könnten idealtypisch – aber in der Praxis kaum realisierbar – alle Kosten für allgemeinmedizinische Folgekrankheiten, die aus Karies, Parodontose und Zahnlosigkeit entstehen,

193 Dies umfasst freie privat Zahnärztliche Honorierung und Materialwahl.

194 Gemittelte Werte aus Angaben verschiedener privater Krankenversicherungsunternehmen.

195 Hieraus würde sich zumindest kurzfristig keine Verringerung der Lohnkosten ergeben, außer die Lohnsteigerung würde bei Tarifverhandlungen voll angerechnet.

von der Erstattung durch die GKV ausgeschlossen sein. So wären die GKV-Versicherten gezwungen, ausreichend Versicherungsschutz nachzufragen oder die Kosten für Folgekrankheiten auf dem privaten Markt zu versichern. Umschichtungen bei der Einkommensverwendung könnten den Individuen erforderliche finanzielle Mittel für privaten Versicherungsschutz verfügbar machen.

Alternativ könnte die GKV die am privaten Markt zu zahlenden Prämien schlechter Risiken subventionieren, damit diese Versicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen erlangen und damit Folgekosten durch Nichtversicherung bei schlechter Zahngesundheit für die GKV vermieden werden. Dies erfordert eine Abwägung der Kosten, die der GKV durch Krankheiten infolge von Zahnerkrankungen entstehen, und der erforderlichen Prämien subventionen. Zur Abschätzung der Kosten der GKV wären jedoch weitere epidemiologische Daten über den Zusammenhang zwischen Zahnkrankheiten und deren Auswirkung auf Allgemeinerkrankheiten erforderlich. Diese Daten sind derzeit nicht in Sicht.

Der kostenfreie Zugang zu zahnärztlicher Versorgung kann als notwendige Bedingung zur Vermeidung bzw. zur Verringerung von Folgekosten betrachtet werden, da ein Individuum in seiner Entscheidung, zahnärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, so zumindest nicht über den Preis rationiert ist.

9.5 FAZIT

»Angesichts der Komplexität der Interdependenzen wirtschaftlicher, ökonomischer und soziologischer Prozesse ...«¹⁹⁶ können nicht alle möglichen und denkbaren Wirkungsdimensionen einer Privatisierung zahnärztlicher Leistungen systematisch befriedigend erfasst werden. Jedoch erscheint es gerade auf Grund der beobachtbaren, schichtenspezifisch ungleichen Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und schichtenspezifisch unterschiedlicher Morbidität von Mund- und Zahnkrankheiten von Bedeutung, die Wirkungen privat-zahnärztlicher Erbringung und Vergütung von Leistungen für die Patienten zu prüfen und Folgen für das Gesundheitswesen und die GKV zu analysieren.

Aus den Zusammenhängen zwischen Zahnkrankheiten und Allgemeinerkrankheiten wird erkennbar, dass das Ereignis »Zahnerkrankung« nicht unabhängig von der Allgemeingesundheit ist. Sowohl für Karies, Parodontose und Zahnlosigkeit

196 SCHULENBURG (1987), S. 6.

kann festgestellt werden, dass diese Krankheiten nicht vollständig in die Eigenverantwortung der Versicherten fallen können, da sie nicht unabhängig von systemischen Krankheiten sind. Ergebnisse epidemiologischer Studien deuten auf eine moderate Beziehung zwischen Parodontalkrankheiten und Herz-Kreislauf-Krankheiten hin. Sowohl Ergebnisse aus Längsschnitts- als auch Querschnittsstudien ebenso wie in-vitro-Versuche und Tierversuche lassen eine Verbindung zwischen Parodontose und Herzkrankheiten plausibel erscheinen. Dieser Zusammenhang lässt sich bislang noch nicht als kausal nachweisen.

Der SVRKAIG (2001/2002) weist jedoch ausdrücklich auf den »evidente[n] Zusammenhang zwischen Mundkrankheiten und Allgemeinerkrankungen« hin. Als weiterer Indikator für die Interdependenzen werden eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Ärzten sowie fachübergreifende Kenntnisse für Zahnärzte als unumgänglich erachtet. Wie bei Karies deutlich wird, stellt nicht ausschließlich individuelles Verhalten die Einflussgröße für die Entstehung von Zahnkrankheiten dar. Deshalb kann selbst perfekte eigenverantwortliche Vorsorge nicht verhindern, dass Zahnkrankheiten entstehen.

10 AUSGLIEDERUNG VON SPORTUNFÄLLEN

In den letzten Jahrzehnten fand in Deutschland eine tief greifende Veränderung des Krankheitspanoramas statt. Diese Wandlung lässt sich mit den Worten »von den Infektionskrankheiten zu den Zivilisationskrankheiten«¹⁹⁷ beschreiben. Durch zunehmende Budgetrestriktionen und steigendem Kostendruck im Gesundheitswesen gewann das Prinzip der Krankheitsvermeidung durch Prävention gegenüber dem der Therapie von entstandenen Krankheiten an Bedeutung. Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass insbesondere Präventionsmöglichkeiten gegen sogenannte Zivilisationskrankheiten wie etwa Herz- und Kreislauferkrankungen, Stoffwechselkrankheiten sowie Krebserkrankungen entwickelt werden sollen. Es ist eine weit verbreitete Auffassung, dass sportliche Aktivität vor allem zur Protektion gegen koronare Herzerkrankungen geeignet sei.¹⁹⁸ Durch ein geeignetes körperliches Training soll es möglich sein, »für 20 Jahre lang 40 Jahre alt zu bleiben.«¹⁹⁹

In der Diskussion um Einsparungen in der GKV wird jedoch in Bezug auf die Sinnhaftigkeit von sportlicher Aktivität vor allen Dingen auf die Kosten hingewiesen, welche durch Sportverletzungen und Sportunfälle entstehen. Der SVR (2002/03) weist darauf hin, dass in der GKV rund Euro 10,4 Mrd. durch die private Absicherung von Unfallrisiken eingespart werden könnten und sich daraus eine Beitragssatzreduktion von 1,1 Beitragssatzprozentpunkten ergäbe.²⁰⁰ Diese Abgrenzung umfasst jedoch sowohl Heim- als auch Freizeit- und Sportunfälle. Im Folgenden werden die Kosten ambulanter und stationärer Versorgung von Sportunfällen abgeschätzt. Protektive Wirkungen sportlicher Aktivitäten des Sports werden qualitativ beschrieben.

197 KNOLL (1997), S. 13.

198 Vgl. BERLIN UND COLDITZ (1990), S. 612.

199 HOLLMANN (2002), S. 8.

200 Vgl. SVR (2002/03), S. 276. Wird davon ausgegangen, dass 27 % aller Heim- und Freizeitunfälle Sportunfälle sind (STATISTISCHES BUNDESAMT – DESTATIS (2002), S. 1), so können die Kosten – entsprechend der Angaben des SVR – in der GKV für Sportunfälle auf rund 2,5 Milliarden DM beziffert werden. Dies entspräche bei einem 14 %igen Beitragssatz 0,28 Beitragssatzprozentpunkten (unterstellt das Ausgabevolumen der GKV von rund Euro 124 Mrd. im Jahr 1998). Der Beitragssatz ließe sich so bei einer Ausgliederung der Kosten für Sportunfälle auf 13,72 % reduzieren.

10.1 KRANKHEITSKOSTEN

Für die Bestimmung der Kosten für Sportunfälle wurden ausschließlich unfallbedingte Kosten betrachtet. Nicht unfallbedingte Kosten, wie Abnutzungerscheinungen an Gelenken u. ä., konnten mangels validen Datenmaterials nicht bestimmt werden. Insgesamt ist festzustellen, dass Daten zu Häufigkeit und Kosten von Sportverletzungen in Deutschland unzureichend erfasst sind. Lediglich die ARAG -Sportversicherung erfasst zusammen mit dem Lehrstuhl für Sportmedizin der Ruhr-Universität Bochum systematisch Art und Zahl von Sportunfällen. Das 1987 begonnene Projekt erfasst nach einem »Stichprobenplan die Sportunfalldaten von nahezu 45 % aller im Deutschen Sportbund organisierten Sportler.«²⁰¹ Die Unfalldaten werden durch einen Fragebogen erfasst, der allen in den beteiligten Landessportbünden verunfallten Sportlern zugeschickt wird. Die Rücklaufquote beträgt 65 %. So konnten bislang rund 125.000 Sportunfälle erfasst werden.

Die Ergebnisse legen nahe, dass rund 23 Millionen Personen in Deutschland Sport treiben. Dabei sind Aktivitäten des Schulsports nicht berücksichtigt. Aus sportlichen Aktivitäten ergeben sich jährlich 1,25 Millionen Sportunfälle²⁰², bei denen sich Verletzungen ereignen, die ärztliche Behandlung erfordern. 665.000 dieser Unfälle (53 %) sind dem organisierten Sport (Vereinsport) und 47 % bzw. 585.000 dem unorganisierten Sport zuzurechnen.²⁰³

Die Unfallohäufigkeit lässt sich nach den verschiedenen Sportarten sowie zwischen dem organisierten und dem unorganisierten Sport unterscheiden. Während im Vereinssport rund 70 % der Unfälle auf die vier populären Ballsportarten (Fußball, Handball, Volleyball und Basketball) entfallen, verteilen sich die Unfälle im nicht organisierten Sport, neben Fußball, auch auf Ski Alpin, Jogging, Tennis und Squash. Üblicherweise sind dies meist Aktivitäten, die nicht im Verein ausgeführt werden. Eine Berechnung der »Gefährlichkeit« verschiedener Sportarten aus dem Quotienten der Mitgliedszahlen der Fachverbände und den Unfallzahlen der einzelnen Sportarten, wie häufig in der Literatur vorgenommen, ist nur zulässig, wenn ausschließlich Unfälle in den Vereinen betrachtet werden.²⁰⁴

201 GLÄSER UND HENKE (2000), S. 3.

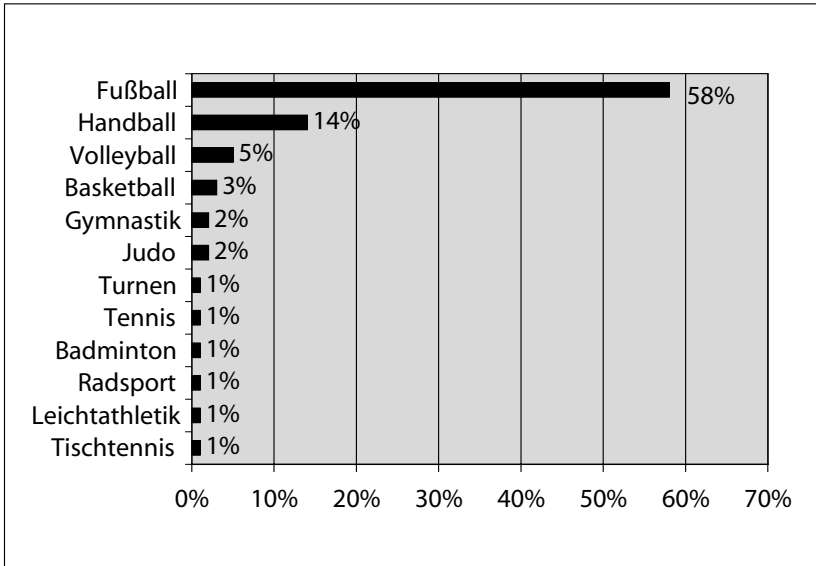
202 GLÄSER UND HENKE bezifferten den Anteil von Sportunfällen an der Zahl aller Heim- und Freizeitunfälle für das Jahr 1992 mit 28 %.

203 Vgl. GLÄSER UND HENKE (2000), S. 6.

204 Vgl. GLÄSER UND HENKE (1994), S. 320.

In Abbildung 16 sind die Unfallhäufigkeiten im Vereinssport nach Sportarten bei Männern dargestellt.

Abbildung 16: Unfallhäufigkeiten im Vereinssport nach Sportarten (Männer)



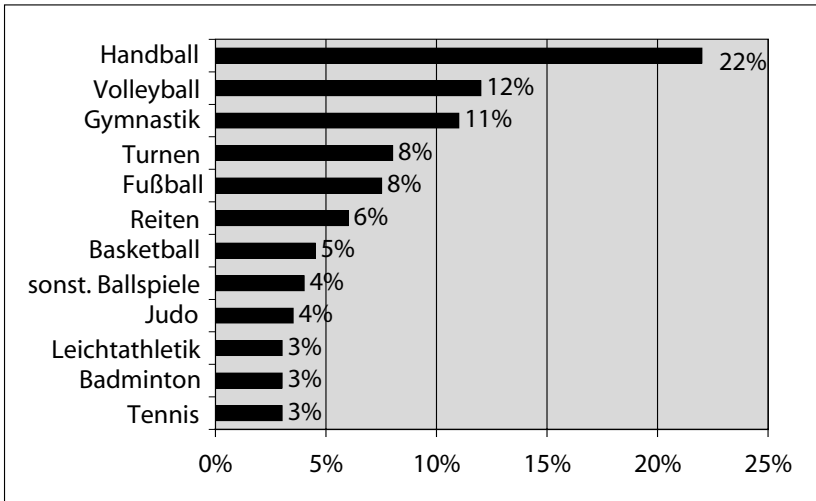
Quelle: GLÄSER UND HENKE (2000), S. 6.

Die hohe Prozentzahl der Verletzungen im Fußball bedeutet allerdings kein überhöhtes Risiko im Vergleich zu anderen Sportarten. Es kommt dadurch lediglich zum Ausdruck, dass Fußball der in Deutschland am häufigsten betriebene Sport in Vereinen ist. Der Deutsche Fußballbund ist mit 6,26 Mio. Mitgliedern der größte Fachverband im Deutschen Sportbund.²⁰⁵

In Abbildung 17 sind die Unfallhäufigkeiten im Vereinssport nach Sportarten bei Frauen dargestellt.

205 Vgl. STATISTISCHES JAHRBUCH (2001), S. 426.

Abbildung 17: Unfallhäufigkeiten im Vereinssport nach Sportarten (Frauen)



Quelle: GLÄSER UND HENKE (2000), S. 7.

Aus Abbildung 16 und Abbildung 17 wird erkennbar, dass sich die Verteilung der Unfallhäufigkeiten auf die Sportarten bei Frauen verändert darstellt. Der relativ hohe Anteil an Unfällen, die bei Gymnastik entstehen, ist mithin darauf zurückzuführen, dass dieser Bereich nicht trennscharf von Konditionsgymnastik und Zirkeltraining unterschieden werden kann.

Für den Bereich des nicht organisierten Sports liegen keine verlässlichen Angaben vor. Lediglich für den Bereich Ski alpin wurden in einer Erhebung in den Jahren 1975 bis 1984 Skiunfälle analysiert. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass jährlich ca. 80.000 Skifahrer verletzt werden und davon rund 10.000 stationär behandelt werden müssen.²⁰⁶

²⁰⁶ Vgl. HAUSER UND GLÄSER (1985), S.77.

10.1.1 Kosten ambulanter Versorgung

Für die Schätzung der Kosten der ambulanten Versorgung von Sportunfällen wurde davon ausgegangen, dass rund 91 %²⁰⁷ und damit rund 1,13 Mio. Sportverletzungen ausschließlich ambulanter Behandlung bedürfen. Dies bedeutet auch, dass kein Sportunfall ohne Versorgung im institutionellen System der Krankenversorgung auskäme.²⁰⁸ In Tabelle 24 sind die geschätzten Kosten für die ambulante Versorgung von Personen auf Grund von Sportunfällen ausgewiesen.

Tabelle 24: Kosten der ambulanten Behandlung von Sportunfällen

Bereich des Unfalls	Anzahl Sportverletzungen pro Jahr	ambulante Versorgungsfälle	Ø Kosten ärztlicher Versorgung pro ambulatem Fall in Euro	Ø Arzneimittelkosten pro ambulatem Fall in Euro	Gesamte ambulante Kosten in Euro
Organisierter Sport	665.000	605.150	486	30	312.257.400
Nicht organisierter Sport	585.000	532.350	486	30	274.692.600
Summe:	1.250.000	1.137.500	-	-	586.950.000

Quelle: Eigene Berechnungen; GLÄSER UND HENKE (1994), S. 319, GLÄSER UND HENKE (2000), S. 5.

Für die Angaben in Tabelle 24 wurde unterstellt, dass nach einem Sportunfall ein niedergelassener Arzt im Durchschnitt siebenmal aufgesucht wird und die Kosten der ärztlichen Behandlung Euro 486 betragen. Hierzu wurden geschätzte Kosten von Euro 30 für Arzneimittel zugeschlagen.²⁰⁹ Daraus ergeben sich, wie in Tabelle 24 ausgewiesen, ambulanten Behandlungskosten für Sportverletzungen für den organisierten und den nicht organisierten Sport von Euro 587 Millionen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass unterstellt wurde, alle Sportverletzten seien GKV-Versicherte. Würde ein 10 %iger Anteil von PKV-Versicherten angenommen, so beliefen sich die Kosten der GKV für ambulante Behandlung, ohne Heil- und Hilfsmittel zu berücksichtigen, auf nur € 528 Millionen.

207 Anteil ausschließlich stationärer Versorgung 9 % (vgl. KAP. 4.1.3).

208 Demgegenüber unterscheiden GLÄSER UND HENKE (1994) in Ihren Berechnungen, dass nur rund 50 % der Sportverletzungen ambulant versorgt werden, S. 319. Über das Ausmaß der Selbstversorgung und damit der Selbstmedikation bei Sportverletzungen waren keine Angaben verfügbar.

209 Vgl. GLÄSER UND HENKE (1994), S. 319.

10.1.2 Kosten stationärer Versorgung

Entsprechend den Auswertungen des Lehrstuhls für Sportmedizin an der Ruhr-Universität Bochum benötigen rund 9 % der Sportverletzten stationäre Versorgung.²¹⁰ Die durchschnittliche Verweildauer von Verletzten liegt mit 12,7 Tagen um 3,2 Tage höher als die durchschnittliche Verweildauer aller stationären Patienten (9,5 Tage). Als Kosten pro Pfl egetag wurde ein Wert von € 299,61 angesetzt. Dieser Wert trägt der Tatsache Rechnung, dass die Kosten pro stationären Fall eines Unfallverletzten mit € 3.805 höher sind als die durchschnittlichen Kosten pro stationären Fall mit € 3.112.²¹¹

In Tabelle 25 sind die geschätzten Kosten für die stationäre Behandlung von Sportunfallverletzten ausgewiesen.

Tabelle 25 : Stationäre Behandlungskosten bei Sportunfällen

Bereich des Unfalls	Sportverletzungen pro Jahr	Stationäre Fälle	Ø Verweildauer	Kosten pro Pfl egetag in Euro	Stationäre Behandlungskosten in Euro
Organisierter Sport	665.000	59.850	12,7	299,61	227.732.063
Nicht organisierter Sport	585.000	52.650	12,7	299,61	200.335.725
Gesamt	1.250.000	112.500	-	-	428.067.788

Quelle: Eigene Berechnungen; GLÄSER UND HENKE (2000), S. 5; GLÄSER UND HENKE (1994), S. 319; STATISTISCHES BUNDESAMT, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten, S. 13.

Aus Tabelle 25 wird deutlich, dass für die stationäre Versorgung von Personen auf Grund von Sportunfällen rund € 428 Millionen beträgt. Dabei entfielen auf die Versorgung von Sportunfällen im organisierten Bereich rund € 227 Millionen und im unorganisierten Bereich € 200 Millionen.

10.1.3 Krankengeld

Über alle Sportarten kann davon ausgegangen werden, dass 56 % aller verletzten Sportler berufstätig sind und davon 26 % länger als 6 Wochen unfallbedingt krank sind.²¹² Da keine Angaben zum Krankengeldbezug nach ICD-Diagnosen verfügbar sind²¹³,

210 Vgl. GLÄSER UND HENKE (1994), S. 319.

211 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, Kostennachweis der Krankenhäuser (1999), S. 9.

212 Vgl. HAUSER UND GLÄSER (1985), S. 82, unterstellen eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit bei Sportverletzten von 17,35 Tagen bzw. 100 Arbeitsstunden.

213 Die Krankheitsartenstatistik 1998 der AOK weist aus, dass die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei Luxationen (ICD 830-839) 34,73 Tage, bei Verstauchungen, Gelenk- und Muskelzerrungen (ICD 840-848) 16,88 Tage sowie bei Frakturen der oberen bzw. unteren Extremitäten 47,36 bzw. 51,03 Tage betragen.

wird von einer durchschnittlichen Dauer des Krankengeldbezugs von 10 Tagen ausgegangen. In Tabelle 26 sind die Kosten durch Arbeitsunfähigkeit infolge von Sportverletzungen ausgewiesen.

Tabelle 26 : Kosten durch Krankengeldzahlungen nach Sportverletzungen

Bereich des Unfalls	Sportverletzungen pro Jahr	Krankengeldbezieher	Ø Krankengeldtage bei Sportverletzten	AU – Tage mit Krankengeld	% Krankengeld bei 45 € pro Tag in Tsd. €
Organisierter Sport	665.000	96.824	10,00	968.240	43.570.800
Nicht organisierter Sport	585.000	85.176	10,00	851.760	38.329.200
Gesamt	1.250.000	–	–	–	81.900.000

Quelle: STATISTISCHES JAHRBUCH (2001) S. 602 ff.; Krankheitsartenstatistik 1998 und Angaben der AOK

Aus Tabelle 26 wird deutlich, dass die Krankengeldzahlungen auf rund Euro 82 Millionen für Sportverletzte beziffert werden können. In einem alternativen Berechnungsverfahren, bei dem die Summe aus der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (17,35 Tage) und der berufstätigen Sportverletzten ermittelt wird und 26 % davon als Krankengeldtage berechnet werden, beträgt das Volumen des Krankengeldes rund Euro 145 Millionen. Da jedoch keine Angaben zur Dauer von Krankengeldbezug nach ICD-Diagnosen vorliegen, können diese Abschätzungen kaum präzise bestimmt werden.

10.1.4 Gesamtkosten

Die Gesamtkosten, die in der Bundesrepublik pro Jahr für Sportverletzungen anfallen, können mit rund € 1,096 Mrd. angegeben werden. Dies ist in Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Aufteilung der Gesamtkosten der Sportunfälle nach Kostenarten

Versorgungsbereiche	Kosten pro Jahr in Mio. €	Anteil
Stationäre Behandlung	428	39,0 %
Ambulante Behandlung	587	53,6 %
Krankengeld	81	7,4 %
Summe	1.096	100 %

Quelle: Eigene Berechnungen.

Aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Daten können keine Aussagen bezüglich einer Verteilung der Kosten auf Tote, Schwerverletzte und Leichtverletz-

te gemacht werden. Allerdings kann festgestellt werden, dass mit durchschnittlichen Gesamtkosten pro Sportverletztem von rund € 1.400 gerechnet werden muss.

Aus Gründen der Datenerfassung in Deutschland ist es nicht möglich, eine Aussage zur Gesundheitsausgabenstruktur einzelner Sportarten zu machen. Aus den angegebenen Anteilen an den Unfällen im organisierten Sport können wegen des unterschiedlichen Verbreitungsgrads der Sportarten keine Rückschlüsse auf das Risiko gezogen werden. Es bleibt nur anzunehmen, dass mit großer Wahrscheinlichkeit Fußball als teuerster Sport gelten kann, da er zum einen der am weitesten verbreitete Sport ist und überdurchschnittlich von Männern betrieben wird.

Für die GKV bedeutet dies, dass zum einen die lineare Berechnung des Anteils der Kosten für Sportunfälle in der GKV aus den Angaben des SVR (2002/03) in Höhe von rund Euro 2,5 Milliarden bei einer differenzierteren Berechnungsweise nicht bestätigt werden kann. Die geschätzten Kosten für die medizinische Versorgung von Sportunfällen sowie die Krankengeldleistungen können nur auf rund Euro 1,1 Milliarden beziffert werden. Selbst bei einer Unsicherheit im Bereich der Krankengeldzahlungen dürften die Ausgaben kaum über Euro 1,3 Milliarden liegen. Dies bedeutet für die GKV, dass der Anteil der Ausgaben für Sportverletzungen an einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14,0 % lediglich rund 0,12 Beitragssatzprozentpunkte ausmacht. Diesem reinen Finanzierungsaspekt werden im Folgenden die Wirkungen sportlicher Aktivität qualitativ gegenübergestellt, die sich auch auf die Ausgaben der GKV positiv auswirken. Der Nettoeffekt ist bislang unbestimmt, da keine umfassende Nutzenbewertung sportlicher Aktivität erfolgte.

10.2 AUSWIRKUNGEN VON SPORT AUF DIE GESUNDHEIT

10.2.1 Wirkungen körperlicher Aktivität und Inaktivität

Durch eine zunehmende Technisierung und Automatisierung im Berufsleben und bei den Freizeitaktivitäten fand in Deutschland (ohne die neuen Bundesländer) von 1950 bis 1990 eine Reduzierung des täglichen Kalorienverbrauchs um durchschnittlich 400 kcal bei Männern und um 300 kcal bei Frauen statt.²¹⁴ »In der ca. 4,4 Millionen Jahre alten Menschheitsgeschichte stellen die heute lebenden Men-

214 Vgl. HOLLMANN (2002) S. 2.

schen die erste Generation dar, welche bei der Bewältigung ihrer Berufs- und Privataufgaben so geringe Energiemengen verbraucht, dass biologischen Mindestanforderungen nicht mehr genügt wird.«²¹⁵

Dies zeigt, dass in unserer Gesellschaft ein Missverhältnis zwischen der Aufnahme von Energie und dem oftmals sehr geringen Ausmaß körperlicher Aktivität besteht. Ein Überblick über die körperliche Aktivität, also das Sportverhalten der deutschen Bevölkerung, spiegelt unterschiedliche Aussagen verschiedener Untersuchungen wider. So ist davon auszugehen, dass in Deutschland 28,4 % (ca. 23 Millionen) der Bundesbürger regelmäßig, d.h. mehrmals im Monat, sportlich aktiv sind. Hiervon üben 13 Millionen Personen ihren Sport im Verein aus und 10 Millionen unorganisiert.²¹⁶ Dagegen weisen die Mitgliedszahlen des Deutschen Sportbundes (DSB) für das Jahr 2000 rund 23,4 Millionen Mitglieder auf. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von rund 28,5 %, ²¹⁷ wobei unorganisierte Sportler nicht erfasst sind. Andererseits werden in der Statistik auch die passiven Mitglieder mitgezählt.

Dass die Angaben widersprüchlich sind, zeigt eine Repräsentativbefragung des B.A.T.-Freizeitforschungsinstitutes²¹⁸ aus dem Jahr 1996, wonach nur rund 19 % der Bundesbürger zu den aktiven Sportlern zu zählen sind, d.h. mindestens einmal die Woche Sport treiben.²¹⁹ Hier wird deutlich, wie ausschlaggebend die Definition eines »Aktiven« oder »Gelegenheitssportlers« ist. Üblicherweise wird folgende Einteilung verwendet, um bestimmen zu können, welche Aktivitätsgrade die Bevölkerung aufweist.

Tabelle 28: Körperliche Aktivität der Bevölkerung

inaktiv – gering	< 2 mal/Monat
moderat aktiv	1-2 mal/ Woche
aktiv – hochaktiv	mind. 3 mal/ Woche

Quelle: Weiß (1999), S. 11.

Dieses Schema wird vergleichend auf zwei repräsentative Studien angewandt mit dem Ziel, die Differenzen in den Schätzungen aufzuzeigen und um praktikable Mittelwerte zu finden (siehe Abb. 19)

215 HOLLMANN (2002) S. 2.

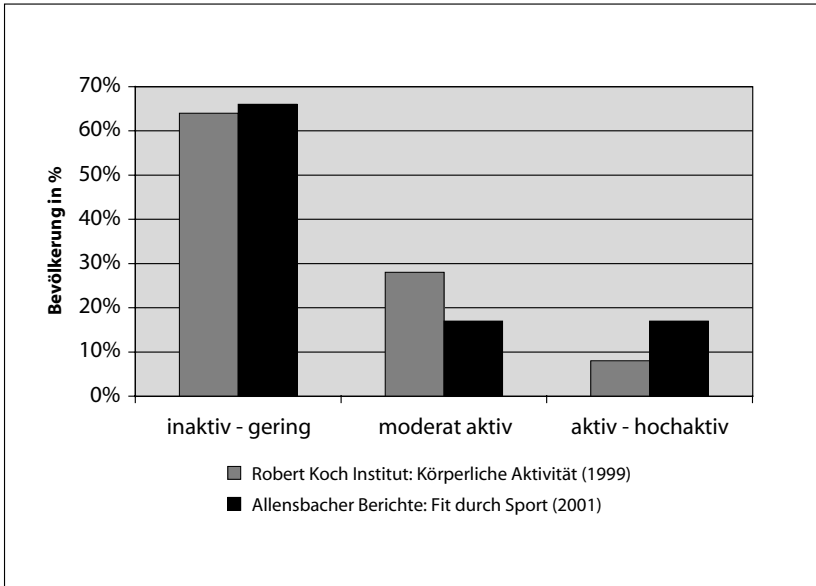
216 Vgl. GLÄSER UND HENKE (2001) S. 5.

217 STATISTISCHES BUNDESAMT (2001), S. 426.

218 BRITISH -AMERICAN TOBACCO.

219 Vgl. OPASCHOWSKI (1996), S. 12.

Abbildung 18: Sportausübung in Deutschland

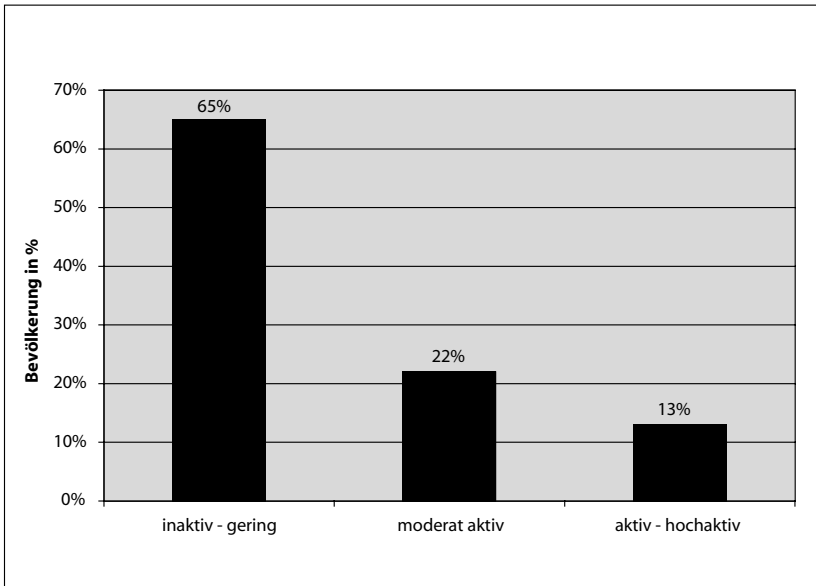


Quelle: Eigene Darstellung nach MENSINK (1999) sowie ALLENSBACHER INSTITUT (2001).

Wenn die ausgewiesenen Studien verglichen werden, so ergeben sich einige Unterschiede vor allem in der Gruppe der hochaktiven Sportler (8 % bei Mensink und 17 % Allensbacher Institut). Hier liegt das Problem daran, dass die 17 % bei Allensbacher Institut als »mehrmals pro Woche«²²⁰ ausgewiesen sind. Da »mehrmals pro Woche« nicht gleich »mind. 3 mal pro Woche« ist, muss hier die Zahl im Sinne dieser Berechnungen nach unten korrigiert werden.

220 ALLENSBACHER INSTITUT (2001), S. 2.

Abbildung 19: Sportausübung in Deutschland (gemittelte Werte)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Werte aus den ausgewiesenen Studien ergeben gemittelt die in dargestellten Verhältnisse. Diese Verteilung soll im weiteren Verlauf der Betrachtung herangezogen werden.

10.2.1.1 Epidemiologische Erhebung körperlicher Aktivität

Körperliche Aktivität ist von der Skelettmuskulatur erzeugte körperliche Bewegung, die zu einem Anstieg des Grundumsatzes des Stoffwechsels führt. Diese basale metabolische Rate (BMR) wird in metabolischen Äquivalenten (MET) gemessen, wobei ein MET ca. 1 kcal entspricht, sowie mit einer Sauerstoffaufnahme von ca. 3,5ml/min/kg Körpergewicht einhergeht. Körperliche Aktivität ist also messbar und durch METs quantifiziert. Zur Erhebung stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Zum einen die Erfassung der körperlichen Aktivität und zum anderen die Erfassung der körperlichen Fitness. Erstere wird durch Selbsteinschätzung der Befragten ermittelt und ist dadurch gut geeignet für langfristige systematische Untersuchungen. Körperliche Fitness hingegen ist eine genauere Methode, bei der Probanden im Labor ihre maximal möglichen

Laufbandzeiten ermitteln. Die zweite Methode ist für epidemiologische Untersuchungen eher ungeeignet.²²¹

10.2.2 Zusammenhang zwischen Sport und den häufigsten Krankheitsarten

10.2.2.1 Kardiovaskuläre Wirkung körperlicher Aktivität

Die Auswirkung von körperlicher Aktivität und ihre Wirkung auf koronare Herzkrankungen stehen schon seit etwa 30 Jahren im Blickfeld der medizinischen Forschung.²²² Der Großteil der Studien kommt dabei zu dem Ergebnis, »that physical activity has a protective effect against coronary heart disease.«²²³ Aufgrund einer Metaanalyse kamen Powell et al. (1987) zu dem Schluss einer »kausalen Beziehung zwischen sitzendem Lebensstil und vergrößertem Risiko einer koronaren Herzerkrankung.«²²⁴ In einer weiteren Metaanalyse kamen Berlin und Colditz auf einen Risikofaktor von 1,9 für inaktive Personen gegenüber aktiven Personen. Das bedeutet, dass sich mit körperlicher Aktivität das Risiko, eine koronare Herzerkrankung zu erleiden, nahezu halbieren lässt.²²⁵ Körperliche Aktivität verringert die allgemeine und die kardiovaskuläre Mortalität ebenso wie das Schlaganfallrisiko.²²⁶

Die positiven Aspekte sportlicher Aktivität auf das kardiovaskuläre System werden üblicherweise operationalisiert mittels der Berechnung der Relative-Risk-Werte (RR). Das Maß des »Relative Risk« bezieht sich auf das relative Risiko der Erkrankung (Morbidität) bzw. des Todes (Mortalität). Das Risiko inaktiver Personen wird mit 1 definiert. Die Werte der Gruppen mit größerer Aktivität werden in Beziehung gesetzt zu dem Normwert 1 dieser Gruppe. So bedeutet $RR = 0,5$, dass das Risiko einer Erkrankung bzw. des Todes für die Gruppe nur halb so hoch ist wie für die Inaktiven. Die Gruppe der niedrigsten Aktivität ist immer mit 1 gesetzt, sie wird jedoch nicht extra angeführt, es werden nur die Risikowerte der Gruppen höherer Aktivität angegeben. In den folgenden Darstellungen wird allerdings das relative Risiko invers dargestellt, so dass deutlich wird, wie mit steigender Aktivität das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko vermindert wird.²²⁷

221 Vgl. WEIß (1999), S. 15.

222 SOBOLSKI ET AL. (1987), S. 601.

223 BERLIN UND COLDITZ (1990), S. 612.

224 POWELL ET AL. (1987), S. 253.

225 BERLIN UND COLDITZ (1990), S. 621.

226 Vgl. MAYER ET AL. (2001).

227 Vgl. WEIß (1999), S. 18.

10.2.2.2 Körperliche Aktivität und Krebsrisiko

Krebserkrankungen gehören in Deutschland zwischen dem 15. und 70. Lebensjahr mit 35,5 % statistisch zur häufigsten Todesursache. Sie übertreffen in diesem Intervall sogar die Sterberate der Herz-Kreislauftoten (31,3 %).²²⁸ Insgesamt unterliegt das Risiko, verschiedene Krebserkrankungen zu erleiden, einer Vielzahl von Faktoren wie bspw. Lebensgewohnheit und Ernährung, so dass eine Metaanalyse der DEUTSCHEN SPORHTHOCHSCHULE Köln teilweise widersprüchliche Ergebnisse zutage förderte. Aus den einbezogenen internationalen Studien kommen 20 zu dem Ergebnis eines geringeren Krebsrisikos für sportlich Aktive. Neun Studien finden keinen Zusammenhang und sechs Forschungsarbeiten stellen ein erhöhtes Krebsrisiko bei Sportlern fest. Dabei weisen diese Studien teilweise keine geeignete Validität und Reliabilität auf.²²⁹ Insgesamt lässt sich die optimale Ausprägung von sportlicher Aktivität nur ungenau wiedergeben. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass ein mittlerer Aktivitätslevel optimal im Hinblick auf die protektive Wirkung gegenüber Krebs ist.²³⁰ Positive Effekte physischer Aktivität ließen sich für Colon-, Lungen-, Brust-, Prostata-, Ovar-, Uterus- und Hodenkrebs nachweisen.

Wie genau das Wirkungsmodell des Sporttreibens im Krebsfall aussieht, ist empirisch noch ungeklärt, es gibt aber Indizien, dass »Sport eine stimulierende Wirkung auf das Immunsystem hat und damit der Abwehr von Krebszellen dienen kann.«²³¹ Bei Darm- (vor allem Colon-Krebs) und Brustkrebs lassen sich die besten Präventionsergebnisse durch sportliche Aktivität erzielen.

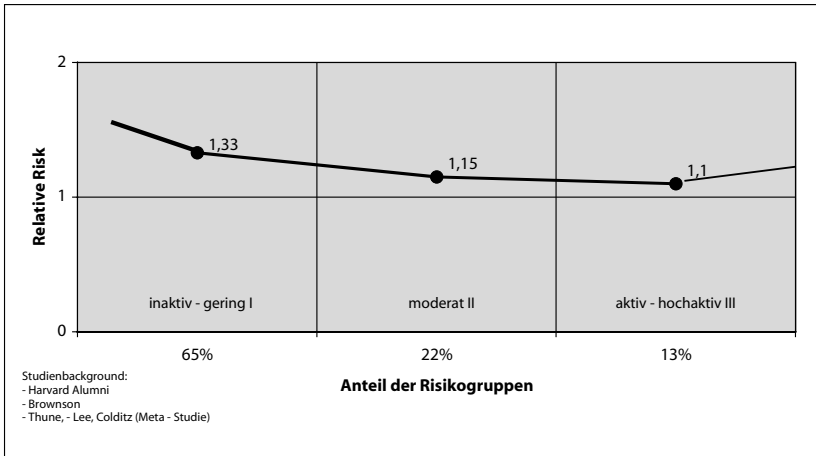
228 Vgl. DEUTSCHE SPORHTHOCHSCHULE KÖLN (1995), S. 86.

229 Vgl. DEUTSCHE SPORHTHOCHSCHULE KÖLN (1995) S. 91.

230 Vgl. GAMMON (1998), S. 115.

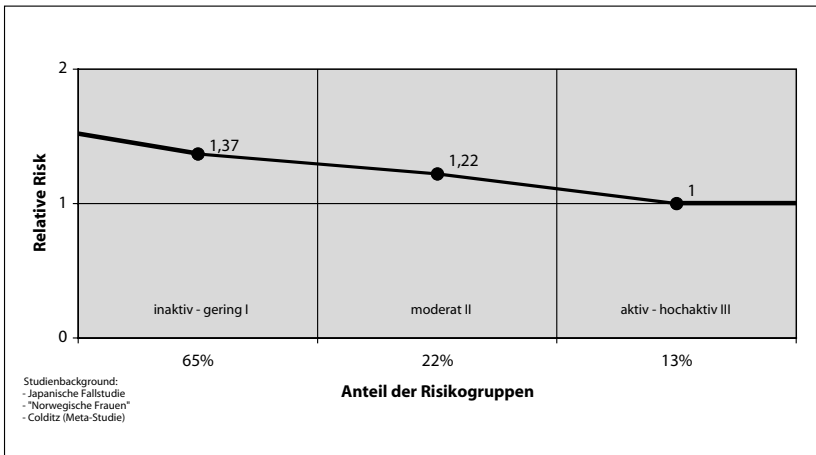
231 Vgl. WEIß (1999), S. 22.

Abbildung 20: Relative Risk -Verteilung Darmkrebs (Morbidität)



Quelle: WEIB (1999), S. 36.

Abbildung 21: Relative Risk -Verteilung Brustkrebs (Morbidität)



Quelle: WEIB (1999) S. 37.

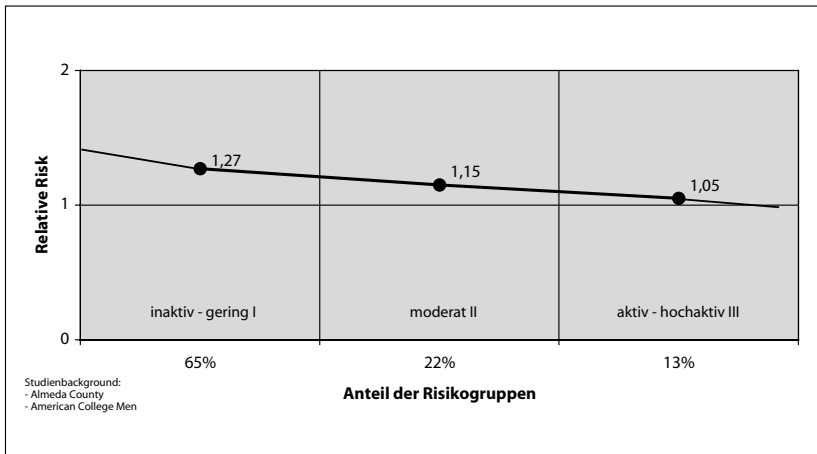
10.2.2.3 Körperliche Aktivität und depressive Krankheitsbilder

Die Forschungen über den Einfluss von Sport auf die subjektive Befindlichkeit begannen schon in den 70er Jahren. Studien, die sich auf das Ausdauerlaufen

bezogen, prägten Begriffe wie »runners high« oder »feel-better-phenomenon«. Seit den 80er Jahren wurden verschiedenste Studien erarbeitet, die versuchen, die positiven Effekte körperlicher Aktivität zu verifizieren. Eine genauere Betrachtung dieser Theorien ist in diesem Rahmen allerdings nicht möglich.

In einer themenübergreifenden Studie schildert BROOKS (1997) zusammenfassend die Ergebnisse von über 40 internationalen Studien zum Thema Sport und psychische Krankheit. So konnte in nahezu allen Studien ein günstiger Einfluss von Ausdauertraining auf psychische Parameter wie Ängstlichkeit, Depressivität, Selbstbewusstsein, Konzentrationsfähigkeit und Stressbewältigung festgestellt werden.²³² Die Heterogenität der Krankheitsbilder erschwert allgemeine Aussagen zur Primärprävention. Sport erhöht jedoch allgemein die Körperwahrnehmung, das Selbstkonzept, die soziale Kompetenz durch gesteigerte Gruppenfähigkeit und den Kohärenzsinn, so dass eine Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Erkrankungen aufgebaut wird.²³³

Abbildung 22: Relative Risk -Verteilung depressiver Krankheitsbilder



Quelle: WEIß (1999) S. 36.

232 Vgl. BROOCKS (1997), S.379.

233 Vgl. WEIß (1999), S. 25 ff.

10.2.2.4 Körperliche Aktivität und Osteoporose

Im Zusammenhang mit Osteoporose geben neuere Studien darüber Aufschluss, dass körperliches Training wahrscheinlich Einfluss auf den Mineralgehalt der Knochensubstanz hat. Es kann zur Festigung der Knochensubstanz beitragen.²³⁴ Gerade Frauen nach der Menopause leiden unter gravierenden Auswirkungen der Osteoporose, der Fraktur des Oberschenkelhalses oder der Hüfte. JOHNELL et al. (1995) wiesen in einer epidemiologischen Studie unter südosteuropäischen Frauen nach, dass regelmäßige physische Aktivität das Risiko einer Hüftfraktur vermindert.

10.2.2.5 Körperliche Aktivität und Rückenschmerz

Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes stehen in Deutschland auf dem ersten Platz in Hinsicht auf Arbeitsunfähigkeitstage. Im Jahr 2000 gab es in Deutschland rund 15.000 Frühverrentungen auf Grund von Dorsoopathien.²³⁵ Außerdem spielten Dorsoopathien 1998 mit rund 600.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren eine herausragende Rolle im Bereich der Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen.²³⁶

In einer Metastudie über Rückenschmerzen wurde durch die Autoren festgestellt, dass aktive Personengruppen weniger Arbeitstage verloren und weniger Tage von Rückenschmerzen geplagt wurden. In sieben Studien wurde festgestellt, dass es »signifikante Zusammenhänge zwischen erhöhter Fitness und Beweglichkeit und verminderten Rückenschmerzen«²³⁷ gab. Lediglich vier Studien konnten diese Effekte nicht nachweisen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Sport einen nicht abstreitbaren protektiven Effekt gegen Rücken- und Bandscheiben-Probleme hat, sowie dass er als unverzichtbares Therapeutikum bei muskulären Verspannungen und funktionellen Überbelastungen dient.²³⁸

234 Vgl. KNOLL (1997), S. 48.

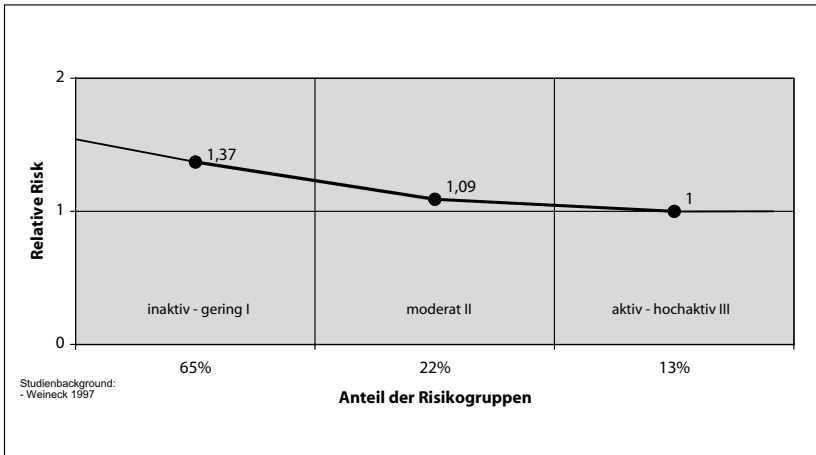
235 Vgl. BREUER (2002), S. 2.

236 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2000), S. 7.

237 WEIß (1999), S. 27.

238 WEIß (1999), S. 28.

Abbildung 23: RR – Verteilung für Diskopathien und Dorsopathien (Morbidität)



Quelle: WEIB (1999), S. 34.

10.2.2.6 Körperliche Aktivität und Diabetes

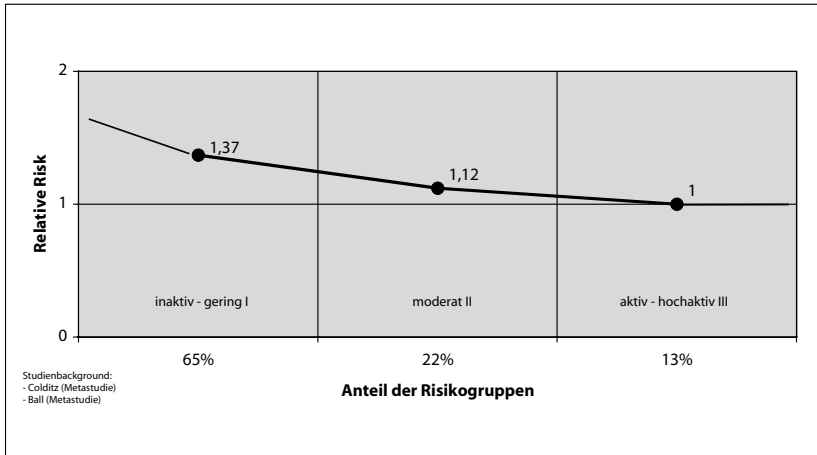
Als metabolische Wirkungen körperlicher Aktivität, die wichtige Faktoren für die Volkskrankheit Diabetes sind, gelten ein erhöhter Glucose-Spiegel sowie ein verringerter des Insulinspiegels.²³⁹

Bei einem Überblick über verschiedene internationale Studien zu diesem Thema kommt KNOLL (1997) zu dem Schluss, dass intensive körperliche Arbeit diese beiden Effekte verursacht. Des Weiteren kann bei Typ II Diabetikern durch Sport auf die krankheitsbedingten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Übergewicht) eingewirkt werden. Dem Typ II Diabetes an sich kann Sport allerdings nur vorbeugen, denn ist die Krankheit erst vorhanden, kann eine rehabilitative Wirkung nur bei einer sehr großen kontinuierlichen körperlichen Aktivität nachgewiesen werden (25-30 km Laufleistung pro Woche mit einer Intensität von 70-80 % des maximalen Sauerstoffaufnahmevermögens).²⁴⁰

239 Vgl. KNOLL (1997) S. 45.

240 Vgl. KNOLL (1997) S. 48.

Abbildung 24: Relative Risk – Verteilung bei Diabetes II und diabetisch bedingten Gefäßkrankheiten (Morbidität)



Quelle: Weiß (1999) S. 35.

10.2.2.7 Körperliche Aktivität und Gesamtmortalität

»There is a widespread and longstanding popular belief that adequate physical exercise is necessary to preserve life and its desirable qualities into old age. Discussions of this thesis date back to antiquity and have intensified in recent times.«²⁴¹

Wie es sich darstellt, wenn Individuen zwar körperlich aktiv sind, aber andere Risikofaktoren verschiedener Krankheiten aufweisen, wurde in verschiedenen epidemiologischen Studien untersucht. So beobachteten PFAFFENBARGER (1986) UND BLAIR ET AL. (1995) die Auswirkungen sportlicher Tätigkeiten auf die allgemeine Lebenserwartung (Gesamtmortalität oder »All-Cause-Mortality«) bei Patienten mit anderen Risikofaktoren. Beide kamen zu dem Ergebnis, dass unabhängig von anderen Risikofaktoren der Probanden (Hypertonie, Rauchen etc.) die Steigerung der Aktivität die Wahrscheinlichkeit des Todes verringerte. Den größten Nutzen erzielten dabei die bis dato Inaktiven, wenn sie sich wenigstens zu einer leichten dauerhaften sportlichen Aktivität entschließen. Auch schon aktive Probanden bewirkten eine Verringerung des Risikos, wenn sie noch aktiver wurden, allerdings

241 Vgl. PFAFFENBARGER (1986), S. 606 ff.

war dies im Ergebnis prozentual geringer.²⁴² Es wurde ebenso festgestellt, dass auch im Alter ein Umstieg auf einen sportiveren Lebensstil die Lebenserwartung noch deutlich erhöhen kann. Sowie dass durch regelmäßigen Sport ein Proband mit Risikofaktoren eine bessere Lebenserwartung haben kann als eine inaktive Person, die diese Risikofaktoren nicht trägt.²⁴³

242 Vgl. PAFFENBARGER (1986), S. 606.

243 Vgl. WEIß (1999) S. 20.

11 EINZELLEISTUNGEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Aus der Diskussion über Ausgrenzungen von Leistungen der GKV auf der Ebene des im SGB V festgelegten Makroleistungskatalogs wurde deutlich, dass die größten Ausgabenbereiche die stationäre Versorgung mit einem Anteil an den GKV-Ausgaben in Höhe von rund 32,5 % (Stand 1999) und die ambulante Versorgung niedergelassener Vertragsärzte mit rund 15,9 % (Stand 1999) darstellen. In Bezug auf die ambulante Versorgung sind dabei von niedergelassenen Ärzten veranlasste Ausgaben nicht berücksichtigt. Zu den Leistungen, die zu Diagnose und Therapie zählen, gehören u.a. Ausgaben in den Bereichen Arznei-, Verband- und Heilmittel aus Apotheken (Anteil an den GKV-Ausgaben 13,5 %), Massagen (0,5 %), Krankengymnastik (1,4 %), Behandlung durch sonstige (7,4 %), Heil- und Hilfsmittel von Orthopäden, Orthopädietechnikern oder Orthopädieschuhmachern (1,5 %) sowie sonstige Heil- und Hilfsmittel ohne Dialysebedarf (2,6 %).²⁴⁴

Obgleich eine Ausgliederung der Leistungsbereiche stationäre Versorgung und ambulante ärztliche Versorgung außer Frage stehen dürfte, soll im Folgenden für die ambulanten ärztlichen Leistungen beschrieben werden, welche Umsatzvolumina der Vertragsärzte und damit, welche Ausgaben der GKV 1999 (Angaben jeweils in DM) durch die 20 am häufigsten abgerechneten Einzelleistungen²⁴⁵ entstanden. Im Prinzip erscheint es für eine Entscheidung über Einsparungen im System der GKV mittels Ausgliederungen von Leistungen auch von Bedeutung, nicht nur über die Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche zu befinden, sondern Elemente der Leistungsbereiche sowie deren Struktur zu betrachten.

In Tabelle 29 sind die Anteile der Ausgaben für die verschiedenen Facharztgruppen an den Gesamtausgaben der GKV dargestellt.

244 Heil- und Hilfsmittel für Dialyse verursachten alleine im Jahr 1999 rund 1,1 % der Ausgaben der GKV.

245 Frequenzstatistik der KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG für das Jahr 1999.

Tabelle 29: Anteil der Ärztehonorierung an den Gesamtausgaben der GKV nach Facharztgruppen, Angaben in Prozent

Facharztgruppe	Anteil des Arzthonorars an den GKV-Ausgaben
Allgemeinmediziner	4,44 Prozent
Urologen	0,38 Prozent
Radiologen	0,78 Prozent
Orthopäden	0,87 Prozent
Nervenärzte	0,38 Prozent
Kinderärzte	0,59 Prozent
Internisten	2,71 Prozent
Hautärzte	0,41 Prozent
HNO-Ärzte	0,54 Prozent
Frauenärzte	0,91 Prozent
Chirurgen	0,53 Prozent
Augenärzte	0,76 Prozent
Anästhesisten	0,24 Prozent

Quelle: Eigene Berechnungen, Frequenzstatistik KBV.

Aus Tabelle 29 wird deutlich, dass die Allgemeinmediziner mit einem Anteil von 4,4 % an den Gesamtausgaben der GKV den größten Teil des ärztlichen Honorars in der GKV auf sich vereinigen. Es folgen mit 2,7 % die Facharztgruppe der Internisten und mit größerem Abstand die Frauenärzte (0,91 %) sowie Orthopäden (0,87 %) und Radiologen (0,78 %). Die geringsten Umsatzvolumina realisieren Urologen (0,38 %), Nervenärzte (0,38 %) sowie Anästhesisten (0,24 %)

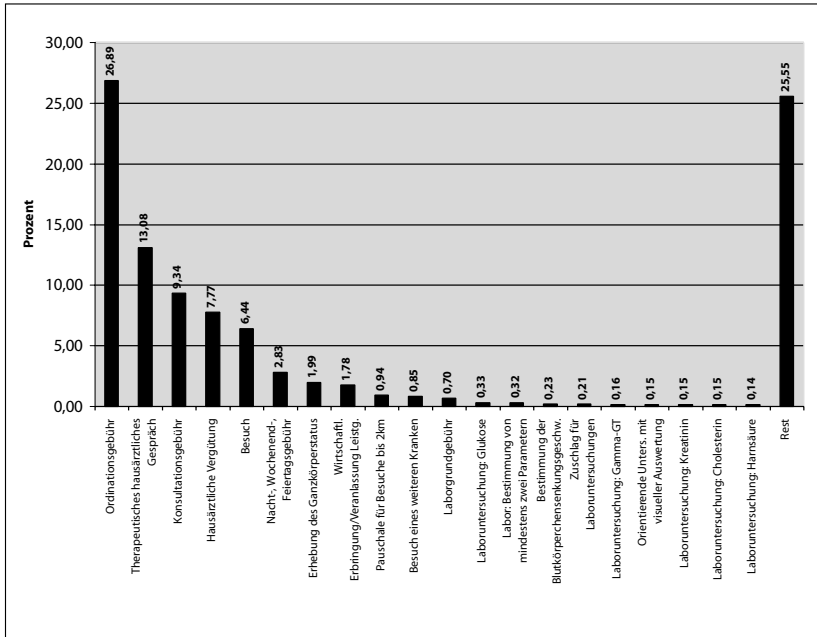
11.1 EINZELLEISTUNGSPOSITIONEN NACH UMSATZVOLUMEN

In den folgenden Abbildungen sind für Allgemeinmediziner, Internisten, Frauenärzte, Orthopäden, Radiologen und Augenärzten die 20 jeweils häufigsten Einzelleistungen und die zusammengefassten übrigen Leistungen (Rest) nach Umsatzvolumen geordnet dargestellt.

Die Ordinationsgebühr, die häufig abgerechnet wird, ist nur bei unmittelbarem persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt und nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Telefonische oder persönliche (außer der mit der Ordinationsgebühr berechneten) Inanspruchnahmen des Arztes können nur als Konsultationsgebühr abgerechnet werden. Die beiden Leistungen können wie auch die Verwaltungsgebühr (EBM-Ziffer 3) nicht nebeneinander abgerechnet werden.

In Abbildung 25 ist ausgewiesen, wie sich die Vergütungshöhen (Umsatz) je Einzelleistung für die 20 häufigsten Einzelleistungen bei Allgemeinmedizinern darstellen.

Abbildung 25: Umsatzvolumen der Einzelleistungen – Allgemeinmediziner

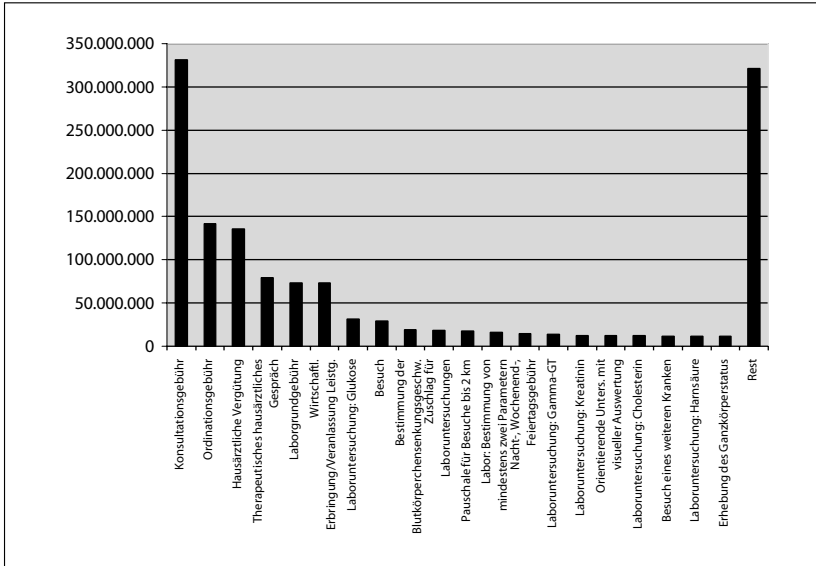


Quelle: Eigene Berechnung, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Aus Abbildung 25 geht hervor, dass rund 27 % des Umsatzes der Facharztgruppe Allgemeinmedizin auf die Ordinationsgebühr, 13 % auf ein therapeutisches hausärztliches Gespräch und rund 9 % auf die Konsultationsgebühr entfallen. Der Gesamtumsatz dieser Facharztgruppe betrug im Jahr 1999 rund DM 11 Mrd., was einem Anteil von rund 4,4 % an den gesamten GKV-Ausgaben entsprach.

Im Vergleich zum Umsatz sind in Abbildung 26 die Häufigkeiten der Einzelleistungen ausgewiesen.

Abbildung 26: Häufigkeit der abgerechneten Einzelleistungen – Allgemeinärzte

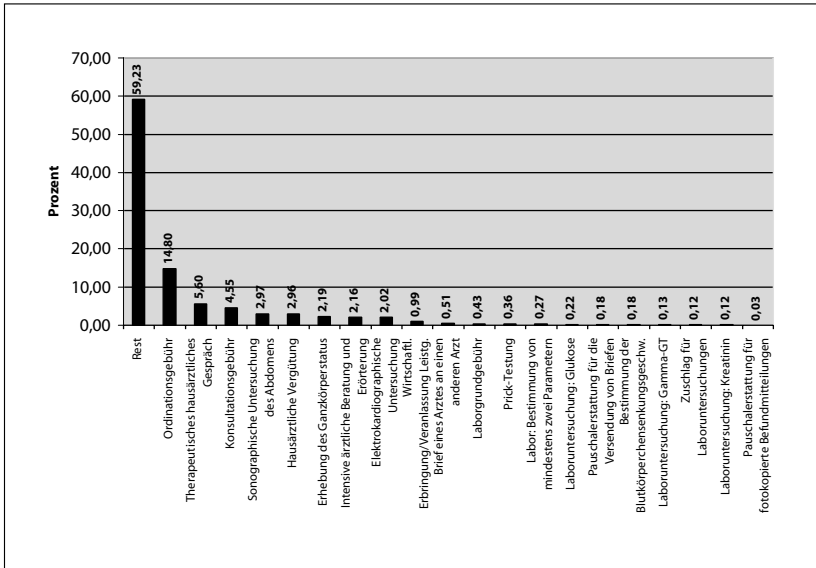


Quelle: Eigene Berechnungen, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Aus Abbildung 26 geht hervor, dass die Konsultationsgebühr mehr als doppelt so häufig abgerechnet wurde als die Ordinationsgebühr. Die Abrechnung dieser Ziffer entspricht weitgehend dem Umfang in dem sonstige mit Rest bezeichnete Einzelleistungen erbracht wurden.

In Abbildung 27 sind die Umsatzvolumina der Einzelleistungen bei Internisten ausgewiesen.

Abbildung 27: Umsatzvolumen der Einzelleistungen – Internisten (Angaben in Prozent)

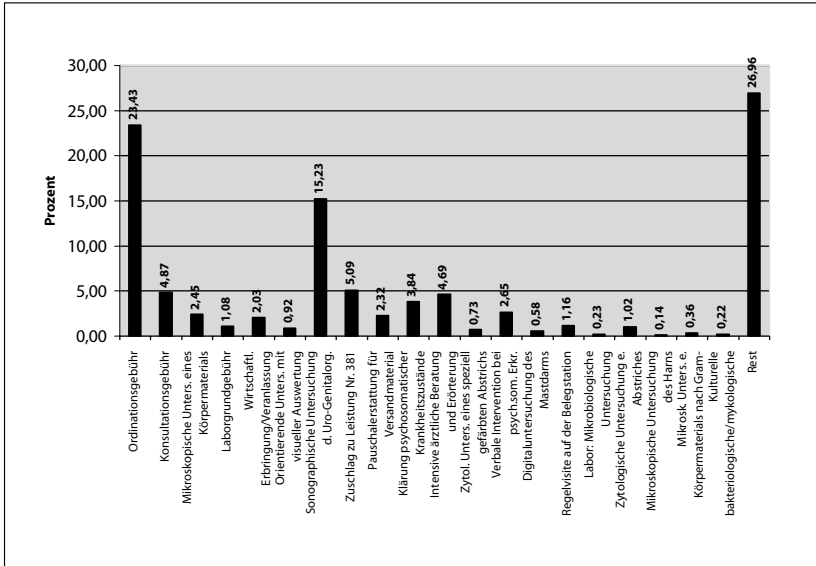


Quelle: Eigene Berechnungen, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Aus Abbildung 27 wird ersichtlich, dass der weitaus größte Teil des Umsatzes von Internisten aus Leistungen resultiert, die nicht sehr häufig abgerechnet werden. Lediglich rund 15 % des Umsatzes entfallen auf die Ordinationsgebühr.

In Abbildung 28 ist das Umsatzvolumen der 20 häufigsten Einzelleistungen bei Frauenärzten dargestellt.

Abbildung 28: Umsatzvolumen der Einzelleistungen – Frauenärzte (Angaben in Prozent)

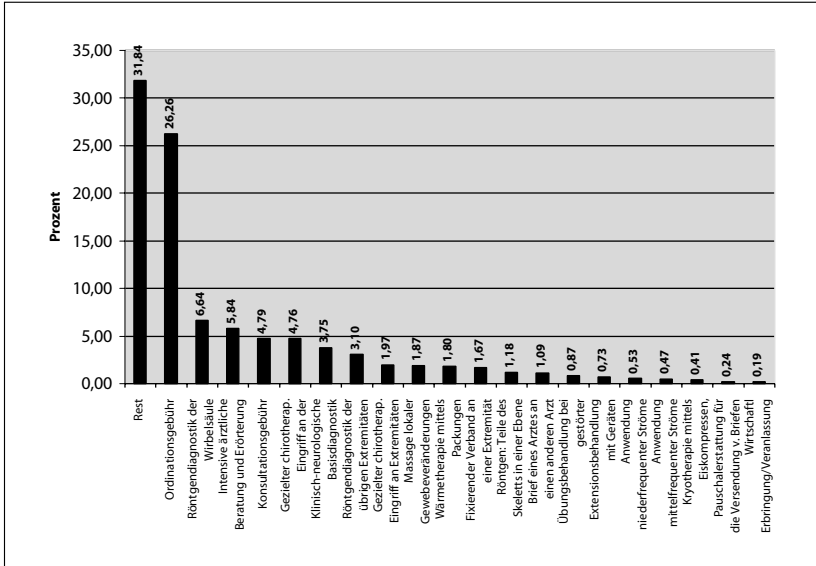


Quelle: Eigene Berechnung, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Aus Abbildung 28 wird deutlich, dass die Umsätze aus Ordinations- und Konsultationsgebühren dem Umsatz aller Einzelleistungen entspricht, die neben den 20 in der Abbildung bezeichneten Leistungen abgerechnet werden. Mit 15 % trägt die sonographische Untersuchung der Uro-Genitalorgane wesentlich zum Einkommen der Frauenärzte bei.

In Abbildung 29 sind die Umsatzvolumina der 20 häufigsten Einzelleistungen bei Orthopäden ausgewiesen.

Abbildung 29: Umsatzvolumen der Einzelleistungen – Orthopäden (Angaben in Prozent)

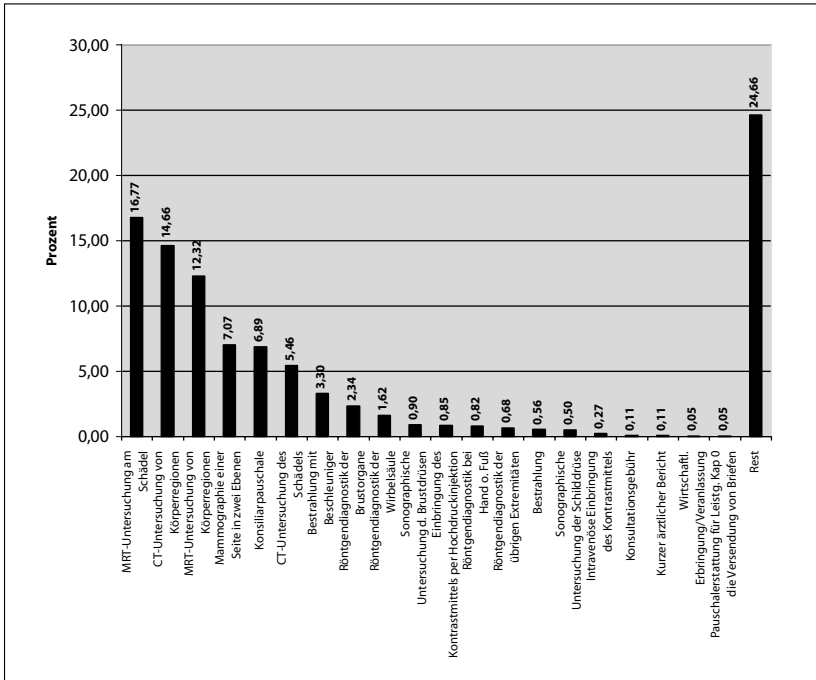


Quelle: Eigene Berechnung, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Die Umsätze aus Ordinationsgebühr und Röntgendiagnostik der Wirbelsäule entsprechen mit rund 31 % den gesamten Umsätzen der Einzelleistungen, die in der Abbildung nicht erfasst sind. Zudem wird deutlich, dass die 20 häufigsten Leistungen 70 % des Umsatzes von Orthopäden bilden.

Die Umsatzvolumina der 20 häufigsten Einzelleistungen bei Radiologen sind in Abbildung 30 dargestellt.

Abbildung 30: Umsatzvolumen der Einzelleistungen – Radiologen (Angaben in Prozent)

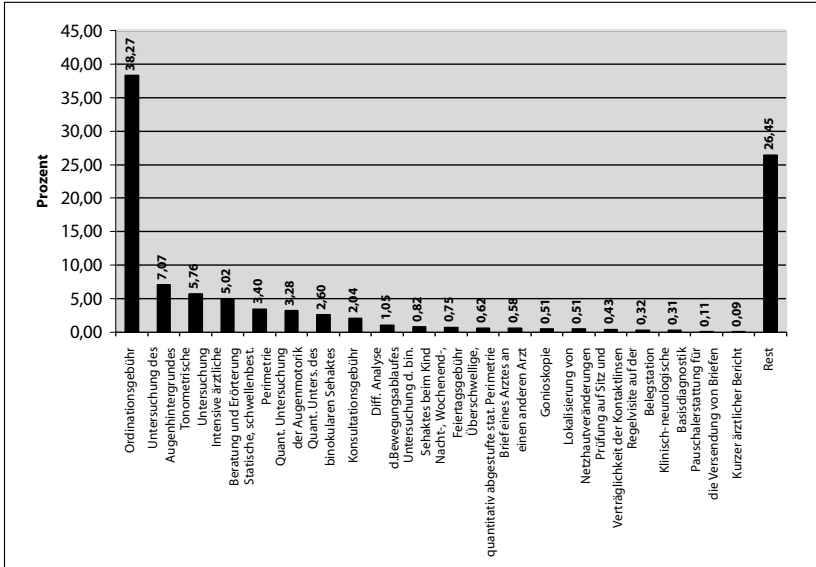


Quelle: Eigene Berechnung, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Aus Abbildung 30 wird deutlich, dass Radiologen rund 75 % ihres Umsatzes mittels der 20 häufigsten Einzelleistungen realisieren. Mit 16,7 % des Umsatzes und mit 14,6 % des Umsatzes spielen magnetresonanztomographische Untersuchungen des Schädels und computertomographische Untersuchungen von Körperregionen eine besondere Bedeutung.

In Abbildung 31 ist das Umsatzvolumen der Einzelleistungen für die Augenärzte dargestellt.

Abbildung 31: Umsatzvolumen der Einzelleistungen – Augenärzte (Angaben in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnung, FREQUENZSTATISTIK KBV.

Aus Abbildung 31 geht hervor, dass rund 38 % des Umsatzes der Facharztgruppe der Augenärzte auf die Ordinationsgebühr entfällt. Auch hier schaffen die 20 häufigsten Einzelleistungen rund 75 % des Umsatzes dieser Facharztgruppe.

11.2 ZUSAMMENFASSUNG

Aus den Abbildungen wird deutlich, dass die meisten Facharztgruppen die weitaus größten Teile ihrer Umsätze durch Ordinations- (EBM-Ziffer 1) und Konsultationsgebühren (EBM-Ziffer 2) erzielen. Ferner wird erkennbar, dass der Umsatzanteil, der sich auf die 20 häufigsten Einzelleistungen bezieht, zwischen den Facharztgruppen zum Teil erheblich differiert. Während Allgemeinmediziner, Augenärzte und Radiologen rund 75 % und Frauenärzte sowie Orthopäden rund 70 % ihrer Umsätze bzw. Honorare aus der Vergütung der jeweils 20 häufigsten Einzelleistungen beziehen, beträgt dieser Anteil bei Internisten nur 40 %. Es wird jedoch auch deutlich, dass auf der Ebene des Mikroleistungskatalogs Möglichkeiten zu Einsparungen bei Einzelleistungen nur getroffen werden können bei

Kenntnis, wie Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Eine Ausgliederung von Einzelleistungen lässt kaum relevante Einsparpotentiale vermuten und würde vielmehr relevante Versorgung gefährden. Somit können Einsparungen auf der Ebene des Mikroleistungskatalogs eigentlich nur sinnvoll über Disease-Management-Programme realisiert werden, die auf rationalen Kriterien wie der Evidence-based Medicine beruhen. Die dynamischen Wirkungen, die mit einer isolierten Ausgliederung einer ärztlichen Leistung verbunden wären, entziehen sich einer Quantifizierung und können so kaum abgeschätzt werden.

Stärker marktliche und wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen sollen nach Meinung ihrer Befürworter dazu beitragen, die Präferenzen der Patienten besser zu berücksichtigen und die Versorgungsqualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dies entspricht auch der Sicht, dass kollektive Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nicht nur die Therapiefreiheit einschränken, sondern auch die individuellen Erfordernisse und Wünsche der Patienten unzureichend berücksichtigen.

In der GKV hat der Patient bis auf Zuzahlungen keine Kosten bei ärztlicher Versorgung zu tragen. Diese »Null-Preis-Politik« der GKV verfolgt mithin das Ziel, unteren Einkommenschichten die Versorgung mit medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Das umlagefinanzierte System der GKV mit Versicherungszwang begründet sich in »der Heranführung unterer Schichten (mit vergleichsweise überproportional schlechter Risikostruktur) an den Konsum medizinisch-technischer Güter und Leistungen.«²⁴⁶ So sollen auch zahnärztliche Leistungen, wenn sie erforderlich sind, ohne Ansehen der wirtschaftlichen Situation dem Patienten verfügbar sein. Aus der Sozialepidemiologie ist bekannt, dass Angehörige unterer Einkommens- und Bildungsschichten ein höheres Krankheitsrisiko haben und somit mehr Gesundheitsleistungen benötigen. Zugleich verfügen diese Bevölkerungsgruppen über geringere finanzielle Möglichkeiten, Gesundheitsleistungen selbst zu finanzieren. Durch die Regelung in der GKV werden diese Personen in die Lage versetzt, ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, von denen sie ohne die Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund eines zu geringen Einkommens ausgeschlossen wären.

Dies schließt jedoch nicht aus, dass alle Versicherten zu individueller Vorsorge angehalten werden. Selbstbeteiligungsregelungen können hierzu ein Stück weit beitragen. Allerdings sollten diese unter Beachtung von Belastungsgrenzen (Überforderung/Härtefälle) nur für (Teil-)Leistungen gelten, bei denen der Patient entweder durch sein Verhalten Einfluss auf die Krankheitsentstehung hat oder ähnlich

246 SCHULZ-NIESWANDT (1989), S. 294.

wie bei Konsumgütern der Patient weitgehend selbst einschätzen kann, welche Leistungen in welchem Umfang für ihn sinnvoll sind.

Da 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert sind, resultiert der größte Teil des ärztlichen und zahnärztlichen Umsatzes aus der Versorgung von GKV-Patienten. Damit beruht das bisherige Honorarvolumen der Zahnärzte- und Ärzteschaft wesentlich auf der realisierten Inanspruchnahme (zahn)ärztlicher Versorgung durch die Versicherten unter der »Null-Preis« -Bedingung und dem damit bestehenden kostenfreien Zugang.

Alleine deshalb erscheint es erforderlich, Folgen einer vollständigen Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der GKV für die Zahnärzte- und Ärzteschaft und für den einzelnen Arzt bzw. Zahnarzt zu betrachten. Eine Ausgliederung von Leistungsbereichen bedeutet einerseits Therapiefreiheit auf diesem Gebiet und andererseits, dass die Krankenkassen von einer Zahlungsverpflichtung frei sind. Da die Preise bei Abrechnung nach GOÄ bzw. GOZ deutlich von Null verschieden sein werden, wird sich die Nachfrage danach ausrichten. Und nach allem, was die ökonomische Theorie lehrt und empirische Untersuchungen belegen, wird eine Erhöhung der Honorare für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen oder der Preis für Güter und Dienstleistungen, die diagnose- und therapie relevant sind, tendenziell zu einer verringerten Inanspruchnahme und zu einem Rückgang der Nachfrage insgesamt führen.

In einem privaten Vertragsverhältnis zwischen Patient und (Zahn-)Arzt wird die Nachfrage nach Leistungen auf Grund des höheren Preisniveaus zurückgehen. Die Unterschiede der Honorarvolumina zwischen den (Zahn-)Ärzten werden mit darüber entschieden, ob der (Zahn-)Arzt eine »gute«, kaufkräftige und -bereite Klientel hat oder eine »weniger günstige« Klientel. Sicherlich trägt auch dazu bei, ob sich der Arzt auf Leistungen spezialisiert hat, die trotz eines höheren Honorars von den Patienten in Anspruch genommen werden.

Im Sinne eines umfassenden Gesundheits- und Krankheitsverständnisses sowie einer solchen Therapie, können Leistungen, die aus der Erstattungsfähigkeit der GKV eliminiert werden sollen, durchaus bei bestimmten Indikationen angezeigt sein. Wenngleich bspw. Kurleistungen in ihrem Nutzen umstritten sind, so können diese bis zu einem eindeutigen Ineffektivitätsbeweis im Sinne der Evidence-Based Medicine (EbM) durchaus für Therapien sinnvoll sein. Eine Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche aus der GKV kann im Sinne des medizinischen Behandlungsprozesses nur dann erfolgen, wenn dieser Leistungsbereich als nicht wirksam, nicht medizinisch notwendig oder nicht wirtschaftlich deklariert wird.

Für eine konsistente Ausgestaltung bedarf es zumindest aus ökonomischer Sicht gesicherter Informationen über Diagnose- und Therapiestandards, mit denen festgelegt ist, welche Leistungen zur Erreichung welchen Therapieziels erforderlich sind. Dass Standards immer die Gefahr in sich bergen, dem Einzelfall nicht gerecht zu werden, wird damit nicht bestritten. Dennoch ist vor der Streichung von Leistungsbestandteilen der GKV zu prüfen, welche Ziele mit der Institution gesetzliche Krankenversicherung insbesondere auch in medizinischer Sicht erreicht werden sollen.²⁴⁷ Eine solche Zieldefinition ist gesellschaftlich noch nicht erfolgt. Jedoch kann nur so erreicht werden, dass der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest konsistent definiert werden kann. Die Diskussion über »Was soll die GKV leisten?« und »Was bedeutet Rationierung?« muss noch geführt werden und kann eigentlich nur von diesem Ende her geführt werden.

247 Vgl. KERN (1997), S. 123.

13 LITERATURVERZEICHNIS

- Abholz HH (1998): Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) – Der verkannte Sprengsatz für GKV und ärztliche Profession, in: Arbeit und Sozialpolitik, 52. Jahrgang, Nr. 3/4, S. 42 – 45
- Allensbacher Institut (2001): »Fit durch Sport«, in:
http://www.ifd-allensbacher.de/pdf/prd_0108.pdf [Zugriff am 28.02.2003]
- Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer e.V./ASU (1983): Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen! Ein Reformkonzept, Bonn, 1983
- Arrow KJ (1963): Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review 53 (1963), S. 941-973
- Bauch J, R Eder-Debye, W Micheelis (1991): Ausgewählte Ergebnisse zum Zusammenhang sozialwissenschaftlicher und zahnmedizinischer Variablen, in: Micheelis W, J Bauch (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989, Köln, S. 355-387
- Bauer T, RT Riephahn (1998): Employment Effects of Payroll Taxes – An Empirical Test for Germany, IZA-Discussion Paper No. 11
- Baur R, A Heimer, S Wieseler (2000): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, in: Böcken J, M Butzlaff, A Esche (Hrsg): Reformen im Gesundheitswesen – Ergebnisse der internationalen Recherche, Gütersloh, S. 23-149
- Bergsma J, GL Engel (1988): Quality of Life: Does Measurement help?, in: Health Policy 10 (1988), S. 267-279
- Berlin J, GA Colditz (1990): A Meta-Analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease, in: American journal of epidemiology, S. 612-628
- Beske F (2000): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Beske F (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung – Kieler Konzept – Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen, Prag et al.
- Beske F (2003): Gesundheitspolitik ist mehr, in: Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), S. A-818
- Beske F et al. (2002): Politische Entscheidungen zu Lasten der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel

- Beske F, AO Kern (2000): Zum Stand der Fremdleistungen in der GKV 1997, Kiel
- Beske F, AO Kern, JF Hallauer (1997): Rationierung von Gesundheitsleistungen in Deutschland und in anderen Ländern, *in*: Gesundheitspolitik 4 (1997), S. 3-9
- Beske F, Th Zalewski (1981): Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen – Probleme – Lösungsansätze, Kiel
- Böcken J, M Butzlaff, A Esche (Hg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche, Gütersloh.
- Breyer F, MM Grabka, K Jacobs, V Meinhardt, A Ryll, E Schulz, CK Spieß, GG Wagner (2002): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen – Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, *in*: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Gesundheit, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Zukunftsmarkt Gesundheit, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 145, Baden-Baden, S. 67-234
- Breyer F, V Ulrich (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, *in*: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220 (2000), S. 1-17
- Breyer, F (2003): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – Eine Begriffserklärung, Berlin.
- Broocks A (1997): Zum Stellenwert von Sport in der Behandlung psychischer Erkrankungen, *in*: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, S. 379-393
- Brückner KH (2001): Gegen Leistungsausgrenzung, *in*: Pharmazeutische Zeitung, 146. Jahrgang, Nr. 21, S. 18
- Brümmerhoff D (2001): Finanzwissenschaft, 8. völlig überarbeitete und stark erweiterte Auflage, München et al.
- Bulk W (1998): Die zahnärztliche Versorgung zwischen 2. GKV-NOG und Jahrtausendwende, *in*: Die Ortskrankenkasse – DOK 5-6, S. 171-175
- Bulman JS, Richards ND, Slack GL, Willcocks AJ (1968): Demand and need for dental care, London u.a.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz, Bern
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999): Statistische Übersichten zur Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945 – Band West, Bonn

- Bundesministerium für Gesundheit (1999): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1998 – Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (2002): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, online-version, Berlin
- Busch S, AB Pfaff, C Rindsfusser (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht an die Hans-Böckler-Stiftung. Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) und Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg, Augsburg
- Büttner M (1995): Veränderungen der Kariesepidemiologie in Basel durch Maßnahmen der Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe, Leipzig, zitiert nach: Schreiber A (1998): Erkrankungen des Kauorgans, S. 488 in: Schwartz FW, B Badura, R Leidl, H Raspe, J Siegerist (Hrsg.): Das Public-Health-Buch, München u.a., S. 485-492
- Cassel D (2002): Wettbewerbsorientierte Reformoptionen im Gesundheitswesen, in: Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung 41 (2002), Heft 8, S. 1-4
- Cawley J, T Philipson (1999): An Empirical Examination of Information Barriers to Trade in Insurance, in: American Economic Review (89) 4, S. 827-846
- Chen MS (1995): Oral Health of Disadvantaged Populations, in: Cohen LK, HC Gift (Hrsg.): Disease Prevention and Oral Health Promotion: Socio-Dental Sciences in Action, Kopenhagen, S. 153-212
- Chou LF (1993): Selbstbeteiligung aus ordnungspolitischer Sicht. Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland, Finanzwissenschaftliche Schriften, Band 55, Frankfurt/M. et al.
- Conviser R (2002): A Brief History of the Oregon Health Plan and its Features, www.ohppr.state.or.us/docs/histofplan.pdf
- Culyer AJ (1971): The Nature of the Commodity »Health Care« and its Efficient Allocation, in: Oxford Economic Papers, 23 (1971), S. 189-211
- Danner G (1996): Aspekte der Krankenversicherung in Frankreich: Staatsdirigismus, Defizite und Steuerungsprobleme, in: Die Krankenversicherung, 48, November 1996, S. 326-330.
- Danner G (1997): Strukturkrisen und -wandel in staatlichen Gesundheitssystemen. Die Nationalen Gesundheitsdienste in Großbritannien und der Republik Irland, in: Die Krankenversicherung, 49, Mai/Juni 1997, S. 141-144.

- Decker M (2002): Teilkasko im Gesundheitswesen. Die großen Parteien haben völlig unterschiedliche Pläne, in: Kölner Stadtanzeiger, Ausgabe vom 09.05.2002, S. 4
- Demmel HJ (2000): Kommentar: Die Zukunft der Zahnmedizin, siehe: <http://www.uni-duesseldorf.de/PsyDent/kommentar.htm>, (Stand: 10.12.2002)
- Deutscher Bundestag (1998): Demographischer Wandel: zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission »Demographischer Wandel« – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik – , Bonn
- Donges JB, J Eekhoff, W Franz, W Möschel, MJM Neumann, O Sievert (2002): Mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, Berlin
- Elias AC, A Sheiham (1998): The Relationship between Satisfaction with Mouth and Number and Position of Teeth, in: Journal of Oral Rehabilitation 25 (1998), S. 649-661
- Feldman RS, JE Alman, ME Muench, HH Chauncey (1984): Longitudinal Stability and Masticatory Function of Human Dentition, in: Gerodontology 3 (1984), S. 107-113, zitiert nach: Joshipura KJ, WC Willett, CW Douglas (1996): The Impact of Edentulousness on Food and Nutrient Intake, in: Journal of the American Dental Association 127 (1996), S. 459-467, hier S. 460
- Frühbuß J (1997): Der Aufbau des gesetzlichen Krankenkassensystems und die Möglichkeit der Nutzung seiner Daten für die Berechnung der Verweildauer von kombiniert feststehendem/ herausnehmbarem Zahnersatz am Beispiel der Betriebskrankenkasse Hoesch, Berlin
- Gäfigen G (1990): Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Anwendungen, Baden-Baden
- Gammon J (1998): Recreational and occupational physical activities and Risk of Breast Cancer, in: Journal of the National Cancer Institute, S. 100-117
- Gerlinger, T (2003): Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? in: Jahrbuch für kritische Medizin 38, S. 10 – 30
- Gläser H (2002): persönliche Mitteilung – Sportunfall – Datenbank (E-Mail) erhalten am 07.03.2003
- Gläser H, T Henke (1994): Zur Kostenbelastung im Gesundheitswesen durch Sportunfälle, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Heft 7/8, Köln, S. 319-322

- Gläser H, T Henke (2000): Sportunfälle – Häufigkeit, Kosten, Prävention, ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (Hrsg.), Düsseldorf
- Grembowski D, P Milgrom, L Fiset (1988): Factors Influencing Dental Decision Making, *in: Journal of Public Health Dentistry*, Vol. 48, S. 159-67
- Hamm W (2002): Nachhaltige Gesundheitspolitik, *in: Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 15. Oktober 2002, S. 13
- Hauser W, H Gläser (1985): Alpine Skiunfälle und Verletzungen: Häufigkeit, Risikofaktoren, Ursachen, *in: Schriftenreihe des Deutschen Skiverbandes Heft 14, München* S.76-85
- Heinrich R, I v Törne (1999): Gerontologische Daten und Analysen zum Zusammenhang zwischen Allgemeingesundheit und Mundgesundheit, *in: Micheelis W, E Reich (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DSM III), Köln*, S. 457-469
- Hellwig E, J Klimek, T Attin (1999): Einführung in die Zahnerhaltung, München u.a.
- Herder-Dorneich P (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen, Baden-Baden
- Hetz G (2001): Weg von der Gängelung – raus aus der Gebührenordnung!, *in: Dental-Spiegel* 21 (2001), S. 26-27
- Hey HW (2002): Teure Polemik, *in: DAZ* 78 (2002), S. 18-20
- Hilbert J, P Itermann (1998): Innovationsbranche Gesundheit und Soziales, Kommunale und regionale Ansätze für mehr Wachstum und Beschäftigung, Abschlussbericht, Gelsenkirchen, *zitiert nach: Schneider M, U Hofmann, S Jumel, A Köse (2002): Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU, Augsburg*, S. 28
- Hinz R (1995): Selbstverschuldete Krankheiten, *in: Anbiss* 2 (1995), o.S.
- Hof B (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, PKV-Dokumentation 24, Köln
- Hollmann W (2002): Sport in unserer Zeit – Gesundheit oder Risiko? *in: <http://www.ebenhoeh-dr.com/Informationen/Sportmedizin/sportmedizin.html>* [Zugriff am 27.12.2002]
- Hotz R (1997): Sowohl die Putztechnik wie die Zahnbürste können falsch sein, *in: SonntagsZeitung (CH)* vom 05.01.1997
- Imfeld T (1983): Identification of Low Caries Risk Dietary Components, Basel
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.) (1998): Allensbacher Marktanalyse. Werbeträgeranalyse. Berichtsband I, Allensbach am Bodensee

- Jachertz N (2002): Gesundheitsladen – Arzt und Geschäft, in: Deutsches Ärzteblatt, 99 (2002), S. A 1397
- Joshiyura KJ, CW Douglas, WC Willett (1998): Possible Explanations for the Tooth Loss and Cardiovascular Disease Relationship, in: Annals of Periodontology 3 (1998), S. 175-183
- Jüde HD, W Kühl, A Roßbach (1996): Einführung in die zahnärztliche Prothetik, Köln
- Kern AO (1997): Rationalisierung, Rationierung und Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hallauer J.F. (Hrsg.): Erwartungen an die Gesundheitssystemforschung zum Jahr 2000 – Festschrift zum 75. Geburtstag von Professor Dr. med. Fritz Beske, MPH, IGSF-Schriftenreihe Bd. 75, Kiel 1997, S. 121 – 124
- Kern AO (1997): Rationalisierung, Rationierung und Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Erwartungen an die Gesundheitssystemforschung zum Jahr 2000, Kiel, S. 121-124
- Kern AO (1997a): Leistungsausgrenzungen in der GKV und Wirkungsweisen, unveröffentlichtes Manuskript
- Kern AO (2002): Arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung – Bedeutung für eine Privatisierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe der Universität Augsburg, Beitrag Nr. 225
- Kern AO (2003): Privatisierung von vertragszahnärztlichen Leistungen. Auswirkungen auf Versicherte, die gesetzliche Krankenversicherung und die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen, 2003 (in Druck)
- Kern AO, BP Langer (2001): Managementausgaben und Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, Nr. 6, S. A131 – A134
- Kern AO, F Beske (1999): Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheitspolitik, Nr. 3, S. 1 – 8
- Kern AO, F Beske, S Kupsch, JF Hallauer (1997): Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung, Kiel
- Kern AO, S Kupsch (2002): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, in: Schöffski O, FU Fricke, W Guminski, W Hartmann (Hrsg.): Pharmabetriebslehre, Berlin, 2002, S. 131-149
- Kern AO, S. Kupsch (2002a): Internationale Vergleiche von Systemen gesundheitlicher Versorgung, in: Uni-Press, Zeitschrift der Universität Augsburg, Heft 3, Juni 2002, S. 25-30

- Kerschbaum T, W Micheelis, H Fischbach (1996): Prothetische Versorgung in Ostdeutschland – Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen, *in*: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 51 (1996), S. 452-455
- Kerschbaum T, W Micheelis, H Fischbach, P von Thun (1994): Prothetische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland – Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-jährigen, *in*: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 49 (1994), S. 990-994
- Kirch W (1999): Innere Medizin und Zahnheilkunde, 3. Aufl., München u.a.,
- Knappe E (1987): Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen. Eine Bestandsaufnahme empirischer Untersuchungen *in*: Oberender P (Hrsg.) (1987): Gesundheitswesen im Umbruch?, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bayreuth, S. 49 – 75
- Knappe E (2000): GKV braucht eine neue Finanzbasis mit monistischer Individualprämie, Pflicht zur Grundsicherung, Vertragsfreiheit und mehr Wettbewerb, *in*: Der gelbe Dienst, S. 6-8
- Knoll M (1997): Sporttreiben und Gesundheit – eine kritische Analyse vorliegender Befunde, Schondorf
- Kohal RJ, G Lutter, DK Dennisson (2000): Marginale Parodontitis und kardivaskuläre Erkrankungen, *in*: Deutsche zahnärztliche Zeitschrift 55 (2000), S. 741-745
- Kopetsch Th (2001): Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 5, Baden-Baden
- Krämer W (1993): Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin, Frankfurt/M.
- Krankheitsartenstatistik (1998) AOK -Bundesverband (Hrsg.), Bonn
- Kriesberg L, B Treiman (1960): Socio-economic Status and the Utilization of Dentists' Services, *in*: Journal of the American College of Dentists 27 (1960), S. 147-164
- Kupsch S, AO Kern, C Klas et al. (2000): Leistungskatalog der Mikroebene. Ein internationaler Vergleich (Health Service Provision on a Microcosmic Level. An International Comparison), Kiel.
- Kupsch S, AO Kern, C Klas, BKW Kressin, M Vienonen, F Beske (2000): Health Service Provision on a Microcosmic Level – An International Comparison – Results of a WHO/IGSF Survey in 15 European Countries, Kiel
- Lampert H (1998): Lehrbuch der Sozialpolitik, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin et al.

- Lampert H (2002): Überlegungen zum Verhältnis zwischen Wirtschaftspolitik und Sozialpolitik, in: Fachinger U, H Rothgang, H Viebrock (Hrsg.): Die Konzeption sozialer Sicherung, Baden-Baden, S. 45-53
- Lehmann KM, E Hellwig (1993): Einführung in die restaurative Zahnheilkunde, 7. überarb. u. erw. Aufl., München u.a.
- Lipicki C (2002): AOK gegen Selbstbehalte und Wahltarife, in: Berliner Zeitung, Ausgabe vom 24.05.2002, S. 27
- Mamberer FM (2002): Leistungsseitige Reformalternativen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Zur Bedeutung von Leistungsausgrenzungen, Grund- und Wahlleistungen und Selbstbeteiligungen im Rahmen zukünftiger Gesundheitsreformen, Augsburg, (Diplomarbeit)
- Mayer F, S Grau, H Baur, A Hischmüller, T Horstmann, A Gollhofer, HH Dickhut (2001): Verletzungen und Beschwerden im Laufsport, in: Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), S. A1254-A1259
- Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V. (1990): Alternative Modelle der Selbstbeteiligung, Bonn
- Merx Th (2000): Potenziale entdecken – Nachfrage steigern, in: Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis 6 (2000), S. 40-42
- Micheelis W (2001): Soziale Ungleichheit und Mundkrankheiten, in: Mielck A, K Bloomfield (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie, Weinheim, S. 128-140
- Micheelis W, E Schroeder (1999): Aufbau der sozialwissenschaftlichen Erhebungsinstrumente, in: Micheelis W und E Reich (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Köln, S. 129-192
- Micheelis W, E Schroeder (1999): Sozialwissenschaftliche Daten und Analysen der drei Alterskohorten, in: Micheelis W und E Reich (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Köln, S. 433-455
- Micheelis W: (1998): Soziale Einflüsse auf das Mundgesundheitsverhalten, in: Micheelis, W (1998): Grundlagen der Dental-Soziologie, Köln, Vorlesungsmanskript, S. 11-14
- Mielck A, J John (1996), Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Rationierung – was spricht dafür und was dagegen?, in: Das Gesundheitswesen 58. Jahrgang 96, Nr. 1, S. 1 – 9
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern.
- Mielck A, U Cavelaars, U Helmert, K Martin, O Winkelhake, AE Kunst (2001): Comparison of health inequalities between East and West Germany, in: European Journal of Public Health 10 (2001), S. 262-268
- Morris D (1981): Der Mensch mit dem wir leben, Ulm

- Müller J (1996): Ausgestaltung und Reform des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Die Krankenversicherung, 48, Oktober 1996, S.283-287.
- Münnich FE (1983): Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Beeinflussung der Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen auf der Grundlage des derzeit geltenden Sachleistungsprinzips, Hans Neuffer Stiftung, Schriftenreihe Band 4, Köln
- O.V. (1975): Dokumentation zur Frage der Trinkwasser-Fluoridierung, Schriftenreihe des Deutschen Vereins der Gas- und Wasserfachleute, Wasser Nr. 8
- O.V. (1997a): »Gesundheitspolitik« 1977-1997, Wie viele Reformen verträgt die soziale Krankenversicherung?, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 28, Nach der Reform, Hamburg, S. 6 -14
- O.V. (1997b): Was Organisationen vom Gesundheitswesen halten. Weniger Leistungen im Leistungskatalog, in: Münchner Medizinische Wochenschrift – Fortschritte der Medizin, 139. Jahrgang, Nr. 29, S. 41
- O.V. (1998): Karies und Parodontopathien, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, S. 243-248
- O.V. (1998a): Colon-/Rektumkarzinom, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, S. 190-193
- O.V. (1998b): Risikomerkmale der sozialen Lage – Einkommensverhältnisse, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, S. 104-107
- O. V. (2000): KZBV-VV beschließt in Dresden erweitertes »Selbstbestimmungs-Prinzip in der GKV mit Vertrags- und Wahlleistungen, in: Die Zahnarztwoche, Heft 46 (2000), S. 1
- O. V. (2001): Positionspapier für den »Runden Tisch« – Arbeitsgruppe 6 »Zukunft der ambulanten Versorgung« vom 08.08.2001, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer
- O.V. (2002): Krankenversicherung in der Schweiz, Internetquelle http://www.dca.ethz.ch/info_kranken.htm, Zugriff am 25.07.2002
- O.V. (2002a): Union verspricht Beitragsrabatt bei Verzicht auf Zahnersatz von der Kasse, in: Handelsblatt, Ausgabe vom 10.05.2002, S. 5
- O.V. (2002b): Union verspricht Patienten mehr Auswahl, in: Frankfurter Allgemeine, Ausgabe vom 10.05.2002, S. 15
- O.V. (2002c): Ideen-Potpourrie zur Gesundheitspolitik. Tiefere Kinder-Prämien und Krisenmanager gefordert, in: Neue Züricher Zeitung, Ausgabe vom 17.05.2002, S. 25

- O.V (2002d): Fluoridierung, siehe: www.dentomania.de/proph/profluor.htm (Stand 25.10.2002)
- O.V. (2002e): Prämiensteigerung 10 Prozent, in: AWP-Soziale Sicherheit 28 (2002), No. 20, S. 7, Zürich
- Oberdieck V (1998): Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Hamburg
- Oberender A (1996): Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs, Freiburg
- Oberender A (1996): Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs, Schriftenreihe des Instituts für allgemeine Wirtschaftsforschung der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg/B.
- Ochel W (2002): Zeitarbeit – eine schnell wachsende Beschäftigungsform, in: ifo-Schnelldienst 55 (2002), S. 50-51
- Oggier W (1997): Managed Care in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme, in: Die Krankenversicherung, 49, Oktober 1997, S. 281-283.
- Oggier W (1997): Managed Care in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme, in: Die Krankenversicherung, Heft 10 (Oktober), S. 281-283
- Opaschowski HW (1996): »Die Zukunft des Sports zwischen Inszenierung und Vermarktung.« Eine Analyse vom Freizeit-Forschungsinstitut der British-American Tobacco, in Schriftenreihe zur Freizeitforschung, Hamburg
- Oregon Department of Human Services (2002): The Oregon Health Plan, www.omap.hr.state.or.us/ohp/3256_0202.html
- Paffenbarger RS (1986): Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni, in: The New England Journal of Medicine, S. 605- 613
- Pauly MV (2000): Optimal Health Insurance, in: The Genva Papers on Risk and Insurance 25 (2000), S. 116-127
- Pfaff A (2002): Einkommensverteilung der Versicherten in der Gesetzlichen Rentenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript
- Pfaff M (1984): Internationale Erfahrung, in: Bundesarbeitsblatt 12 (1984), S. 13-18
- Pfaff M, S Busch (1997): Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung, erhöhte Selbstbeteiligung: Wem nützen und wen belasten kassenspezifische Wahltarife, in: Arbeit und Sozialpolitik, 51. Jahrgang, Nr. 11/12, S. 19 – 24
- Piff S (1990): Eigenbeteiligung in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten gesundheitsökonomischer Ausgestaltung, Studien des Forschungsinstituts für Wirtschaftspolitik an der Universität Mainz, Band 37, Mainz

- Pimpertz J (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Von der fiskalischen Reaktion zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Band 271, herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft, Köln
- Pimpertz J (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln
- Powell KE, PD Thompson, CJ Casperson, JS Kendrick (1987): Physical activity and the incidence of coronary heart disease, in: Public Health 8 (1987), S. 253-264
- Prognos (1995): Perspektiven der gesetzlichen Rentenversicherung für Gesamtdeutschland vor dem Hintergrund veränderter politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen, DRV-Schriften, Bd. 4, Frankfurt/M.
- Rau F (1992): Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen. Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich, Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Band 21, herausgegeben von Horst Baier und Erhard R. Wiehn, Konstanz
- Reich E (2001): Paradigmenwechsel aus oralepidemiologischer Sicht, in: Institut der deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch, S. 29-38
- Reichelt H (1994): Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung im Arzneimittelmarkt: Analyse der Auswirkungen bisher praktizierter und aktuell diskutierter Selbstbeteiligungsregelungen in der Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart et al.
- Reinhardt U (2001) anlässlich der Tagung »health world 2002«, zitiert nach: Schlingensiepen, Ilse (2001): Das deutsche Gesundheitssystem hat viele Vorteile, aber vor allem ein Kosten-Nutzen-Problem, in: Ärzte Zeitung vom 16. November 2001, S. 2
- Rosenbrock R (1998): Gesundheitspolitik, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des WZB, P98-203, Berlin
- Rücker D (1995): Wettbewerb in der GKV: Der Countdown läuft, in: Pharmazeutische Zeitung, 140. Jahrgang, Nr. 49, S. 21 – 24
- Rücker D (1997): Diskussion über Vertriebswege geht weiter, in: Pharmazeutische Zeitung, 142. Jahrgang, Nr. 26, S. 30
- Schiffner U, E Reich (1999): Prävalenz zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Erwachsenen (35-44 Jahre), in: Micheelis W, E Reich (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Köln, S. 248-275

- Schiffner U, E Reich (1999a): Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Senioren (65-74 Jahre), *in*: Micheelis W, E Reich (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Köln, S. 337-431
- Schneider M, U Hofmann, S Jumel, A Köse (2002): Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU, Augsburg
- Schulenburg J-M, Greiner W (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen
- Schulenburg, JM Graf vd (1987): Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen
- Schulz-Nieswandt F (1989): Öffentlicher Sicherstellungsauftrag, meritorischer Handlungsbedarf und Anbieterdominanz im Gesundheitswesen, *in*: Zeitschrift für Sozialreform, 35 Jg., H.1, S. 291-301
- Schwabe U, D Paffrath (2001): Arzneiverordnungsreport 2001, Berlin
- Schwartz FW, K Jung (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *in*: Sozialer Fortschritt 4 (2000), S. 70-75
- Siegrist J (1977): Lehrbuch der Medizinischen Soziologie, 3. überarb. u. erw. Aufl., München u.a.
- Siegrist J (1995): Medizinische Soziologie, 5. Aufl., München u.a.
- Sobolski, J et al. (1987): Protection against ischemic heart disease in the Belgian physical fitness study: physical fitness rather than physical activity? *in*: American Journal of Epidemiology, S. 601-610
- Sommer JH, RE Leu (1984): Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse?, Basler Sozialökonomische Studien, Band 24, Dissenhofen
- Sorkin AL (1984): Health Economics – An Introduction, Lexington (MA)
- Splieth, C. (1992): Veränderung der Kariesprävalenz, Strategien und Erfolge in der Prävention von Karies: Ein Vergleich zwischen den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen
- Stackelberg J-M (1998): Neuordnung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung; *in*: Der Internist, 39. Jahrgang, Nr. 2, S. M42 – M47
- Staehe HJ (2000): Medizinische und ökonomische Eigenverantwortung, *in*: Zahnärztliche Mitteilungen 90 (2000), S. 16-21
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch, Wiesbaden, verschiedene Jahrgänge
- Statistisches Bundesamt (2000): 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, CD-ROM-Version, Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2001a): Fachserie 12, Reihe S.2, Ausgaben für Gesundheit, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001b): Statistisches Jahrbuch 2001, Wiesbaden
- Steinkamp G (1993): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung, *in*: Sozial- und Präventivmedizin 38 (1993), S. 111-122
- Strauss B, Porszolt F (2002): Evidenzbasierte Medizin – Konflikt lösbar, *in*: Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), S. A761
- Strippel H (2002): Die Suche nach der richtigen Punktzahl. Unterschiedliche Vorgehensweisen in Medizin und Zahnmedizin bei der Reform der Leistungsverzeichnisse, *in*: MDK-Forum 6 (2002), S. 30-32
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2002/03, Reutlingen
- SVRKAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. 3, Über-, Unter- und Fehlversorgung, III.4, Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Baden-Baden
- SVRKAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Baden-Baden
- SVRKAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandbericht 1994, Baden-Baden
- SVRKAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden
- Taubes G (1995): Epidemiology faces Its Limits, *in*: Science 269 (1995), S. 164-169
- Thode E (2002): Internationaler Reformmonitor – Was können wir von anderen lernen? In: Aus Politik und Zeitgeschichte B46-47/2002, Berlin
- VdAK (Hrsg.) (1983): Grundsätze der Angestellten Ersatzkassen für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung, Siegburg
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2001): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2000/2001, Köln
- Verein für Socialpolitik (2002): o.T, *in*: Dienst für Gesellschaftspolitik 42 (2002), S. 3-4

- Weber M (2001): Wettbewerb im Gesundheitswesen – oder: Warum können und dürfen Einkaufsmodelle der Kassen nicht Realität werden?, in: Sozialer Fortschritt 50 (2001), S. 254-260
- Weiß O (1999): Sport und Gesundheit, Wien
- WHO – Regional Office Europe (2001): Highlights on Health in Switzerland, Kopenhagen
- WHO – World Health Organization (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Genf
- Willett WC (1994): Diet and Health: What should we eat?, in: Science 264 (1994), S. 532-537
- Winkleby MA, DE Jatulis, E Frank, SP Fortmann (1992): Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease, in: American Journal of Public Health 82 (1992), S. 816-820
- Wöhlermann K (2003): Sport und Recht – Gefährliche Sportarten, Verschulden gegen sich selbst und Entgeltfortzahlungen, Seminararbeit, Technische Hochschule Darmstadt
- World Health Organization Regional Office Europe (Hrsg.) (1997a): Highlights on Health France, www.who.dk/document/E62011.pdf
- World Health Organization Regional Office Europe (Hrsg.) (1997b): Highlights on Health Netherlands, www.who.dk/document/e62040.pdf
- World Health Organization Regional Office Europe (Hrsg.) (1997c): Highlights on Health United Kingdom, www.who.dk/document/e62043.pdf
- World Health Organization Regional Office Europe (Hrsg.) (1999): Health Care Systems in Transition: United Kingdom, www.who.dk/document/e68283.pdf
- World Health Organization Regional Office Europe (Hrsg.) (2000): Health Care Systems in Transition: Switzerland, www.who.dk/document/e68670.pdf
- World Health Organization Regional Office Europe (Hrsg.) (2001): Highlights on Health Switzerland, www.who.dk/document/e73485.pdf
- Zalewski Th (1984): Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung, St. Augustin
- Zweifel P, R Eisen (2000): Versicherungsökonomie, Berlin et al.

In der edition der Hans-Böckler-Stiftung sind bisher erschienen:

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
40	<i>Winfried Heidemann, Angela Paul-Kohlhoff, Susanne Felger</i> Berufliche Kompetenzen und Qualifikationen Vocational Skills and Qualifications	8,18	13040	3-935145-11-X
41	<i>Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.)</i> Beschäftigung – Arbeitsbedingungen – Unternehmensorganisation	8,18	13041	3-935145-12-8
42	<i>Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.)</i> Employment, working conditions and company organisation	8,18	13042	3-935145-13-6
43	<i>Beate Beermann/Christina Klenner</i> Olympiareife Mannschaften gesucht?	10,23	13043	3-935145-15-2
44	<i>Diether Döring/Hermann Henrich</i> Konzeptionelle Überlegungen zu einem Tarifrrentenmodell	10,23	13044	3-935145-16-0
45	<i>Winfried Heidemann</i> <i>Unter Mitarbeit von: Lothar Kamp, Hartmut Klein-Schneider, Siegfried Leitretter, Mathias Müller, Susanne Gesa Müller</i> Weiterentwicklung von Mitbestimmung im Spiegel betrieblicher Vereinbarungen	8,18	13045	3-935145-17-9
46	<i>Volker Eichener, Sabine Schaaf, Frank Schulte, Jörg Weingarten</i> Erfolgsfaktoren für Biotechnologie-Regionen	17,90	13046	3-935145-18-7
47	<i>Hartmut Klein-Schneider</i> Betriebs- und Dienstvereinbarungen Personalplanung	8,18	13047	3-935145-19-5
48	<i>Boy Lühje</i> Arbeitnehmerinteressen in einem transnationalen IT-Unternehmen	10,23	13048	3-935145-120-9
50	<i>Peter Kalkowski/Matthias Helmer/ Otfried Mickler</i> Telekommunikation im Aufbruch	10,23	13050	3-935145-22-5
51	<i>Dunja M. Mohr</i> Lost in Space: Die eigene wissen- schaftliche Verortung in und außerhalb von Institutionen	14,32	13051	3-935145-23-3
53	<i>Wolffhard Kohte</i> Störfallrecht und Betriebsverfassung	10,23	13053	3-935145-25-X

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
54	<i>Manfred Deiß/Eckhard Heidling</i> Interessenvertretung und Expertenwissen	13,29	13054	3-935145-28-4
55	<i>Herbert Bassarak/Uwe Dieter Steppuhn (Hrsg.)</i> Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen in Bayern	15,00	13055	3-935145-29-2
56	<i>Herbert Bassarak/Uwe Dieter Steppuhn (Hrsg.)</i> Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen Sozialer Arbeit	23,00	13056	3-935145-30-6
57	<i>Heide Pfarr (Hrsg.)</i> Ein Gesetz zur Gleichstellung der Geschlechter in der Privatwirtschaft	12,00	13057	3-935145-31-4
58	<i>Stefan Eitenmüller</i> Reformoptionen für die gesetzliche Rentenversicherung	15,00	13058	3-935145-32-2
59	<i>Bernd Kriegesmann/Marcus Kottmann</i> Neue Wege für Personalanpassungen in der Chemischen Industrie	10,00	13059	3-935145-33-0
60	<i>Hans-Böckler-Stiftung/DGB-Bundesvorstand</i> Welthandelsorganisation und Sozialstandards	7,00	13060	3-935145-34-9
61	<i>Renate Büttner/Johannes Kirsch</i> Bündnisse für Arbeit im Betrieb	11,00	13061	3-935145-35-7
62	<i>Elke Ahlers/Gudrun Trautwein-Kalms</i> Entwicklung von Arbeit und Leistung in IT-Unternehmen	9,00	13062	3-935145-36-5
63	<i>Thomas Fritz/Christoph Scherrer</i> GATS 2000. Arbeitnehmerinteressen und die Liberalisierung des Dienstleistungshandels	12,00	13063	3-935145-37-3
64	<i>Achim Truger/Rudolf Welzmüller</i> Chancen der Währungsunion – koordinierte Politik für Beschäftigung und moderne Infrastruktur	13,00	13064	3-935145-38-1
65	<i>Martin Sacher/Wolfgang Rudolph</i> Innovation und Interessenvertretung in kleinen und mittleren Unternehmen	19,00	13065	3-935145-39-X
66	<i>Volker Meinhardt/Ellen Kirner/ Markus Grabka/Ulrich Lohmann/Erika Schulz</i> Finanzielle Konsequenzen eines universellen Systems der gesetzlichen Alterssicherung	12,00	13066	3-935145-40-3
67	<i>Thomas Ebert</i> Langfrist-Arbeitszeitkonten und Sozialversicherung	12,00	13067	3-935145-41-1

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
68	<i>Jan Prieue</i> unter Mitarbeit von <i>Christoph Scheuplein</i> und <i>Karsten Schuldt</i> Ostdeutschland 2010 – Perspektiven der Innovationstätigkeit	23,00	13068	3-935145-42-X
69	<i>Sylke Bartmann/Karin Gille/Sebastian Haunss</i> Kollektives Handeln	30,00	13069	3-935145-43-8
70	<i>Bernhard Nagel</i> Mitbestimmung in öffentlichen Unter- nehmen mit privater Rechtsform und Demokratieprinzip	12,00	13070	3-935145-44-6
72	<i>Eva Kocher</i> Gesetzentwurf für eine Verbandsklage im Arbeitsrecht	12,00	13072	3-935145-46-2
73	<i>Hans-Böckler-Foundation (ed.)</i> Future Works	10,00	13073	3-935145-47-0
74	<i>Reinhard Schüssler/Claudia Funke</i> Vermögensbildung und Vermögensverteilung	16,00	13074	3-935145-48-9
75	<i>Ingrid Ostermann (Hrsg.)</i> Perspektive: GLOBAL! Inter-nationale Wissenschaftlerinnenkooperationen und Forschung	20,00	13075	3-935145-49-7
76	<i>Christine Schön</i> Betriebliche Gleichstellungspolitik	12,00	13076	3-935145-50-0
77	<i>Volker Korthäuer/Marius Tritsch</i> US-Cross-Border-Lease	8,00	13077	3-935145-51-9
78	<i>Jörg Towara</i> Tarifvertragliche Regelungen zur Teilzeitarbeit	8,50	13078	3-935145-52-7
79	<i>Anja Riemann</i> Auswertung und Darstellung gesetzlicher Bestimmungen zur Teilzeitarbeit	8,00	13079	3-935145-53-5
80	<i>Heide Pfarr/Elisabeth Vogelheim</i> Zur Chancengleichheit von Frauen und Männern im Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit	12,00	13080	3-935145-56-X
81	<i>Wilfried Kruse/Daniel Tech/Detlev Ullenbohm</i> Betriebliche Kompetenzentwicklung. 10 Fallstudien zu betrieblichen Vereinbarungen	12,00	13081	3-935145-57-8
82	<i>Stefan Bach/Bernd Bartholmai</i> Perspektiven der Vermögensbesteuerung in Deutschland	12,00	13082	3-935145-58-6
83	<i>Charlotte Wahler (Hrsg.)</i> Forschen mit Geschlecht? Zwischen Macht und Ohnmacht: Frauen in der Wissenschaft	20,00	13083	3-935145-59-4

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
84	<i>Henry Schäfer</i> Sozial-ökologische Ratings am Kapitalmarkt	16,00	13084	3-935145-60-8
85	<i>Maliszewski/Neumann</i> Bündnisse für Arbeit – Best Practice aus Ländern und Regionen	14,00	13085	3-935145-61-1
86	<i>Matthias Müller</i> International Accounting Standards	9,00	13086	3-935145-62-4
87	<i>Arno Prangenberg</i> Grundzüge der Unternehmensbesteuerung	8,00	13087	3-935145-63-2
88	<i>Klaus Jacobs/Jürgen Wasem</i> Weiterentwicklung einer leistungsfähigen und solidarischen Krankenversicherung unter den Rahmenbedingungen der europäischen Integration	12,00	13088	3-935145-64-0
92	<i>Hans-Erich Müller</i> Handbuch Fusionsmanagement Übernahme und Restrukturierung: Neuausrichtung der Unternehmensstrategie	8,00	13092	3-935145-68-3
94	<i>Volker Korthäuer, Manuela Aldenhoff</i> Handbuch Fusionsmanagement Steuerliche Triebfedern für Unternehmensumstrukturierungen	6,00	13094	3-935145-70-5
95	<i>Dieter Behrendt</i> Ökologische Modernisierung: Erneuerbare Energien in Niedersachsen	11,00	13095	3-935145-73-X
96	<i>Uwe Wilkesmann/Ingolf Rascher</i> Wissensmanagement – Analyse und Handlungsempfehlungen	12,00	13096	3-935145-71-3
97	<i>Tanja Klenk/Frank Nullmeier</i> Public Governance als Reformstrategie	12,00	13097	3-935145-72-1
98	<i>Reiner Hoffmann/Otto Jacobi/Berndt Keller/ Manfred Weiss (eds.)</i> European Integration as a Social Experiment in a Globalized World	14,00	13098	3-935145-74-8
99	<i>Angelika Bucerius</i> Alterssicherung in der Europäischen Union	25,00	13099	3-935145-75-6
100	<i>Werner Killian/Karsten Schneider</i> Die Personalvertretung auf dem Prüfstand	12,00	13100	3-935145-76-4

**Bestellungen
bitte unter
Angabe der
Bestell-Nr. an:**



Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax: 02 11 / 408 00 90 40
E-Mail: mail@setzkasten.de

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Strukturpolitik, Mitbestimmung, Erwerbsarbeit, Kooperativer Staat und Sozialpolitik. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Magazin »Mitbestimmung« und den »WSI-Mitteilungen« informiert die Stiftung monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der homepage www.boeckler.de bietet sie einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 0211/7778 - 225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

