

Bachelorarbeit
im Bachelorstudiengang
Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen
an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

**Analyse der Gesundheitsausgaben und der Kostendämpfungsstrategien für
das deutsche Gesundheitswesen im ambulanten Bereich**

Erstkorrektor: Prof. Dr. Silvia Straub
Zweitkorrektor: Prof. Dr. Patrick DaCruz

Verfasser: Christian Ortag (Matrikel-Nr.: 268240)

Thema erhalten: 06.09.2022
Arbeit abgegeben: 06.01.2023

LOSE BEILAGEN

1 USB-Stick

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe und die Überprüfung mittels Anti-Plagiatssoftware dulde.

Neu-Ulm, 29.12.2022

Ort, Datum



Unterschrift

Kurzdarstellung

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist geprägt von verschiedenen Formen und Strukturmerkmalen, aber auch von der Leistungserbringung, Finanzierung und Regulierung. Die steigenden Gesundheitsausgaben beschäftigen den Gesundheitssektor und die Bundesregierung schon lange Zeit. Vor allem die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stehen in keinem positiven Verhältnis zu den Einnahmen. Ein stetiger Ausgabenanstieg seit 1970 konnte nur in wenigen Ausnahmen gebremst oder verhindert werden. Durch verschiedene Kostendämpfungsstrategien in diesem Bereich des deutschen Gesundheitssystems wurde versucht den Ausgabenanstieg zu verhindern. Die Phase der traditionellen Kostendämpfungsstrategie von 1970 bis 1992 war nicht mit viel Erfolg behaftet, vor allem eine nachhaltige Wirkung blieb aus. Die Vielzahl an Gesetzen schafften es nicht, die Anreizgestaltung der Leistungserbringer grundlegend zu reformieren. Die Phase der strukturellen Kostendämpfungsstrategien ab 1992 hält bis heute an. Bei der Betrachtung der Ausgaben von ambulanten Einrichtungen kann erkannt werden, dass die Vielzahl an Reformversuchen in der zweiten Phase ebenfalls nur mit kurzfristigen, nicht aber mit langfristig anhaltenden Auswirkungen verbunden sind. Auch die weiterhin geplanten Maßnahmen der aktuellen Bundesregierung zielen auf einen kurzfristigen Erfolg ab. Mögliche Maßnahmen in der Zukunft im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, der Einführung einer Bürgerversicherung oder der Digitalisierung im Gesundheitswesen bringen Chancen für eine Reduzierung des Ausgabenanstiegs mit sich. Jedoch stehen dem gegenüber bereits einige Argumente, welche von wenig Erfolgsaussicht geprägt sind. Das größte Hindernis, das Vorhandensein von Fehlanreizen, kann nur durch eine große strukturelle Veränderung des gesamten Gesundheitssystems und dem darin inbegriffenen ambulanten Bereich und der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Schlagworte: Ambulante Versorgung, Gesundheitsausgaben, gesetzliche Krankenversicherung, Kostendämpfung

Abstract

Outpatient care in Germany is characterized by different forms and structural features, but also by service provision, financing and regulation. Rising health care expenditures have long been a concern of the health care sector and the federal government. In particular, the expenditures of the statutory health insurance system are not in a positive relationship to revenues. A steady rise in expenditures since 1970 could only be slowed or prevented in a few exceptions. Various cost containment strategies in this area of the German health care system have been used in an attempt to prevent the rise in expenditures. The phase of the traditional cost-containment strategy from 1970 to 1992 was not marked by much success; above all, it failed to have a lasting effect. The multitude of laws did not succeed in fundamentally reforming the incentive structure for service providers. The phase of structural cost-containment strategies beginning in 1992 continues to this day. When looking at the expenditures of outpatient facilities, it can be seen that the multitude of reform attempts in the second phase are also only associated with short-term effects, but not with long-term lasting effects. The measures still planned by the current federal government are also aimed at short-term success. Possible measures in the future with regard to competition between service providers, the introduction of a citizens' insurance scheme or digitization in the healthcare system bring with them opportunities for reducing the rise in spending. However, this is already countered by a number of arguments that are characterized by little prospect of success. The biggest obstacle, the existence of disincentives, can only be overcome by a major structural change in the entire healthcare system and the outpatient sector and statutory health insurance included therein.

Keywords: outpatient care, health care spending, statutory health insurance, cost containment

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	8
2 Ambulante Versorgung	9
2.1 Definition.....	9
2.1.1 Formen.....	10
2.1.2 Strukturmerkmale	11
2.2 Einordnung des ambulanten Bereichs im Gesundheitswesen	12
2.2.1 Leistungserbringung.....	12
2.2.2 Finanzierung	15
2.2.3 Regulierung.....	18
3 Gesundheitsausgaben und Kostendämpfungsstrategien im ambulanten Bereich	20
3.1 Analyse der Entwicklung von Gesundheitsausgaben 1970-2020	20
3.2 Kostendämpfungsstrategien 1970-2020.....	23
3.2.1 Phase der traditionellen Kostendämpfungsstrategie.....	23
3.2.2 Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung	27
3.2.3 Phase der strukturelle Kostendämpfungsstrategie	30
3.2.4 Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben im ambulanten Sektor	33
4 Zukünftige Kostendämpfungsstrategien.....	38
4.1 Geplante Maßnahmen	38
4.2 Erfolgsaussichten.....	41
5 Zusammenfassung und Ausblick	44
6 Literaturverzeichnis.....	47
7 Anhang	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Beschäftigten im ambulanten Sektor.....	14
Abbildung 2: Gesundheitsausgaben im ambulanten Bereich 2020 in Euro.....	22
Abbildung 3: Ausgaben gesetzliche Krankenversicherung in Euro.....	29
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben ambulante Einrichtungen in Euro.....	36

1 Einleitung

Schon viele Jahre bevor die Corona-Pandemie 2020 das deutsche Gesundheitswesen vor eine große Herausforderung gestellt hat, waren die Probleme der immer weiter steigenden Gesundheitsausgaben bekannt. Durch eine hohe Ausgabenstruktur etablierte sich bereits in der Vergangenheit der Begriff Kostenexplosion im Gesundheitssektor. Der ambulante Bereich, mit seinen Besonderheiten, ist davon ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung betroffen. Wie haben sich die Ausgaben in diesem Bereich im Hinblick auf die bisher durchgeführte Kostendämpfungspolitik verändert und warum haben die eingesetzten Maßnahmen bisher keinen Erfolg gehabt? Werden zukünftig eingesetzte Kostendämpfungsstrategien weiterhin nur einen neuen Anreiz für die Akteure setzen oder haben diese mehr Erfolgsaussichten? Die Entwicklung und Analyse der deutschen Gesundheitsausgaben im ambulanten Bereich, in Bezug auf die Auswirkungen der Kostendämpfungsstrategien, werden im Verlauf dieser Arbeit mithilfe einer Literaturrecherche in den Mittelpunkt gestellt, wodurch die gestellten Fragen beantwortet werden sollen.

Diese Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Nach der Einleitung in Kapitel 1, stellt Kapitel 2 die ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen vor. In Kapitel 3, werden die Gesundheitsausgaben und die Kostendämpfungsstrategien im Hinblick auf ihre Auswirkungen analysiert. Kapitel 4 bezieht sich auf die zukünftigen Methoden zur Eindämmung der Kostenausgaben und ihre Erfolgsaussichten. In Kapitel 5 befindet sich die Zusammenfassung und der Ausblick.

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Praktikabilität und Lesbarkeit darauf hingewiesen, dass sich alle Bezeichnungen auf alle Geschlechter (m/w/d) beziehen, jedoch im Text auf die ausführliche Schreibweise verzichtet wird.

2 Ambulante Versorgung

2.1 Definition

Die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland wird hauptsächlich von privaten gewinnorientierten Leistungserbringern dargestellt.¹ Hierbei handelt es sich meist um freiberufliche Ärzte, welche die Versorgung in ihren eigenen Praxisräumen durchführen.² Dieser Bereich wird aufgeteilt in die ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Die niedergelassenen Ärzte sind meistens die erste Anlaufstelle, wenn bei Patienten gesundheitliche Probleme auftreten, oder gesundheitliche Fragestellungen aufkommen. Zuerst führt der aufgesuchte Arzt eine Diagnostik durch und entscheidet dann über weitere Therapien in seiner Praxis oder verordnet Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Darunter fallen beispielsweise die Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie, aber auch die Apotheken und der Gesundheitseinzelhandel.³ Sollte der Arzt aufgrund der Komplexität oder Dringlichkeit der Erkrankung eine Abklärung in einem Krankenhaus für notwendig halten, wird der Patient in eine Klinik überwiesen.⁴

Des Weiteren nimmt der Hausarzt eine besondere Rolle in der ambulanten Versorgung ein. Er dient einerseits als Vertrauensperson in Gesundheitsfragen und fungiert andererseits als Schnittstelle und Koordinator der verschiedenen medizinischen Leistungserbringer. Zudem unterliegen niedergelassene Ärzte Vorgaben und Regularien der Kassenärztlichen Vereinigung, sollten sie gesetzlich versicherte Patienten behandeln wollen. Eine weitere große Rolle nehmen die ambulanten Pflegedienste ein. Es kann daher gesagt werden, dass die ambulante Versorgung alle Leistungen umfasst, welche nicht von Kliniken, das heißt Akut- und Fachkrankenhäusern erbracht werden.⁵

Da die Ärzteschaft die erste Anlaufstelle in der ambulanten Versorgung darstellt, es viele gesetzliche Besonderheiten für die niedergelassenen Ärzte gibt und sie sowohl bei den

¹ Vgl. Busse (2013), S. 181.

² Vgl. Stock et al. (2013), S. 137.

³ Vgl. Busse (2013), S.181.

⁴ Vgl. Simon (2017), S.157.

⁵ Vgl. Land (2018), S. 86.

Gesundheitsausgaben als auch bei der Anzahl der Beschäftigten, ausgenommen Pflegepersonal, die größte und prägendste Rolle einnimmt, wird darauf in dieser Arbeit gesondert eingegangen.

2.1.1 Formen

Niedergelassene Ärzte können seit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 zwischen mehreren verschiedenen Praxisformen wählen. Damit wurde eine Alternative zu der dominierenden Form der Einzelpraxen geschaffen.⁶ Bis heute gilt diese Form als vorherrschende Organisationsform in der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung. Hierbei behandelt ein einzelner Arzt persönlich seine Patienten, unterstützt von meist mehreren Arzthelferinnen.⁷ Eine weitere Organisationsform stellt die Praxisgemeinschaft dar. Gekennzeichnet ist diese Form durch die gemeinsame Nutzung der Einrichtung und des Personals, bei getrennter Abrechnung. Somit kann die wirtschaftliche Unabhängigkeit gewahrt werden.⁸

Im Gegensatz dazu gilt eine Gemeinschaftspraxis als Zusammenschluss mehrerer Ärzte, welche sowohl eine Praxis gemeinsam betreiben, als auch die Abrechnung gemeinsam durchführen.⁹ Sinnvoll sind solche Praxisgemeinschaften nur bei gleichen oder nah verwandten Fachrichtungen, wobei die Fachgebietsgrenzen klar vertraglich gekennzeichnet werden müssen. Vorteile bietet diese Organisationsform, wie auch bei der Praxisgemeinschaft, die gemeinsame Nutzung von wirtschaftlichen Ressourcen wie beispielsweise Einrichtung oder Personal. Ein weiterer Vorteil der Praxisgemeinschaft ist, dass die Möglichkeit zur Vertretung im Krankheits- oder Urlaubsfall gewährleistet werden kann. Auch der Erfahrungsaustausch innerhalb dieser Gemeinschaft kann von Nutzen für den einzelnen Arzt sein.¹⁰

Praxisnetze als Kooperationsform wurde bisher nicht gesetzlich definiert. Das ermöglicht den verschiedenen Praxen einen großen Gestaltungsspielraum. Niedergelassenen

⁶ Vgl. Stock et al. (2013), S. 138.

⁷ Vgl. Simon (2017), S. 165.

⁸ Vgl. Land (2018) S.93.

⁹ Vgl. Stock et al. (2013), S. 138.

¹⁰ Vgl. Simon (2017) S. 165.

Ärzte können sich mit anderen Gesundheitseinrichtungen in verschiedenen Rechtsformen zusammenschließen.¹¹ Dazu zählen beispielsweise Praxen, Gesundheitsdienstleister oder Pflegedienste. Ziele der Praxisnetzte aus Sicht der Beteiligten sind die Erweiterung des Leistungsspektrums oder die Stärkung der Marktposition. Auch können durch gemeinsame Schulungen oder Vermeidung von Doppeluntersuchungen Kosten gespart werden. Gründe für die Bildung von Praxisnetzen sind spezifische Krankheitsbilder wie beispielsweise Diabetes. Möglich sind dabei auch Direktverträge mit Krankenkassen, welche diese Kooperationsformen durch Modellvorhaben unterstützen.¹²

Auch die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 bieten den niedergelassenen Ärzten eine mögliche Kooperationsform.¹³ Bei den Medizinischen Versorgungszentren handelt es sich um Einrichtungen, welche die ambulante Versorgung der Patienten durch strukturierte Zusammenarbeit mehrere Fachrichtungen aus einer Hand ermöglichen sollen. Mindestens zwei Ärzte mit verschiedener Fachrichtung oder Schwerpunktbezeichnungen sind hierfür notwendig. Auch sind oftmals weitere Heilberufe an die Einrichtung angegliedert. Dazu gehören Physiotherapie, Pflegedienste oder auch Apotheken. Gesetzlich vorgegeben ist eine ärztliche Leitung. Ein Vorteil ist das Angestelltenverhältnis, unter dem eine Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten kann und sich somit nicht in die Selbstständigkeit begeben muss.¹⁴

2.1.2 Strukturmerkmale

Grundsätzlich herrscht im ambulanten Bereich sowohl bei der Ärzteschaft als auch bei den weiteren Gesundheitsberufen die Niederlassungsfreiheit. Das bedeutet, dass jeder Bürger laut Art. 12 GG das Recht hat seinen Beruf frei zu wählen. Es ist daher generell nicht notwendig, bei der Eröffnung einer Praxis oder eines anderen Geschäftsmodells in der ambulanten Versorgung auf gesetzliche Bestimmungen bei der Standortwahl zu achten. Jedoch auch hierbei gibt es bei den niedergelassenen Ärzten eine Besonderheit.

¹¹ Vgl. Stock et al. (2013), S.138.

¹² Vgl. Land (2018), S. 94.

¹³ Vgl. Busse (2013), S.182.

¹⁴ Vgl. Land (2018), S. 95.

Möchte der Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung von Kassenpatienten teilnehmen, benötigt er eine spezielle Zulassung als Vertragsarzt.¹⁵ Auf diese besondere Art und der daraus geltenden Bestimmungen für Vertragsärzte, wird im Verlauf noch gesondert eingegangen. Entschließt sich ein Arzt keine Kassenpatienten zu behandeln, fällt dieser nicht unter diese Regelungen.

Patienten dürfen auf der Grundlage von § 76 SGB V ihre Ärzte und Therapeuten frei wählen. Die Leistungen werden allerdings nur bei Ärzten der vertragsärztlichen Versorgung von den Krankenkassen übernommen. Möchte ein Kassenpatient eine privatärztliche Leistung in Anspruch nehmen, kann er dies auf eigene Kosten tun. Einschränkungen gibt es nur bei bestimmten Krankenkassenmodellen bei denen beispielsweise der Hausarzt von der Krankenkasse vorgegeben wird.¹⁶ Untergliedert werden kann dieser Bereich neben der Aufteilung in Privat- und Kassenarzt auch in Haus- und Facharzt.

2.2 Einordnung des ambulanten Bereichs im Gesundheitswesen

2.2.1 Leistungserbringung

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt einer sektoralen Trennung in den ambulanten Bereich und den stationären Bereich. Diese Bereiche unterliegen verschiedenen Bestimmungen sowohl bei der Leistungserbringung als auch bei der Finanzierung. Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt im ambulanten Bereich, weswegen sich der folgende Teil darauf bezieht. Ein zentraler Leistungserbringer im ambulanten Gesundheitssystem stellt, wie bereits beschrieben, die Ärzteschaft dar. Während Ärzte im ambulanten Sektor meistens als selbstständige Unternehmer tätig sind, sind Krankenhausärzte in einem Angestelltenverhältnis aktiv. Im ambulanten Bereich können die Ärzte in zwei verschiedene Hauptgruppen untergliedert werden.¹⁷ Die Vertragsärzte behandeln dabei die gesetzlich versicherten Patienten, während Privatärzte sich überwiegend um die privat versicherten Patienten kümmern. Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen

¹⁵ Vgl. Simon (2017) S. 157.

¹⁶ Vgl. Land (2018) S. 86 f.

¹⁷ Vgl. Simon (2017), S. 157.

möchten, brauchen eine spezielle Zulassung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung.¹⁸ Erfüllt ein Arzt alle gesetzlich festgelegten Bestimmungen, erhält er die Zulassung als Vertragsarzt. Aufgrund höherer Leistungsevaluierung und besseren Fortbildungsmöglichkeiten nimmt ein Großteil der Vertragsärzte an der fachärztlichen und nicht an der hausärztlichen Versorgung teil.¹⁹ Die berufliche Ausübung als Arzt unterliegt dabei der Ärztekammern. Diese ist für die Regulierung und Überwachung zuständig.²⁰

Das deutsche Gesundheitswesen besteht dabei aus 17 Landesärztekammern, welche als Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgelegt sind. An der Spitze steht die Bundesärztekammer als Zusammenschluss der Landesärztekammern. Dabei ist es für alle Ärzte beider Sektoren verpflichtend Mitglied in der Ärztekammer auf Landesebene zu sein. Diese Mitgliedschaft sichert durch die Beitragszahlungen auch deren Finanzierung.²¹ Während die Landesärztekammer hauptsächlich die Berufsordnung von Ärzten erstellt, sowie Möglichkeiten zu Fortbildungen regelt, hat die Bundesärztekammer die Aufgabe zur Vereinheitlichung und Koordinierung der Beschlüsse der Landesärztekammer.²² Außerdem vertritt diese die Belangen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik.

Ebenfalls wichtig für die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitssystem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland schließen sich auf Bundesebene zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen dabei aus den Vertragsärzten ihres Bezirks, wobei bis auf Nordrhein-Westfalen jeder Bezirk auch ein Bundesland darstellt.²³ Im ambulanten Sektor gehören die Sicherstellung der Versorgung der Patienten durch Vertragsärzte, deren Bedarfsplanung sowie die Vertragsvereinbarungen über die Finanzierung der ärztlichen Leistungen mit den

¹⁸ Vgl. Simon (2017), S. 172 f.

¹⁹ Vgl. Simon (2017), S. 162.

²⁰ Vgl. Simon (2017), S. 166 f.

²¹ Vgl. Stock et al. (2013), S. 142; Vgl. Simon (2017), S. 167.

²² Vgl. Simon (2017), S. 166 f.

²³ Vgl. Simon (2017), S. 167.

Krankenkassen zu den Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.²⁴ Diese sorgen für die Vergütung der Vertragsärzte, indem sie die von den Krankenkassen erhaltene Mittel an die Ärzte verteilen.²⁵ Unter der Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung steht beispielsweise die politische Interessensvertretung sowie die Vertragsgestaltung und Verabschiedung von deckungsgleichen Richtlinien auf Bundesebene.²⁶

Auch zu den Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen zählen die Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer.²⁷ Apotheken sind für die sichere Bereitstellung der Arzneimittelversorgung zuständig. Die Leistung am Patienten direkt, in Form von Heilmittel, entsteht durch therapeutische Arbeitsleistungen. Hilfsmittel werden von Unternehmen der Gesundheitsbranche entwickelt und verkauft, wobei diese eine unterstützende beziehungsweise rehabilitierende Wirkung im Krankheitsfall haben sollen. Als Beispiel für ein Hilfsmittel können Gelenkschienen angesehen werden.

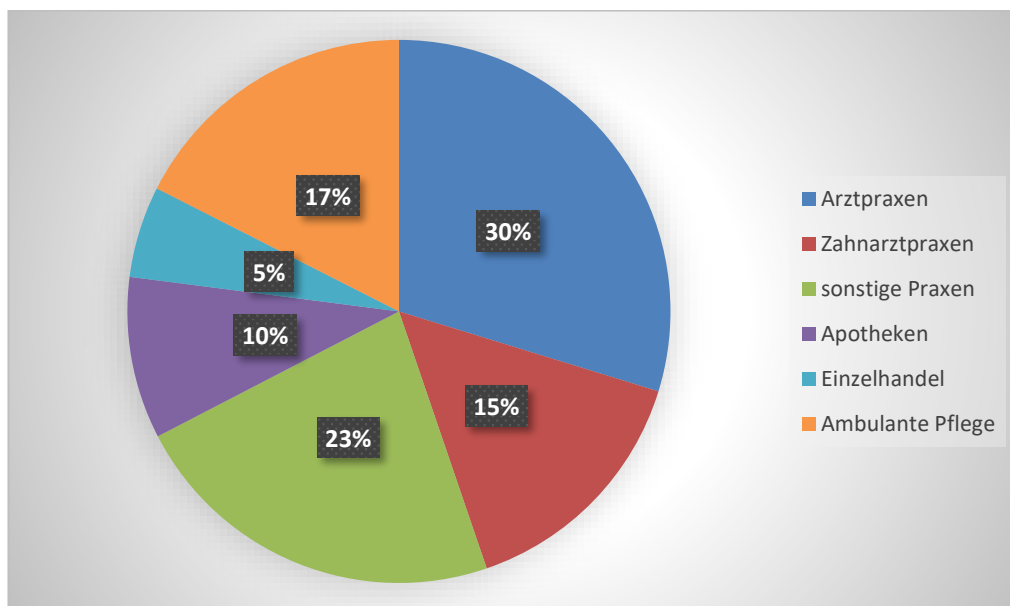


Abbildung 1: Anzahl der Beschäftigten im ambulanten Sektor
Quelle: In Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2022), o.S.

²⁴ Vgl. Stock et al. (2013), S. 142.

²⁵ Vgl. Klever-Deichert et al. (2009), S. 98; Vgl. Simon (2017) S. 168.

²⁶ Vgl. Simon (2017), S. 172.

²⁷ Vgl. Rogowski et al. (2016), S. 51 f.

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, arbeiteten 2020 insgesamt 2.386.000 Beschäftigte in der ambulanten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. Davon waren 1.934.000 weiblich und 435.000 männlich. Die Arztpraxen stellten mit 710.000 Beschäftigten den größten Anteil, wobei davon 161.400 als Ärzte tätig waren. Danach folgen in absteigender Reihenfolge die Praxen sonstiger medizinischer Berufe, die ambulante Pflege, die Zahnarztpraxen, die Apotheken und zum Schluss der Einzelhandel.

2.2.2 Finanzierung

Das deutsche Gesundheitssystem hat das Bestreben, Betroffene im Krankheitsfall unabhängig ihrer finanziellen und sozialen Lage zu unterstützen.²⁸ Patienten sind besondere Akteure im Gesundheitswesen da sie einerseits Bestandteil der Leistungserbringung sind, andererseits auch eine Quelle der Gesundheitseinnahmen aufgrund der im deutschen Gesundheitswesen herrschenden Versicherungspflicht. Durch die Mitgliedsbeiträge an die Krankenkassen finanzieren sich die Mitglieder auf Umwegen selbst und sind deshalb ein wichtiger Akteur bei der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Der Patient stellt jedoch nicht den erheblichsten Träger der Gesundheitsausgaben dar, sondern die Krankenversicherung.²⁹ Als Teil der Sozialversicherung kann die Krankenversicherung in zwei Arten eingeteilt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung und die private Krankenversicherung.³⁰ Insgesamt sind 2021 88,1 Prozent der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung und 10,5 Prozent in der privaten Krankenversicherung versichert. 1,4 Prozent fallen unter sonstigen beziehungsweise ohne Versicherungsschutz.³¹ In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht der Kreis der Versicherten dabei aus Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten sowie beitragsfrei Versicherten.³² Als Pflichtversicherte gelten Arbeitnehmer, deren Verdienst die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt, sowie Arbeitslose und Rentner. Die Versicherungspflichtgrenze ist nicht statisch, sondern wird

²⁸ Vgl. Busse et al. (2017), S. 269.

²⁹ Vgl. Simon (2017), S. 67.

³⁰ Vgl. Passon et al. (2013), S. 105.

³¹ Vgl. Verband der Ersatzkassen (2022), o.S.

³² Vgl. Passon et al. (2013), S. 109. f.

regelmäßig angepasst. Stand 1. Januar 2022 liegt sie bei 64.350 Euro Jahresverdienst.³³ Freiwillig Versichert sind Arbeitnehmer, deren Verdienst die Pflichtgrenze seit drei Jahren überschreitet. Beitragsfrei sind meist Familienmitglieder eines Versicherten, die keinen eigenen Verdienst generieren.

Der Kontrahierungszwang stellt sicher, dass die Krankenkassen Zulassungsanträge von gesetzlich Versicherten nicht ablehnen dürfen. Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesundheitswesen gehört die Wiederherstellung, Sicherung und Besserung der Gesundheit der Versicherten, zudem Beratungsaufgaben und die Patienten auf einen gesunden Lebensstil hinzuweisen.³⁴ Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen stehen im Sozialgesetzbuch und müssen von den gesetzlichen Krankenkassen für alle Mitglieder bei deren Bedarf geleistet werden.³⁵

Die Leistungen finanziert die gesetzliche Krankenversicherung hauptsächlich durch die Beitragszahlungen der Versicherten. Der Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent ist, unabhängig vom Verdienst bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2022: 58.050 Euro Jahresverdienst)³⁶, bundesweit gesetzlich geregelt und wird bei den Pflichtversicherten zur Hälfte vom Arbeitgeber geleistet. Die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden von den gesetzlichen Krankenkassen eingezogen und in den zentralen Gesundheitsfond eingezahlt.³⁷ Der 2009 eingeführte Gesundheitsfond erhält zudem einen Steuerzuschuss. Dieser regelt die Verteilung der Gelder an die Krankenkassen, mit welchen diese die Kosten ihrer Versicherten tragen müssen.³⁸ Dabei wird pro Versicherten eine Grundpauschale sowie mögliche Zuschläge bereitgestellt.³⁹ Übersteigen die Ausgaben der Krankenkassen deren Einnahmen, sind diese berechtigt Zusatzbeiträge von den Versicherten zu verlangen.⁴⁰ Der

³³ Vgl. Die Bundesregierung (2022), o.S.

³⁴ Vgl. Simon (2017), S. 108.

³⁵ Vgl. Busse et al. (2017), S. 71 f.

³⁶ Vgl. Die Bundesregierung (2022), o.S.

³⁷ Vgl. Rogowski et al. (2016), S. 54.

³⁸ Vgl. Busse et al. (2017), S. 75.

³⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), S. 26.

⁴⁰ Vgl. Busse et al. (2017), S. 64.

durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt im Jahr 2022 1,3 Prozent vom Einkommen. Insgesamt beliefen sich die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkasse im Jahr 2021 auf 278,6 Mrd. Euro.⁴¹

Der Versichertenkreis der privaten Krankenversicherung besteht aus den Personen, welche aus der Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen sind.⁴² Darunter fallen beispielsweise Freiberufler, Beamte oder Selbstständige sowie Arbeitnehmer, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt und diese sich für eine private Krankenversicherung entscheiden. Familienangehörige sind in der privaten Krankenversicherung im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht mitversichert.⁴³ Die Aufnahme erfolgt durch eine direkte Vereinbarung zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Bewerber, wobei das Unternehmen, im Vergleich zu den gesetzlichen Krankenkassen, den Aufnahmeantrag auch ablehnen darf.⁴⁴ Das Leistungsangebot der privaten Krankenversicherung teilt sich auf Vollversicherungen für den oben genannten Versicherungskreis und Zusatzversicherungen auf, die meistens von gesetzlich Versicherten zur Ausdehnung ihres Leistungsangebots abgeschlossen werden.⁴⁵ Das Leistungsangebot besteht aus Tarifen, wobei personenbezogene Eigenschaften wie Alter oder Vorschädigungen zu Preisdifferenzierungen führen können.⁴⁶ Im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip bei den gesetzlichen Krankenversicherungen ist der Ablauf der Kostenerstattung bei den privaten Krankenversicherungen aufwendiger.⁴⁷ Der Arzt stellt dem privat Versicherten seine erbrachten Leistungen in Rechnung, welche dieser begleichen muss. Erst im Anschluss kann er diese bei seinem Versicherungsunternehmen zur Erstattung seiner Kosten einreichen.

Auch bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben spielen die Krankenkassen eine erhebliche Rolle. Hierbei erfolgt ebenfalls eine Unterteilung in gesetzliche und private

⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022), S.2.

⁴² Vgl. Passon et al. (2013), S. 116 f.

⁴³ Vgl. Simon (2017), S. 128.

⁴⁴ Vgl. Simon (2017), S. 129, 132.

⁴⁵ Vgl. Passon et al. (2013) S. 117.

⁴⁶ Vgl. Simon (2017), S. 133.

⁴⁷ Vgl. Passon et al. (2013), S. 118.

Krankenkassen.⁴⁸ Gesetzliche Krankenkassen treten dabei als Körperschaften öffentlichen Rechts auf und organisieren sich nach dem Selbstverwaltungsprinzip.⁴⁹ Gesetzlich Versicherte können ihren Krankenversicherer frei wählen. Aufgeteilt werden diese in allgemeinen Ortskrankenkassen, Ersatzkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Durch Zusammenschlüsse und Fusionen ist die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen deutschlandweit rückläufig. Organisiert werden die verschiedenen gesetzlichen Kassen auf Landes- und Bundesebene durch Kassenverbände.⁵⁰ Als deren Hauptaufgabe auf Landesebene gilt die Vertragsgestaltung der Gesamtverträge mit den Leistungserbringern im Gesundheitssystem, vor allem den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern. Dabei werden Preise und Mengen aufzubringender Leistungen der Kassenärzte sowie deren Qualitätssicherung geregelt. Auf Bundesebene agiert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Zusammenschluss der Bundesverbände aller Kassenarten.⁵¹ Die Regelung von Bundesmantelverträgen mit allgemeinen Bestimmungen für die Vereinbarung von Gesamtverträgen, die Regulierung des Krankenkassenwettbewerbs sowie Entscheidungen zur Beitragsbemessung unterliegen der Aufsicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

2.2.3 Regulierung

Das deutsche Gesundheitssystem steht hauptsächlich unter der Kontrolle des deutschen Staates.⁵² Gestützt auf dem Föderalismus des deutschen Systems ist der Staat jedoch kein Einzelakteur, sondern ist untergliedert in Bund, Länder und Kommunen. Da die Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Regulierungsaufgaben durch das Verfassungsrecht stark beschränkt ist, wird die staatliche Regulierung auf das Setzen von Anreizen der Wirtschaftlichkeit eingegrenzt. Auf Bundesebene regelt der Bundestag, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit als zentrale Institutionen die Rahmengesetzgebung und kontrolliert durch staatliche Verwaltung das Gesundheitswesen.⁵³ Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt als höchste

⁴⁸ Vgl. Passon et al. (2013), S. 107.

⁴⁹ Vgl. Busse et al. (2017), S. 51 f.

⁵⁰ Vgl. Behaghel (1994), S. 57.

⁵¹ Vgl. Passon et al. (2013), S. 107.

⁵² Vgl. Simon (2017), S. 70.

⁵³ Vgl. Busse et al. (2017), S. 47; Vgl. Simon (2017), S. 71.

Verwaltungsbehörde Entwürfe für Richtlinien und Gesetze im Gesundheitswesen und überwacht die einzelnen Behörden.⁵⁴ Als bekannteste Behörde gilt das Robert Koch-Institut, welches für die Berichterstattung bei Gesundheitsthemen sowie bei der Aufklärung und Bekämpfung von Krankheiten zuständig ist.

Hauptaufgabe auf Länderebene ist die Durchsetzung und Kontrolle von Gesetzen. Besteht der Fall, dass das Recht der Gesetzgebung auf Bundesebene abgegeben wird, oder gesetzliche Freiräume den Ländern überlassen werden, kann auf Länderebene die Gesetzgebung auf eigene Initiative erfolgen.⁵⁵ Weitere Aufgaben der Länder sind die Kontrolle der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammern und Krankenkassen als auch die Ausbildung von Gesundheitsberufen.⁵⁶ Als zentrale Behörden mit Regulierungsaufgaben auf Länderebene treten die Ministerien für Gesundheit und Soziales auf, welchen die regionalen Gesundheitsämter unterliegen.⁵⁷

Die gemeinsame Selbstverwaltung hinsichtlich gesetzlicher Regelungen ist ein weiterer Baustein neben der staatlichen Aufsicht im Gesundheitswesen.⁵⁸ Aufgeteilt in den Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie mehreren Ausschüssen ist die Selbstverwaltung für die Bestimmung von Regelungen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger zuständig. Der Gemeinsamen Bundesausschuss gilt als wichtigster Bestandteil der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dieser besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von Ärzten und Zahnärzten sowie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Hauptfunktion besteht darin, Grundsätze in der Krankenversorgung darzustellen, den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen zu definieren und die Qualitätssicherung in beiden Sektoren des Gesundheitssystems mithilfe des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sicherzustellen.⁵⁹

⁵⁴ Vgl. Simon (2017), S. 71 f.

⁵⁵ Vgl. Klever-Deichert et al. (2009), S. 94.

⁵⁶ Vgl. Busse et al. (2017), S. 62.

⁵⁷ Vgl. Simon (2017), S. 72.

⁵⁸ Vgl. Klever-Deichert et al. (2009), S. 100; Vgl. Simon (2017), S. 73.

⁵⁹ Vgl. Klever-Deichert et al. (2009), S. 100 f.

3 Gesundheitsausgaben und Kostendämpfungsstrategien im ambulanten Bereich

3.1 Analyse der Entwicklung von Gesundheitsausgaben 1970-2020

Aufgrund von immer weiter steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich, versucht die Politik unter anderem durch Gesetzgebung Einfluss auf diese Entwicklung zu nehmen. Durch gezielte Kostendämpfungsstrategien und immer höheren Steuerzuschüssen soll die Differenz zwischen den Gesundheitseinnahmen und Gesundheitsausgaben verringert werden, um das Gesundheitssystem finanziell zu stabilisieren. Die Veränderung der Gesundheitsausgaben sowie vergangene Kostendämpfungspolitik mit der traditionellen und der strukturellen Phase werden in diesem Kapitel genauer dargestellt.

Bei der Betrachtung der Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben ist festzustellen, dass diese bis auf wenige Ausnahmen seit 1970 stetig ansteigen.⁶⁰ Bis heute wird von einer Kostenexplosion gesprochen, wenn der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den 1970er-Jahren dargestellt wird.⁶¹ Diese Kostenexplosion lässt sich auch in Anhang 1 mit dem Blick auf den Verlauf der anteiligen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt veranschaulichen. Zwischen 1970 und 1980 stieg dieser Anteil um 2,4 Prozentpunkte an - ein Anstieg, welcher in der Folgezeit unerreicht geblieben ist. Eine weitere markante Zunahme der nominalen Ausgabenkurve zeigt sich Anfang der 1990er-Jahre.⁶² Die geografische Erweiterung aufgrund der Wiedervereinigung Deutschlands und dem damit einhergehenden Aufholbedarf in der Gesundheitsversorgung der neuen Bundesländer sowie der Einführung der Pflegeversicherung hatte eine unverkennbare Erhöhung der Gesundheitsausgaben mit sich gebracht. Diese „war allerdings sozialpolitisch gewollt“⁶³. Generell ist die Ausgabenkurve durch zwei Entwicklungseinschnitte gekennzeichnet.⁶⁴ Einerseits

⁶⁰ Vgl. König (2010), S. 8.

⁶¹ Vgl. Klever-Deichert et al. (2009), S. 80 f.

⁶² Vgl. König (2010), S. 10. f.

⁶³ Vgl. Simon (2017), S. 94.

⁶⁴ Vgl. König (2010), S. 8 f.

Anfang der 1990er-Jahre durch den genannten Übergang von west- auf gesamtdeutsche Angaben, andererseits durch den Übergang von der alten auf die neue Gesundheitsausgabenrechnung Ende der 1990er-Jahre. Eine generelle Ursache, auf die der Anstieg der Gesundheitsausgaben vor allem in der nahen Vergangenheit zurückzuführen ist, ist der demografische Wandel.⁶⁵ Durch die Verschiebung der Altersstruktur hin zu einer älterwerdenden Gesellschaft ist der Bedarf an medizinischer Versorgung höher als bei einer überwiegend jungen Gesellschaft. Darüber hinaus sind Fortschritte in Medizin und Technik auch Gründe, die die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben.⁶⁶

Neben den nominalen Gesundheitsausgaben stellt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt eine zentrale Kennzahl im Gesundheitswesen dar.⁶⁷ Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt berücksichtigt dabei das Wachstum der Gesundheitsausgaben in Relation zum allgemeinen Wirtschaftswachstum in Deutschland. Steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im Vergleich zum Vorjahr an, bedeutet dies, dass das Wachstum der Gesundheitsausgaben größer war als das der Wirtschaft.⁶⁸ Folglich können die nominalen Gesundheitsausgaben auch ansteigen, gleichzeitig jedoch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zurückgehen.

Mit 440,6 Milliarden Euro im Jahr 2020 erreicht der aktuelle Stand der Gesundheitsausgaben einen neuen Höchstwert.⁶⁹ Davon entfallen mit 213,7 Milliarden Euro fast die Hälfte der Ausgaben auf ambulante Einrichtungen. 1992 lagen die Gesundheitsausgaben des ambulanten Bereichs noch bei 78,7 Milliarden Euro, seitdem haben sie sich fast verdreifacht. Bis auf wenige Ausnahmen stiegen die Ausgaben Jahr für Jahr stetig an, parallel zu den nominalen Gesundheitsausgaben. Eine große Veränderung der Ausgaben lässt sich vor allem bei den Praxen sonstiger medizinischer Berufe und bei der ambulanten Pflege erkennen. Bei den Praxen sonstiger medizinischer Berufe haben sich die Ausgaben von 1992 mit 3,9 Milliarden Euro auf 20,7

⁶⁵ Vgl. König (2010), S. 21. f.

⁶⁶ Vgl. König (2010), S. 17.

⁶⁷ Vgl. Simon (2017), S. 93. f.

⁶⁸ Vgl. König (2010), S. 11.

⁶⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2022), o.S.

Milliarden Euro im Jahr 2020 fast verfünffacht und bei der ambulanten Pflege mehr als verachtfacht. Der Wert lag hierbei im Jahr 1992 bei 3,3 Milliarden Euro und 2020 bei 26,8 Milliarden Euro.⁷⁰ Auch hierfür sind die Gründe bei der veränderten Altersstruktur zu finden und dem somit höheren Bedarf an therapeutischen oder pflegerischen Leistungen.

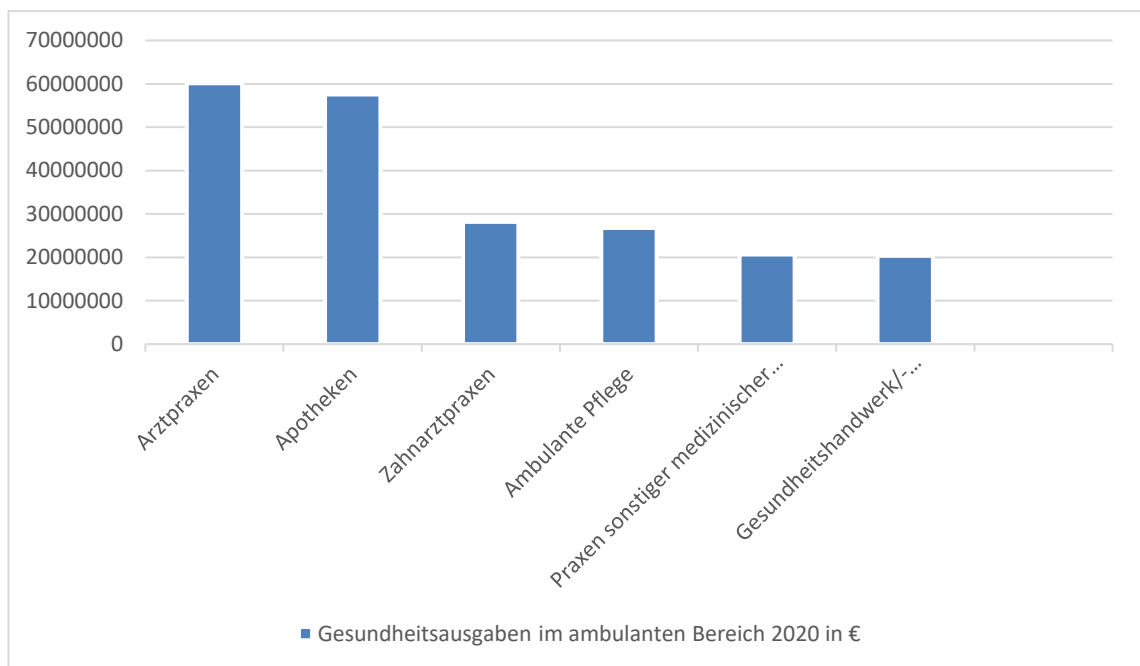


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben im ambulanten Bereich 2020 in Euro
Quelle: In Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2022), o.S.

Im ambulanten Bereich nehmen die Arztpraxen bei den Gesundheitsausgaben den größten Teil ein, wie in Abbildung 2 zu sehen. 60,1 Milliarden Euro standen 2020 bei den Arztpraxen auf der Ausgabeseite. Mit 57,5 Milliarden Euro stehen die Ausgaben von Apotheken an zweiter Stelle. Die Ausgaben der Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel und der ambulanten Pflege lagen 2020 zwischen 20 und 30 Milliarden Euro. Die Verteilung der Ausgaben unterstreicht nochmal die besondere Rolle der niedergelassenen Ärzte im ambulanten Bereich.

⁷⁰ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022), o.S.

3.2 Kostendämpfungsstrategien 1970-2020

3.2.1 Phase der traditionellen Kostendämpfungsstrategie

Die Kostendämpfungsstrategien der Gesundheitsausgaben in Deutschland betreffen meist das Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit. Gezielte Maßnahmen für einzelne Teilbereiche, wie den ambulanten Bereich, sind aufgrund der Komplexität dieses Systems oftmals nicht zielführend. Daher wurde versucht Veränderungen bei den Hauptträgern aller Gesundheitsausgaben wie der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen. Die genannten Gesetze beziehen sich nicht ausschließlich auf den ambulanten Bereich, sondern umfassen mehrere Ausgabeposten. Die Kostendämpfungsstrategien der gesetzgebenden Institutionen während der traditionellen Kostendämpfungspolitik zielten darauf ab, den Anstieg der Gesundheitsausgaben, besonders den der gesetzlichen Krankenversicherung, im deutschen Gesundheitswesen zu beschränken.⁷¹ Zwischen 1975 und 1992 liegt der erste Zeitraum der Kostendämpfungspolitik.⁷² Die Begrifflichkeit der traditionellen Kostendämpfungspolitik bekam die erste Phase aufgrund der Maßnahmen zur Kostendämpfung, die weitgehendst ohne strukturelle Veränderungen an dem bis dahin etablierten Gesundheitssystem stattgefunden haben.⁷³ Der Hauptgrund für die Notwendigkeit der Kostendämpfungspolitik liegt an dem stetigen Wachstum der Gesundheitsausgaben im Zeitraum von 1970-1980. Grund hierbei war ein großer Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung, welche dadurch in finanzielle Notlage gekommen war.⁷⁴ In dieser ersten Phase werden nur Maßnahmen aus der Bundesrepublik Deutschland, nicht aber die der Deutschen Demokratischen Republik aufgeführt. Die politischen Strategien in der traditionellen Kostendämpfungsphase beziehen sich aufgrund der geringeren Hindernisse für reformellen Änderungen häufig auf die gesetzliche Krankenversicherung als Hauptträger der Gesundheitseinkünfte und Ausgaben sowie auf den ambulanten Bereich.⁷⁵

⁷¹ Vgl. Behaghel (1994), S. 157.

⁷² Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

⁷³ Vgl. Simon (2017), S. 35.

⁷⁴ Vgl. König (2010), S. 1. f.

⁷⁵ Vgl. Behaghel (1994), S. 157.

1977 verabschiedete die Regierung mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz das erste Gesetz zur Kostendämpfung. Davor versuchte die Regierung eine Reduzierung der Ausgaben durch „moral suasion“ zu erreichen.⁷⁶ Mit der Forderung nach eigenverantwortlichen Verhalten der gesundheitspolitischen Akteure, vor allem den Leistungserbringern und den Krankenkassen, zielte die Regierung 1975 auf eine Verringerung des Ausgabenanstiegs ab. Der deutliche Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1970 und 1975 lässt sich auf die Erweiterung des Leistungskatalogs, als auch auf die wachsende Möglichkeiten zur Beziehung ärztlicher Leistungen zurückführen.⁷⁷ Da die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsleistungen schneller anstiegen als der Verdienst der Versicherten, wodurch es bei einer gleichbleibenden Einnahme der Beiträge durch die Krankenkassen blieb, waren die Krankenkassen dazu genötigt ihre Beitragssätze zu erhöhen, um die Ausgaben finanzieren zu können.⁷⁸ Um diese negative Entwicklung aufzuhalten führte die Bundesregierung die Maßnahme zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik mit dem Ziel der Beitragsstabilität ein.⁷⁹ Dadurch sollte der Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehalten werden, da diese nur noch so viel an Ausgaben verzeichnen sollte, wie sie durch Beiträge einnahm.⁸⁰

Eine weitere Kostendämpfungsstrategie der Regierung im ambulanten Sektor, bezog sich auf die kassenärztliche Vergütungsstruktur.⁸¹ Durch diese Strategie wurde versucht, die Ineffizienz im System der kassenärztlichen Vergütung zu verändern, indem sie die Position der Krankenkassen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen stärkten sowie die mangelhafte Verteilung von Kassenärzten verbesserte. Hauptsächlich sollten Anreize für die Leistungserbringer im Gesundheitssystem angepasst werden.⁸² Die nicht vorhandene Gleichwertigkeit zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen

⁷⁶ Vgl. Rosewitz/ Webber (1990), S. 241. f.

⁷⁷ Vgl. Behaghel (1994), S. 151 f.

⁷⁸ Vgl. Busse et al. (2017), S. 126.

⁷⁹ Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

⁸⁰ Vgl. Maus (1999), o.S.

⁸¹ Vgl. Behaghel (1994), S. 156. f.

⁸² Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

Vereinigungen resultiert zum einen aus der Aufteilung der Krankenkasse in die verschiedenen eigenständigen Kassenarten, zum anderen war dies auf die Verantwortung über die Sicherstellung der Versorgung im ambulanten Sektor durch die Kassenärztliche Vereinigung zurückzuführen. Daraus resultierende ausgabenwirksame Vergütungsvereinbarungen zugunsten der Leistungserbringer durch die Einwilligung der Kassen trugen ihren Teil zur Steigerung der Gesundheitsausgaben im deutschen Gesundheitssystem bei.

Mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz beschloss die Regierung 1977, dass Verhandlungen über die Gesamtverträge zu Vergütungsvereinbarungen über ambulante Leistung zukünftig nur noch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesverband anstelle einzelner Krankenkassen stattfinden muss.⁸³ Der Zusammenschluss der Kassen auf Landesebene sollte ihre Verhandlungsposition stärken. Darüber hinaus wurde im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz die Einführung der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen beschlossen, welche aus Vertretern aller Leistungsbereiche des Gesundheitswesens bestand und die Leistungsanbieter durch sachbezogene Informationen und moralische Appelle zur Mäßigung veranlassen sollte.⁸⁴ Mit Maßnahmen zur Bedarfsplanung von Kassenärzten wollte die Regierung der Fehlverteilung sowie dem zunehmendem Angebot ärztlicher Leistungen und daraus resultierender Ausgaben entgegenwirken.⁸⁵ Um die Handlungsanreize von Leistungserbringern zu regulieren wurde nicht nur die Vertragsgestaltung zur ambulanten Vergütung, sondern auch das gesamte Vergütungssystem reformiert.⁸⁶

Im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz wurde die Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstab beschlossen, wodurch fortan für alle Kassen dieselbe Gebührenordnung für die ambulante Versorgung eingeführt wurde.⁸⁷ Die Angleichungen über Inhalt und Bewertung kassenärztlicher ambulanter Leistungen zu einer für alle Krankenkassen geltenden Gebührenordnung hatte neben der Vereinheitlichung auch

⁸³ Vgl. Simon (2017), S. 36. f.

⁸⁴ Vgl. Behaghel (1994), S. 161.

⁸⁵ Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

⁸⁶ Vgl. Simon (2017), S. 35 f.

⁸⁷ Vgl. Behaghel (1994), S. 159.

die Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ziel.⁸⁸ Fortan konnten die kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr individuelle, oftmals zu hohe Honorarvergütungen mit den unterschiedlichen Kassen vereinbaren. Die Weiterentwicklung und Angleichung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs wurden zur Aufgabe eines ebenfalls neu geschaffenen Beratungsausschusses.

Eine weitere Strategie zur Dämpfung der Gesundheitsausgaben war die Einschränkung der Nutzung technischer Geräte bei Untersuchungen.⁸⁹ Falsche Anreize der Ärzte führten zu einer hohen Anzahl vermeidbarer Einsätze von Großgeräten, wobei im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz eine Empfehlung zur wirtschaftlichen Nutzung dieser angeordnet wurde. Mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 wurde diese Empfehlung mit Nutzungseinschränkungen konkretisiert und 1989 im Gesundheitsreformgesetz mit Richtlinien zur Standortplanung und gemeinsamen Nutzung von Großgeräten komplettiert. Um die Arbeitsweise der Ärzte kontrollieren zu können, wurde im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz die Einrichtung von Prüfungsausschüssen beschlossen, eine Wirtschaftlichkeitskontrolle wurde dagegen erst im Gesundheitsreformgesetz 1989 durch Richtlinien eingeführt.⁹⁰

Da in der traditionellen Kostendämpfungsphase sowohl Arznei- als auch Heil- und Hilfsmittel ihren Anteil zum Anstieg der Gesundheitsausgaben beitrugen, hat die Regierung auch Strategien zur Ausgabendämpfung in diesem Bereich der ambulanten Versorgung erarbeitet.⁹¹ Im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz wurde beschlossen, dass für Ärzte Listen zum Preisvergleich solcher Leistungen entworfen werden, damit diese eine kostengünstige Auswahl und effiziente Verschreibung der entsprechenden Mittel für den Therapieverlauf treffen konnten. Darüber hinaus folgte die Festlegung von Höchstbeträgen für die Erstattung von Arzneimitteln im Gesamtvertrag der ambulanten Vergütung sowie deckungsgleiche Regelungen für Heilmittel im Kostendämpfungsergänzungsgesetz 1981.⁹² Eine zusätzliche Maßnahme zur

⁸⁸ Vgl. Behaghel (1994), S. 166. f.

⁸⁹ Vgl. Behaghel (1994), S. 206 f.

⁹⁰ Vgl. Behaghel (1994), S. 198 f.

⁹¹ Vgl. Behaghel (1994), S. 163 f.

⁹² Vgl. Behaghel (1994), S. 204.

Ausgabendeckung im Arzneimittelbereich war die Ausweitung von Zuzahlungen der Versicherten.⁹³

3.2.2 Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Im folgenden Abschnitt wird analysiert, ob und inwieweit die Kostendämpfungsstrategien zwischen 1975 und 1990 in der ersten Phase der Kostendämpfungspolitik erfolgreich waren und den Anstieg der Kosten gebremst haben. Bei der Strategie der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und dem damit verbundenen Ziel der Beitragsstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung muss festgehalten werden, dass der Fokus auf der Deckelung der Einnahmenseite anstelle auf einer Ausgabeneinschränkung gelegen hat.⁹⁴ Zusätzlich war ein gravierendes Problem der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, dass nicht gedeckte Mehrausgaben nicht verhindert wurden.⁹⁵ Dies führte folglich zu weiter steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und auch deren Beitragssätze.

Darüber hinaus ist bei der Maßnahme zur Beitragsstabilität die direkte Verbindung mit einem ansteigenden Wirtschaftswachstum zu beachten.⁹⁶ In Zeiten von Wirtschaftskrisen, wie beispielsweise 1974/75, kann eine hohe Arbeitslosigkeit aufgrund des Solidaritätsprinzip zu einer deutlichen Reduktion der Beitragseinnahmen und somit zu Erhöhung des Beitragssatzes führen. Dennoch kann an der Kennzahl des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung bilanziert werden, dass sich dieser seit 1975 deutlich stabilisiert hat und aus den Maßnahmen zur Beitragsstabilität durchaus positive Auswirkungen resultierten. Der durchschnittliche Beitragssatz stieg zwischen 1970 und 1980 um 3,18 Prozentpunkte, wobei der Großteil des Anstiegs auf die erste Hälfte der Dekade zurückzuführen ist, während dieser sich in der folgenden Dekade bis 1990 nur noch um 1,15 Prozentpunkte steigerte. Die Betrachtung der Kostendämpfungsmaßnahmen an den ambulanten Vergütungsstrukturen zeigt, dass die Einführung der Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und deren Empfehlungen eine

⁹³ Vgl. König (2010), S. 10.

⁹⁴ Vgl. Henke (1992), S. 416.

⁹⁵ Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

⁹⁶ Vgl. Maus (1999), o.S.

schwache Wirkung hatte, da die kassenärztliche Bundesvereinigung es oftmals schaffte sich der Führung durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu entziehen.⁹⁷

Die Einführung der vereinheitlichten Gebührenordnung durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab brachte aufgrund von regelmäßigen Anpassungen der Bewertungsrelationen wiederholte Reformierungen mit sich.⁹⁸ Da die Empfehlung zur wirtschaftlichen Nutzung und Investitionen von technischen Großgeräten im ambulanten Bereich keine Erfolge mit sich brachten, musste diese Maßnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitsreformgesetz nochmals überarbeitet werden.⁹⁹ Bei der Strategie zur Kostendämpfung im Bereich der Arzneimittel blieb die erhoffte Wirkung aus.¹⁰⁰ Die Festsetzung der Arzneimittelhöchstbeträge stellt dafür ein Beispiel dar. Solange Ärzte für die Überschreitung der festgesetzten Höchstbeträge nicht gemäßregelt wurden, blieb die Wirkung dieser Maßnahme aus. Darüber hinaus waren die Zuzahlungen zu Arzneimittel von den Versicherten zu gering, um als wirksame Kostendämpfungsmaßnahme zu einer verringerten Beanspruchung und somit geringeren Ausgaben zu führen.¹⁰¹

Für den Zeitraum der traditionellen Kostendämpfungspolitik bestehen keine bzw. nur unvollständige Daten speziell für den ambulanten Bereich. Daher wurden für die folgende Analyse der Ausgaben die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gewählt, in welche den ambulanten Bereich mitinbegriffen ist. Insgesamt kann festgehalten werden, dass in der Phase der traditionellen Kostendämpfungspolitik die Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs und die Folgen für das deutsche Gesundheitssystem nicht mit viel Erfolg behaftet waren, vor allem eine nachhaltige Wirkung blieb aus. Die Vielzahl an Gesetzen schaffte es nicht, die Anreizgestaltung der Leistungserbringer grundlegend zu ändern. Die Strategie der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, die 1977 mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz gesetzlich eingeführt wurde, kann dennoch als erfolgreiche Maßnahme angesehen werden, da der Anstieg der Ausgaben

⁹⁷ Vgl. Behaghel (1994), S. 161.

⁹⁸ Vgl. Dröschel et al. (2016), S. 157; Vgl. Behaghel (1994), S. 178.

⁹⁹ Vgl. Behaghel (1994), S. 207.

¹⁰⁰ Vgl. Behaghel (1994), S. 164 f.

¹⁰¹ Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1975 und 1980 deutlich unterbrochen wurde.

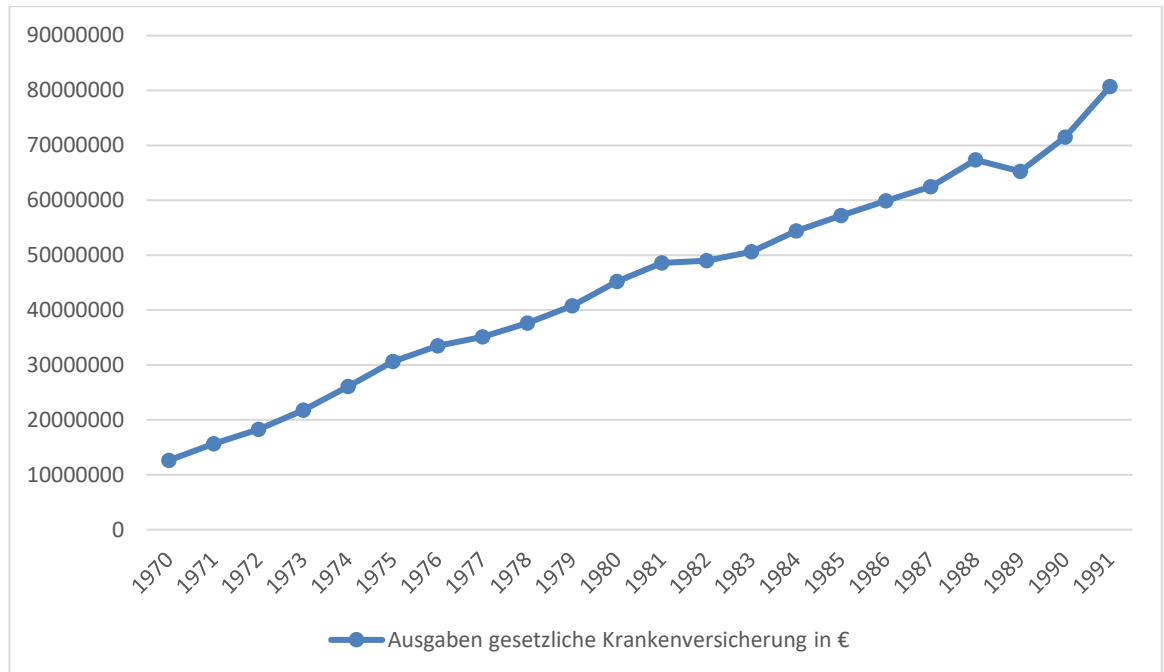


Abbildung 3: Ausgaben gesetzliche Krankenversicherung in Euro

Quelle: In Anlehnung an Meinhardt/ Schulz (2003), S. 106.

Dies wird auch in Abbildung 3 dieser Arbeit verdeutlicht, da die Ausgaben von 12,6 Milliarden Euro in 1970 auf 30,6 Milliarden Euro in 1975 anstiegen. Der Anstieg auf 40,7 Milliarden Euro in 1979 stellt einen deutlich rückläufigen Kostenanstieg in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre dar. Dennoch kann festgehalten werden, dass die Mehrzahl einzelner Gesetze zwar eine Dämpfung der Ausgaben mit sich brachte, diese jedoch nur kurzfristige Auswirkungen aufzeigten.¹⁰² Als Beispiel hierfür kann die Einführung des Gesundheitsreformgesetz 1989 gesehen werden, welches zu einem kurzzeitigen Ausgabenrückgang der gesetzlichen Krankenversicherung führte. Der Effekt verpuffte jedoch schon im darauffolgenden Jahr wieder. Deutlich sichtbar ist eine stetige Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine Betrachtung der Entwicklungskurve der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1970 und 1990 in Anhang 1 lässt dagegen im ersten Blick auf eine erfolgreiche Kostendämpfung blicken. Der Anstieg des Anteils am

¹⁰² Vgl. König (2010), S. 10.

Bruttoinlandsprodukt von 6 Prozent im Jahr 1970 auf 8,4 Prozent 1980 konnte bis 1990 gestoppt und sogar auf 8,3 Prozent gesenkt werden. Da diese Kennzahl aber von der Höhe der Gesundheitsausgaben und der Höhe des Wirtschaftswachstums abhängig ist, lassen sich mögliche Erfolge der Kostendämpfung nicht direkt aus der Kurve ablesen. Der starke Anteilsanstieg um 2,4 Prozentpunkte zwischen 1970 und 1980 lässt sich dabei auf eine einbrechende Wirtschaftsleistung infolge der Wirtschaftskrise 1974/75 bei weiterhin steigenden Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem erklären.¹⁰³ Der leichte Anteilsverlust der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in der folgenden Dekade ist darauf zurückzuführen, dass die Wirtschaftsleistung wieder stärker gewachsen ist. Eine alleinige Betrachtung dieser Kennzahl kann aufgrund der Dualität der Input-Daten zu einer fälschlichen Ansicht bezüglich des Erfolgs der Kostendämpfungsstrategien im deutschen Gesundheitssystem führen.

3.2.3 Phase der strukturelle Kostendämpfungsstrategie

Die Zeit nach dem Ende der traditionellen Kostendämpfungspolitik 1992 wird als Phase der strukturellen Kostendämpfungspolitik bezeichnet und dauert bis heute an.¹⁰⁴ Die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik haben in der traditionellen Kostendämpfungsphase die Erkenntnis gewonnen, dass reine Kostendämpfungsstrategien allein nicht zielführend sein werden. Im wiedervereinten Deutschland wurden gesetzgeberische Strategien zur Kostendämpfung erstmals auf strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem ausgerichtet.¹⁰⁵

Auf Seiten der Kostenträger wurde 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die Maßnahme beschlossen, dass Versicherten freies Wahlrecht der Krankenkasse eingeräumt und somit die Öffnung aller Krankenkassen beschlossen wurde.¹⁰⁶ Die bisherige berufsgruppenbedingte Zuordnung zu einer bestimmten Krankenkasse entfiel fortan, einzelne Betriebskrankenkassen ausgenommen.¹⁰⁷ Darüber hinaus wurde 2007

¹⁰³ Vgl. Simon (2017), S. 35.

¹⁰⁴ Vgl. Gerlinger (2017), o.S.

¹⁰⁵ Vgl. Simon (2017), S. 45.

¹⁰⁶ Vgl. Simon (2017), S. 46.

¹⁰⁷ Vgl. Schönbach (2015), S. 17.

mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die allgemeine Krankenversicherungspflicht beschlossen.¹⁰⁸ Um Ungleichheiten in der Ausgabenstruktur der Krankenkassen aufgrund der Morbidität, also der Häufigkeit an Krankheitserscheinungen, des Versichertenkreises aufzufangen, wurde im Gesundheitsstrukturgesetz ein Risikostrukturausgleich eingeführt.¹⁰⁹ Dieser wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz durch den Einsatz des Gesundheitsfond zum Beginn des Jahres 2009 abgelöst. Die Beiträge, durch einen für alle gesetzlich Versicherten einheitlichen eingeführten Beitragssatz, wurden nun zentral im Gesundheitsfond gebündelt und mithilfe eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs an die Krankenkassen verteilt.¹¹⁰ Auf Seiten der Leistungserbringer wurde im ambulanten Sektor einerseits versucht, die Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung zu stärken und diese besser zu koordinieren als auch andererseits neue Organisationsformen zu entwickeln. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz versuchte die Regierung 2004, die Versorgung durch Hausärzte zu stärken, indem Krankenkassen Hausarztmodelle bereitstellen sollten.¹¹¹ Durch einen fest zugewiesenen Hausarzt als zentralen und ersten Ansprechpartner in jeglichem Krankheitsfall sollten sowohl Einsparungen als auch qualitative Verbesserungen erreicht werden.

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden 2015 zuvor beschlossene weitere strukturelle Maßnahmen zusammengefasst, die eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung im ambulanten Bereich sicherstellen sollten.¹¹² Die Vermeidung strukturell bedingter Über- und Unterversorgung gehörte dabei genauso dazu wie die innovative Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen. Die größte Neuerung in der Struktur des Gesundheitssystems war die Einführung der integrierten Versorgung.¹¹³ Im Gesundheitsreformgesetz 2000 erstmals erwähnt, wurde das Modell der integrierten Versorgung erst mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 endgültig eingeführt. Parallel zur bestehenden Regelversorgung sollten Krankenkassen mit Leistungsanbietern individuell Inhalte und Leistungen vereinbaren

¹⁰⁸ Vgl. Simon (2017), S. 48.

¹⁰⁹ Vgl. Simon (2017), S. 46.

¹¹⁰ Vgl. Busse et al. (2017), S. 127; Vgl. Simon (2017), S. 48.

¹¹¹ Vgl. Stock et al. (2013), S. 146.

¹¹² Vgl. Busse et al. (2017), S. 253 f.

¹¹³ Vgl. Stock et al. (2013), S. 147 f.

und diese in separaten Verträgen festhalten können. Strategisches Ziel dieser neuen Organisationsform sollte neben Qualitätsverbesserungen auch eine Dämpfung der Gesundheitsausgaben durch eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung gewährleisten. Die verbesserte Koordination der Versorgung soll auch durch die individuelle Ausrichtung der Verträge und die damit mögliche Aufhebung der Sektorentrennung im Gesundheitssystem erreicht werden. Parallel zur Einführung der integrierten Versorgung wurden mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz auch medizinische Versorgungszentren eingerichtet, die strategisch dieselben Ziele verfolgten, aber neben ärztlichen Leistungserbringern auch die nichtärztlichen eingebunden haben. Gesetzlich Versicherte sollten zur Nutzung dieser neuen Organisationsformen geleitet werden, indem ihnen verschiedene Tarife zur Wahl standen, welche mit Bonusprogrammen versehen wurden.¹¹⁴

Neben den Reformen im strukturellen Bereich der Ambulanz gab es in der zweiten Phase der Kostendämpfung im Gesundheitswesen auch Maßnahmen, die wie in der ersten Phase auf eine unmittelbare Verhinderung des Ausgabenanstiegs abzielten. 1993 wurde im Gesundheitsstrukturgesetz der Beschluss gefasst, die Budgets für die Ausgabenerstattung ärztlicher Leistungen mit einer gesetzlichen Obergrenze zu versehen.¹¹⁵ In die Budgetierung fielen neben ambulant ärztlichen Leistungen und Arzneimittelausgaben auch Krankenhausbudgets. Darüber hinaus wurden im Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 erneut Kürzungen im Leistungskatalog vorgenommen, wobei unter anderem ambulante Fahrtkosten in Zukunft nicht mehr erstattet wurden. Leistungskürzende und zuzahlungserhöhende Maßnahmen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden auch in Gesetzen vertieft, die Mitte der 1990er-Jahre verabschiedet wurden.¹¹⁶ Daneben war die Einführung der Praxisgebühr in derselben Reform eine Maßnahme der Regierung, um die Zuzahlungen der Versicherten zu erhöhen.¹¹⁷ Für jeden ersten Besuch im Quartal in einer ambulanten Versorgungseinrichtung mussten volljährig Versicherte für eine Gebühr von zehn Euro aufkommen. Eine weitere Strategie zur Eindämmung der Gesundheitsausgaben waren die Neuregelungen über die Finanzierung der

¹¹⁴ Vgl. Stock et al. (2013), S. 148.

¹¹⁵ Vgl. Simon (2017), S. 46 f.

¹¹⁶ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 382.

¹¹⁷ Vgl. Busse et al. (2017), S. 255 f.

vertragsärztlichen Vergütung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012. Zum einen regelte die Reform die leistungsgerechtere Vergütung der Kassenärzte, wobei auf regionale Auffälligkeiten Rücksicht genommen werden sollte. Darüber hinaus wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verpflichtung über die Zuweisung der Honorarvergütungen der Kassenärzte übergeben, welche dadurch aber auch Regelungen zur Mengensteuerung der ärztlichen Leistungen einbringen mussten.¹¹⁸ Wie in der traditionellen wurden auch in der strukturellen Phase gezielte Strategien zur Ausgabensenkung im Arzneimittelbereich beschlossen.¹¹⁹ Neben der Erhöhung der Zuzahlungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 stellte beispielsweise auch der Einsatz eines Nutzenbewertungssystems zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelneuordnungsgesetz 2011 eine solche Maßnahme dar.¹²⁰

3.2.4 Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben im ambulanten Sektor

Ein Großteil der Maßnahmen des deutschen Gesundheitssystems in der strukturellen Phase der Kostendämpfungspolitik hatte die Einführung von Wettbewerb und marktorientiertem Verhalten der Akteure zur Folge, ausgehend vom Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1993.¹²¹ Mit dem Versicherungs-, dem Leistungs- und dem Behandlungsmarkt entstanden drei Felder für potenziellen Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem. Die Einführung der Wahlfreiheit der Krankenkasse für Versicherte im Gesundheitsstrukturgesetz entfachte dabei den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt.¹²² Um neue Versicherte zu rekrutieren beziehungsweise bestehende nicht an konkurrierende Krankenkassen zu verlieren, mussten die Krankenkassen Leistungen mit hoher Qualität zu geringen Preisen anbieten. Nach dem Einführen des bundeseinheitlichen Beitragssatzes im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschränkte sich der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt auf das Vermeiden eines zur Ausgabendeckung der Krankenkassen notwendigen Zusatzbeitrags.¹²³ Aufgrund des zentral festgesetzten

¹¹⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015), o.S.

¹¹⁹ Vgl. Simon (2017), S. 47.

¹²⁰ Vgl. Simon (2017), S. 47; Vgl. Simon (2017), S. 50.

¹²¹ Vgl. ÄrzteZeitung (2012), o.S.

¹²² Vgl. Kumpmann (2008), S. 7. f.

¹²³ Vgl. Blenk et al. (2016), S. 12 f.

Leistungskatalogs durch den Gemeinsamer Bundesausschuss besteht für die Krankenkassen der Wettbewerb um Versicherte in erster Linie auf preislicher Ebene. Qualitätsbedingte Wettbewerbsmechanismen zwischen den Krankenkassen treten auf dem Versicherungsmarkt dagegen kaum in Erscheinung. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen konnte durch gesetzliche Reformen nicht verstärkt werden und fand ebenfalls nur eingegrenzt statt, wodurch kostendämpfende Auswirkungen nicht erreicht werden konnten. Die Öffnung hin zu Möglichkeiten der selektiven Vertragsgestaltung förderte den Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt, der zuvor durch die Kollektivverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen nur begrenzt möglich war. Die Beschlüsse zur selektiven Vertragsgestaltung im Hausarztmodell und in der integrierten Versorgung zwischen den ambulanten Leistungserbringern und den Krankenkassen durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 wirkte sich auch auf Seite der Leistungserbringer auf einen effizienteren Umgang bezüglich Qualität und Kosten der Leistungen aus.¹²⁴ Zielführende Auswirkungen bezüglich Verbesserungen in Sachen Wirtschaftlichkeit und Qualität konnten aber nur durch die vollständige Übergabe an Chancen und Risiken auf die Leistungserbringer erreicht werden. Durch diese neuen Organisationsformen in der ambulanten Versorgung wurden aufgrund der Entscheidungsfreiheit und Selbstständigkeit der Akteure deshalb die größten Auswirkungen und somit Kosteneinsparungen erwartet.¹²⁵

Die reformelle Erweiterung des GKV-Leistungsangebots durch Wahltarife für Versicherte zielte auf den vermehrten Gebrauch der neu eingeführten Programme und Organisationsformen ab, wobei festgehalten werden muss, dass diese kaum in Anspruch genommen wurden. Ursächlich dafür war die für die Versicherten unübersichtliche Ausgestaltung der Tarife. Der Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt entsteht vor allem auf dem privaten Gesundheitsmarkt über Dienstleistungen im Gesundheitssegment.¹²⁶ Durch die direkte Beziehung zwischen Nachfrager und Anbieter ist der Wettbewerb hier gering ausgebildet, was sich durch gesetzgeberische Reformen auch nicht verstärken lässt. Generell ist aber festzuhalten, dass die Auswirkungen von Wettbewerb im Gesundheitswesen begrenzt sind, auch bedingt durch

¹²⁴ Vgl. Kumpmann (2008), S. 7 f.

¹²⁵ Vgl. Stock et al. (2013), S. 152..

¹²⁶ Vgl. Blenk et al. (2016), S. 12.

regionale Besonderheiten zwischen der Versorgung in ländlichen Gebieten und Ballungsräumen. Der Preiswettbewerb und Kostendruck auf der Leistungserbringerebene hat verstärkt zu einem Rückschritt in der Qualität der Arbeitsbedingungen und somit auch dem Niveau der ärztlichen Versorgung geführt.¹²⁷

Die Einführung der medizinischen Versorgungszentren im Gesundheitsmodernisierungsgesetz sollte eine Ausgabensenkung mit sich bringen, da durch die verbesserte Koordination im Versorgungszentrum beispielsweise Doppeluntersuchungen vermieden und aufgrund einer gemeinsamen Nutzung von Großgeräten überflüssige Investitionen unterbunden werden sollten.¹²⁸ Der Versuch der Ausgabenbegrenzung durch die Deckelung von Budgets durch das Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1993 war nicht mit den erhofften Auswirkungen verbunden. Eine Reduktion der Kosten war auf Basis der Tatsache, dass diese lediglich auf andere Bereiche übertragen wurden, nicht zu erreichen. Dennoch kann diese Maßnahme als Auslöser für die ab 2000 folgenden individuellen Modellverträge und neuen Organisationsformen gesehen werden, da die Leistungserbringer aufgrund der begrenzten Gelder nun Kooperationen anstrebten, um Kosten zu sparen und gleichzeitig die Leistungsqualität aufrechtzuerhalten.¹²⁹ Die strategische Anordnung der Einführung einer Praxisgebühr zur Einschränkung der ambulanten Arztbesuche erzielte ebenfalls nicht die gewünschten Auswirkungen, wodurch diese Maßnahme 2012 im GKV-Versorgungsstrukturgesetz bereits wieder abgeschafft wurde.¹³⁰ Zuzahlungen sowie die diversen Gesetzesbeschlüsse im Arzneimittelbereich zur Reduktion der Ausgaben waren dagegen erfolgreich, da seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Ausgaben von Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittelhersteller drastisch reduziert werden konnten.¹³¹

Bei der Betrachtung der Ausgaben von ambulanten Einrichtungen ab 1992 kann festgehalten werden, dass die Auswirkungen der strukturellen Kostendämpfungspolitik

¹²⁷ Vgl. ÄrzteZeitung (2012), o.S.

¹²⁸ Vgl. Stock et al. (2013), S. 149. f.

¹²⁹ Vgl. Schönbach (2015), S. 18.

¹³⁰ Vgl. Busse et al. (2017), S. 256.

¹³¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 385.

keine großen Unterschiede zu denen der traditionellen aufweisen.¹³² Die Vielzahl an Reformversuchen in der zweiten Phase waren ebenfalls nur mit kurzfristigen, nicht aber auf lange Sicht anhaltenden Auswirkungen verbunden.

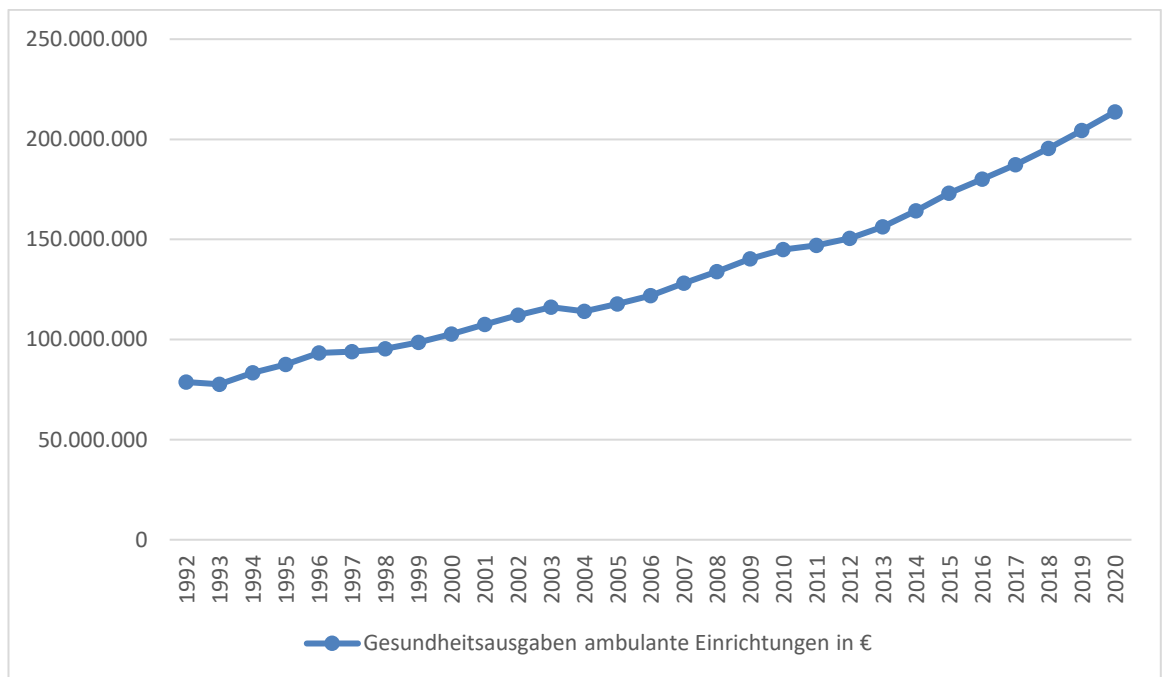


Abbildung 4: Gesundheitsausgaben ambulante Einrichtungen in Euro

Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022), o.S.

Eine Veranschaulichung des Verlaufs der Gesundheitsausgaben in Abbildung 4 zeigt, dass es nur 3 Zeiträume gab, die einen Rückgang beziehungsweise eine Stagnation der Ausgaben aufwiesen. Bei dem 1993 in Kraft getretenem Gesundheitsstrukturgesetz konnte unter anderem durch die Sanktionen bei Überschreitung von Budgets ein kurzzeitiger Rückgang der Ausgaben erreicht werden. Bei der Stagnation im Jahr 1997 begrenzten das Beitragsentlastungsgesetz sowie zwei GKV-Neuordnungsgesetze die Ausgaben erfolgreich.¹³³ Im Jahr 2004 wirkten sich die Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetz kurzfristig, aber sichtbar zu einem Ausgabenrückgang aus. Eine länger- bzw. langfristige kostendämpfende Finanzierung im Gesundheitswesen konnte auch durch strukturelle Maßnahmen der zweiten Phase

¹³² Vgl. Blenk et al. (2016), S. 6.

¹³³ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 382.

nicht entwickelt werden, da die Ausgaben im Gesundheitswesen bis 2018 nahezu uneingeschränkt anstiegen.¹³⁴

Dies zeigt sich auch in der Entwicklung der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt in Anhang 1. Seit Beginn der strukturellen Kostendämpfungspolitik 1992 ist die Kurve ebenfalls nur zu 3 Zeitpunkten rückläufig. Während der Rückgang 2004 wiederum auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und der 2007 auf das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zurückzuführen sind, hängt die Verringerung des Anteils in den Jahren 2010 und 2011 mehr am wirtschaftlichen Aufschwung und steigendem Bruttoinlandprodukt infolge der Wirtschaftskrise 2009 als an kostendämpfenden Maßnahmen der Regierung und einem Rückgang der Gesundheitsausgaben.¹³⁵

¹³⁴ Vgl. Blenk et al. (2016), S. 6.

¹³⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 382.

4 Zukünftige Kostendämpfungsstrategien

4.1 Geplante Maßnahmen

Der Versuch zur Eindämmung der Gesundheitsausgaben sollte auch zukünftig gezielt durch strategische Maßnahmen der Regierung aufrechterhalten werden. Ansätze hierzu bieten dabei die Veränderung bestehender Strukturen gleichermaßen wie disruptive Entwicklungen im Gesundheitswesen. Das größte Veränderungspotential haben dabei die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung, da diese der größte Kostenträger im Gesundheitssystem darstellt. Dynamische Entwicklungen auf allen Wettbewerbsfeldern und die damit einhergehende Effizienzsteigerung preislicher und qualitativer Aspekte stellen Ansätze zur Kostendämpfung dar. Eine knappere Kalkulation des einheitlichen Beitragssatzes und somit entstehende mögliche Zusatzbeitragssteigerungen der Krankenkassen bei unwirtschaftlichem Handeln würde den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt deutlich verstärken. Eine höhere wettbewerbliche Dynamik auf dem Leistungsmarkt könnte durch die Aufhebung der Kollektivvereinbarungen hin zu rein autonomen individuellen Vertragsgestaltungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern erzielt werden. Kostendämpfend könnte auch die Maßnahme in der gesetzlichen Krankenversicherung sein, den Leistungskatalog erneut deutlich zu reduzieren, wobei die gesetzliche Krankenversicherung zukünftig nur noch die Grundversorgung abdecken würde.¹³⁶ Für jegliche darüberhinausgehenden Leistungen müssten die Versicherten zusätzliche Versicherungen abschließen und Beitragszahlungen leisten.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, welches im Oktober 2022 im Bundestag verabschiedet wurde, versucht der aktuelle Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach den weiterhin bestehenden Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung und somit auch im ambulanten Bereich zu bremsen. Geplante Maßnahmen sind zum einen die Halbierung der Obergrenze der Liquiditätsreserven der Krankenkassen und zum anderen der kassenübergreifende Solidarausgleich bei den vorhandenen Finanzreserven. Damit soll ein Teil der Finanzlücke geschlossen werden. Des Weiteren soll einerseits der bestehende Bundeszuschuss für die gesetzliche Krankenkasse im

¹³⁶ Vgl. Troschke/ Stößel (2012), S. 142.

Jahr 2023 auf 16,6 Mrd. Euro erhöht werden, was eine Steigerung um 2 Mrd. Euro zum Vorjahr bedeuten würde. Andererseits stellt der Bund 1 Mrd. Euro unverzinstes Darlehen dem Gesundheitsfond zur Verfügung.¹³⁷

Eine weitere geplante Maßnahme betrifft den ambulanten Bereich im Hinblick auf die Herstellerabschläge für Arzneimittel. Hierbei sind die pharmazeutischen Unternehmen und die Apotheker gesetzlich verpflichtet den gesetzlichen Krankenkassen auf jede verordnete Arzneimittelpackung einen Preisnachlass zu gewähren.¹³⁸ Dieser Preisnachlass entlastet die Ausgaben der Krankenkasse enorm und ist daher unerlässlich. Der bisher geltende Herstellerabschlag für erstattungsfähige Arzneimittel ohne Festbetrag lag bei 7 Prozent und soll auf 12 Prozent angehoben werden. Bei den patentfreien wirkstoffgleichen Arzneimitteln, wie zum Beispiel Generika, erhöht sich der Abschlag von 6 Prozent auf 10 Prozent im Jahr 2023.¹³⁹ Zudem wird der Apothekenabschlag von 1,77 Euro auf 2 Euro je Packung erhöht. Diese Regelung soll auf zwei Jahre befristet werden.

Die Neupatientenregelung, welche 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführt wurde, soll durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ersatzlos gestrichen werden. Hierbei wurde Ärzten ein Anreiz gegeben, eine höhere Vergütung für Neupatienten zu erhalten.¹⁴⁰ Somit sollten schnellere Terminvergaben an Patienten sichergestellt werden. Auch bei den Zahnärzten und ihrer Vergütung sollen Einsparungen vorgenommen werden. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz begrenzt den Honorarzuwachs für Zahnärzte. Auch der Zusatzbeiträge der Versicherten soll angepasst werden. Dieser soll von durchschnittlich 1,3 Prozent um schätzungsweise 0,3 Prozentpunkte angehoben werden.¹⁴¹

Die Zukunftsträchtigkeit einer allgemeinen Bürgerversicherung, also das Ende des dualen Systems in der Krankenversicherung, ist ein großes Thema für eine strukturelle Veränderung in der Politik. Gegensätzliche Standpunkte der Parteien verhindern bisher

¹³⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022), o.S.

¹³⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), o.S.

¹³⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022), o.S.

¹⁴⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), o.S.

¹⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022), o.S.

die Einführung. Während sich die SPD, die Grünen und die Linke für eine Bürgerversicherung aussprechen, steht die CDU/ CSU klar dagegen.¹⁴² Hintergrund der Forderung ist das „Herauskaufen“ der Besserverdiener aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung. Dadurch würden der Solidargemeinschaft Einnahmen fehlen. Mit diesen Einnahmen könnte der Beitrag für alle gesetzlich Versicherte gesenkt werden. Auch die oft zitierte Zwei-Klassen-Medizin würde durch die Vereinheitlichung des Versicherungsschutzes wegfallen.

Weitere mögliche Einsparungspotentiale im Gesundheitswesen liegen zukünftig im Bereich der Digitalisierung.¹⁴³ Laut einer Studie der McKinsey Company, einer weltweit tätigen Unternehmensberatungsfirma, hätten bereits 2018 bis zu 34 Milliarden Euro an Ausgaben im Gesundheitswesen eingespart werden können. Unter Digitalisierung wird dabei meistens der Veränderungsprozess hin zum Datenaustausch und zur Vernetzung über das Internet verstanden.¹⁴⁴ Bereits 2004 wurde im Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, gleichbedeutend mit der Telematikinfrastruktur, zum Januar 2006 beschlossen, was wiederum zeitlich nicht umsetzbar war.¹⁴⁵ Mit dem E-Health Gesetz von 2016 legte die Regierung dann die Basis für eine digitale Infrastruktur im deutschen Gesundheitssystem.¹⁴⁶ In diesem wurde neben der Einführung der elektronischen Patientenakte, welche diverse Daten der Patienten online vereint, auch die Aufnahme der Telemedizin als abrechnungsfähige Leistung für Ärzte anerkannt.¹⁴⁷ Das strategische Vorhaben der Digitalisierung hinsichtlich der Kostendämpfung soll vor allem durch eine höhere Effizienz im Informationsaustausch und der Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen erreicht werden. Vordergründig soll die Digitalisierung Potentiale auf Seiten der Leistungserbringung aber auch für deren Anwender erschließen.¹⁴⁸ Speziell im ambulanten Sektor sollen bestehende Prozesse digitalisiert werden und parallel neue, nur digital realisierbare Methoden eingeführt werden.¹⁴⁹ Das Erschließen wirtschaftlicher Reserven, durch zum Beispiel dem Versand des Arztbriefes auf digitaler

¹⁴² Vgl. Schlicht (2022), o.S.

¹⁴³ Vgl. Hehner et al. (2018), S. 3.

¹⁴⁴ Vgl. Elmer (2018), S. 353.

¹⁴⁵ Vgl. Simon (2017), S. 48.

¹⁴⁶ Vgl. Beermann (2018), S. 37.

¹⁴⁷ Vgl. Lux/ Breil (2017), S. 688 f.

¹⁴⁸ Vgl. Dörries et al. (2017), S. 693.

¹⁴⁹ Vgl. Naumann (2018), S. 132 f.

sektorenübergreifender Ebene, und Qualitätsverbesserungen aufgrund einer nun möglichen umfassenderen Datenauswertung, veranschaulichen nur wenige Maßnahmen, die zukünftig zu Ausgabeneinsparungen führen können. Um dieses Potential im ambulanten Sektor voll nutzen zu können, muss der Gesetzgeber künftig die Finanzierung zugunsten der digitalisierten Prozesse umstellen, sodass für die Leistungserbringer Anreize zur Systemumstellung hin zur Digitalisierung entstehen. Neben den zahlreichen Möglichkeiten, die die Digitalisierung mit sich bringt, stellen die Sicherung und der Schutz der personenbezogenen Daten sowie die digitalen Anwendungen für technik-averse Patienten die größte Herausforderung dar.¹⁵⁰

4.2 Erfolgsaussichten

Kürzungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung schloss die Regierung mit der Einführung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aus. Vielmehr soll weiterhin mit Einsparungen und Finanzausschüssen der aktuelle Versicherungsstand gehalten werden. Die Halbierung der Finanzreserven und der kassenübergreifende Solidarausgleich sollen kurzfristig das Finanzloch schließen. Zudem wird der jährliche Bundeszuschuss von Steuergeldern in den Gesundheitsfond weiterhin erhöht. Der Eindruck, welcher dadurch entsteht, ist am bisherigen Weg festzuhalten und den Ausgabenanstieg weiterhin auszugleichen, statt zu bremsen. Die gesetzlichen Änderungen im Arzneimittelbereich führen zwar zu mehr Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, jedoch sind die Maßnahmen vielen Experten zu wenig.¹⁵¹ Die erhoffte Senkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 Prozent auf 7 Prozent fehlt im Maßnahmenkatalog von Gesundheitsminister Lauterbach.¹⁵² Einsparungen sollen durch die Streichung der Neupatientenregelung und der damit verbundenen Fehlanreize vorgenommen werden. Auch bei den Honorarkürzungen bei Zahnarztvergütungen soll ohne strukturelle Veränderungen oder alternativen Leistungen für die Ärzte gekürzt werden. Auch hierbei wird an der Methode Einsparungen statt Veränderung festgehalten. Die Steigerung des Zusatzbeitrags für gesetzlich Versicherte ist der letzte große Baustein des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes. Mit der Erhöhung sollen die Mehreinnahmen aus den Beitragssätzen die steigenden Ausgaben decken. Hierbei

¹⁵⁰ Vgl. Dörries et al. (2017), S. 694.

¹⁵¹ Vgl. Schmedt (2022), o.S.

¹⁵² Vgl. Junginger (2022), o.S.

muss befürchtet werden, dass sowohl bei den Ausgabeneinsparungen als auch bei den Einnahmensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung nur eine kurzfristige Lösung für die Finanzierung im ambulanten Bereich erreicht wird. Weder strukturelle Maßnahmen noch auf Langfristigkeit ausgelegte Kürzungen bringt der neue Gesetzesentwurf mit sich.

Strukturelle Veränderungen, welche durch die Einführung der allgemeinen Bürgerversicherung vorgenommen werden könnten, würden das Aus des bisherigen dualen Systems bedeuten. Gleichzeitig sehen viele eine Chance bei dieser neuen Form der Versicherung. Der Abbau der Zwei-Klassen-Medizin soll dadurch erreicht werden. Damit sind vor allem die unterschiedlichen Wartezeiten, Arten der Behandlungen und Betreuung zwischen den Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gemeint. Der Anreiz für eine Besserbehandlung von Privatpatienten aufgrund der höheren Vergütung würde wegfallen. Jedoch müsste dafür das Behandlungsniveau insgesamt so hoch sein, dass dies kaum zu realisieren beziehungsweise zu finanzieren ist.¹⁵³ Der Wettbewerb zwischen den Versicherungen würde bei einer Einführung der Bürgerversicherung steigen. Bisher beschränkt sich dieser Wettbewerb durch die Versicherungspflichtgrenze nur auf einen beschränkten Personenkreis.¹⁵⁴ Steigender Wettbewerb soll dazu führen, dass die Versicherer wirtschaftlicher handeln müssten, um konkurrenzfähig zu bleiben.

Dem gegenüber gibt es einige Argumente, die der Einführung einer Bürgerversicherung zur Lösung der steigenden Ausgaben kritisch gegenüberstehen. Vor allem die verfassungsrechtlichen Bedenken sind dabei aufzuführen. Verfassungsrechtler stufen die Einführung einer Bürgerversicherung aufgrund der Verletzung der Grundrechte, sowohl auf der Seite der Versicherungsunternehmer als auch auf der Seite der Versicherten als verfassungswidrig ein. Auch ein Wegfall von vielen Arbeitsplätzen in der privaten Krankenversicherung, in der Rund 68.000 Personen tätig sind, würde ein großes Problem darstellen.¹⁵⁵ Zwar würde aufgrund des Zuwachses der privat Versicherten in eine allgemeine Bürgerversicherung vorerst durch das Solidaritätsprinzip die gesetzlich Versicherten entlasten, jedoch würde die Beitragssenkung von bis zu 1 Prozentpunkt nur von kurzer Dauer sein. Treiber des Ausgabenanstiegs wie der

¹⁵³ Vgl. Deutscher Bundestag (2018), S.5

¹⁵⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2018), S.7

¹⁵⁵ Vgl. Deutscher Bundestag (2018), S.15

demographische Wandel und der medizintechnische Fortschritt, aber vor allem die institutionellen Fehlanreize würden dadurch nicht behoben werden.¹⁵⁶

Die vielen eingeführten Gesetze im Hinblick auf die Digitalisierung zeigen, dass die Bundesregierung dahingehend bereit ist, durch Investitionen die Kosten im ambulanten Bereich in Zukunft zu reduzieren. Jedoch lassen sich die Gesamtkosten derzeit nicht abschätzen. Auch die vollständige Finanzierung und die laufenden Kosten von informationstechnischen Systemen sind noch nicht erfasst worden.¹⁵⁷ Das bisherige Finanzierungssystem kommt, wie in dieser Arbeit aufgezeigt, mit den steigenden Gesundheitsausgaben an seine Grenzen. Eine weitere Erhöhung der laufenden Kosten und hohen Investitionssummen würden die Lücke in der aktuellen Finanzierung vergrößern. Die AOK-Gemeinschaft schätzt die Kosten für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben für die Telematik-Infrastruktur für die gesetzliche Krankenversicherung auf 3 Milliarden Euro für die nächsten zehn Jahre. Ob sich die Investition in Zukunft refinanzieren lassen beziehungsweise, ob die laufenden Kosten und Instandhaltungen durch das aktuelle Finanzierungssystem finanziert werden können ist noch offen. Studien in Deutschland wurden hierzu noch nicht veröffentlicht.¹⁵⁸ Das bisherige Vergütungssystem im ambulanten Bereich bietet auch hierbei kaum Anreize für die Leistungserbringer, aus eigenem Interesse in die digitale Infrastruktur zu investieren.

¹⁵⁶ Vgl. Beznoska et al. (2021), S. 62

¹⁵⁷ Vgl. Sachverständigenrat (2020), S. 47.

¹⁵⁸ Vgl. Sachverständigenrat (2020), S. 50 f.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht das komplexe System des deutschen Gesundheitswesens im ambulanten Bereich, welches bei der Analyse der Kostendämpfungsmaßnahmen berücksichtigt werden muss. Die Einflussnahme von Institutionen im Gesundheitssystem mit zentraler Rolle konnte dabei nur im Bruchteil aufgezeigt und möglichst kompakt dargestellt werden. Die Einschätzungen über den Erfolg der Kostendämpfungsmaßnahmen sowie die gesamte Arbeit basieren ausschließlich auf einer Literaturrecherche. Die Analyse dieser erfolgt aus der Sicht des Staates, welcher für die Implementierung der Maßnahmen auch die Verantwortung trug. Sichtweisen, die den Erfolg gegensätzlich beurteilen könnten, beispielsweise die der Ärzteschaft, wurden in dieser Arbeit vernachlässigt. Da keine exakt definierte wissenschaftliche Kennzahl existiert, mit der der Erfolg der Kostendämpfungsstrategien beurteilt werden kann, werden in dieser Arbeit die im Text häufig aufgeführten Statistiken in Betracht gezogen, um die Aussagen der Literatur zu belegen. Für Ungenauigkeiten beim Vergleich überschneidender Datenpunkte der verschiedenen Statistiken sind bei nicht expliziter Erläuterung im Text die Einbeziehung verschiedener Quellen verantwortlich. Darüber hinaus muss der Begriff der Kostenexplosion ebenfalls inhaltlich kritisch beurteilt werden. Obwohl sich dieser Ausdruck über Jahrzehnte gehalten hat, kann eine Kostenexplosion nicht nachgewiesen werden und steht nur sinnbildlich für den rasanten Anstieg der Gesundheitsausgaben im deutschen Gesundheitswesen.¹⁵⁹ Kritisch betrachtet muss auch der Anstieg der Gesundheitsausgaben innerhalb der ambulanten und stationären Sektoren werden. Die Nichtberücksichtigung des Pflegebereichs sowie deren Strategien zur Kostendämpfung könnte inhaltliche Verfälschungen bei der Analyse des Erfolgs ambulanter Kostendämpfungsmaßnahmen beitragen, da die Einführung der Pflegeversicherung die Ausgaben in beiden Sektoren deutlich in die Höhe getrieben hat.¹⁶⁰

Das Ziel der Sicherstellung der Gesundheit seiner Bürger kostet dem deutschen Gesundheitswesen eine enorme Menge an finanziellem Kapital. Im Jahr 2020 betrugen die Gesundheitsausgaben in Deutschland schon etwa 440 Milliarden Euro und machten die Gesundheitsbranche damit zu einem der wirtschaftsstärksten Sektoren. Die

¹⁵⁹ Vgl. Klever-Deichert et al. (2009), S. 81.

¹⁶⁰ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 385.

Unterbrechung des seit Jahren vorhandenen Anstiegs ist dabei schon seit Jahrzehnten der Versuch der Akteure im Gesundheitswesen. Nicht nur der Vielzahl an politischen Akteuren im Bereich der Finanzierung und der Regulierung liegt die Dämpfung der Gesundheitsausgaben nahe, auch das Bewusstsein der Bürger sollte dafür geschärft werden, da diese letztendlich durch Sozialversicherungsbeiträge für einen Teil dieser Ausgaben aufkommen müssen. Die Versuche zur Kostendämpfung haben sich über viele Jahre entwickelt. Die Kostendämpfungspolitik in Deutschland untergliedert sich dabei in eine traditionelle und eine strukturelle Phase. Die Analyse der Strategien zur Kostendämpfung zeigt aber auf, dass die Maßnahmen, welche meistens in Form von Gesetzesbeschlüssen auftraten, oftmals nur vorübergehende kurzzeitige Dämpfungen mit sich brachten. Langfristige ausgabensenkende Auswirkungen sind weder von den traditionellen Maßnahmen noch von den strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen ausgegangen. Der ambulante Sektor, der im Jahr 2020 für rund 48 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben verantwortlich war, zeigt keine Unterschiede im Vergleich zu der allgemeinen Entwicklung der Ausgaben. Die ambulanten Kostendämpfungsmaßnahmen waren nicht von dauerhaftem Erfolg geprägt, da die Ausgabenstruktur auf Einrichtungsebene in den vergangenen Jahren bei weiter steigenden Ausgaben so gut wie unverändert geblieben ist.

Der Ausblick auf die geplanten Maßnahmen für die Kostendämpfung im ambulanten Bereich ist aktuell von geringen Erfolgsaussichten geprägt. Vergleichbar mit den vergangenen Versuchen, welche ohne große strukturelle Veränderungen die Kosten decken sollten, sind auch diese Maßnahmen nur darauf ausgelegt das aktuelle Defizit auszugleichen. Weiterhin ist das Gesundheitswesen und vor allem die gesetzliche Krankenversicherung auf Zuschüsse und Hilfen vom Staat angewiesen. Die kurzfristigen Lösungen werden zukünftig keinen dauerhaften Erfolg mit sich bringen. Langfristige Veränderungen wie die Einführung einer Bürgerversicherung werden schon jetzt von vielen Kritikern und Experten als nicht zielführend gesehen. Zu viele Argumente sprechen gegen die geringen Erfolgsaussichten einer Bürgerversicherung. Weiterhin werden die Fehlanreize für das große Problem der steigenden Ausgaben angesehen. Die Kommerzialisierung der Medizin, und den damit verbundenen betriebswirtschaftlichen Zielen, gefährden die ärztliche Unabhängigkeit zunehmend. Steht irgendwann nicht mehr der Patient im Vordergrund, sondern der ausschließlich sparsame Umgang der Ressourcen, werden rechtliche und ethische Problemstellungen

aufkommen. Lösungen für dieses ganzheitliche Problem sind aktuell nicht in Aussicht. Es wird jedoch aufgrund des demographischen Wandels und dem Fortschritt der Medizin zu mehr Ausgaben im ambulanten Bereich kommen. Ob eine vorangetriebene Digitalisierung im Gesundheitswesen die Lösung sein könnte, kann aktuell noch nicht beurteilt werden.

6 Literaturverzeichnis

ÄrzteZeitung (2012). Vor 20 Jahren verabschiedet: Das hat das Gesundheitsstrukturgesetz gebracht. Abrufdatum: 04.10.2022, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Das-hat-das-Gesundheitsstrukturgesetz-gebracht-286232.html>.

Beermann, M. (2017). Politische Perspektiven für die Zukunft der digitalen Gesundheit. In: Matusiewicz, D., Pittelkau, C., Elmer, A. (Hrsg.), Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Transformation, Innovation, Disruption (36-40). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Behagel, K. (1994). Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Stress, Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln, Bd. 18. Frankfurt/Main: Campus.

Beznoska, M., Pimpertz J., Stockhausen M. (2021), Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität?. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V..

Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016). Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WISO Diskurs, 2016,01. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.

Brunner, H., Furmaniak, A. (2013). Einführung. In: Lauterbach, K., Stock, S., Brunner, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe (13-24). Lehrbuch Gesundheitswissenschaften., Bern: Huber.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Abrufdatum: 28.09.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versorgungsstrukturgesetz.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2020a). Das deutsche Gesundheitssystem: Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Abrufdatum: 18.09.2022, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2022). Finanzergebnis der GKV. Abrufdatum: 01.10.2022, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2021_bf.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2022). Lauterbach: Konsolidierung gelungen, Leistungskürzungen verhindert. Abrufdatum: 05.11.2022, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/gkv-finanzstabilisierungsgesetz-beschlossen.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2022). Herstellerabschläge für Arzneimittel. Abrufdatum: 05.11.2022, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/herstellerabschlaege.html#:~:text=Vom%201.,H%C3%B6he%20von%206%20Prozent%20an>.

Busse, R., Blümel, M. & Spranger, A. (2017). Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen, 2. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Deutscher Bundestag (2018), Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“. Abrufdatum: 20.11.2022, <https://www.bundestag.de/resource/blob/543314/9718c94eab41a8406e645cd6d5457caf/WD-9-058-17-pdf-data.pdf>.

Die Bundesregierung (2022). Sozialversicherung: Neue Rechengrößen. Abrufdatum: 01.10.2022, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv/beitragsbemessungsgrenze-2022-1970116>.

Dröschel, D., Rogowski, W., John, J. (2016). Derzeitige Finanzierung der Versorgung. In: Rogowski, W. (Hrsg.), Business Planning im Gesundheitswesen. Die Bewertung neuer Gesundheitsleistungen aus unternehmerischer Perspektive (147-176). Wiesbaden: Springer Gabler.

- Dörries, M., Gensorowsky, D., Greiner, W. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen - hochwertige und effizientere Versorgung. In: Lux, T. et al. (Hrsg.), Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung (692-696)., Heidelberg: Springer.
- Elmer, A. (2017). Fazit. In: Matusiewicz, D., Pittelkau, C., Elmer, A. (Hrsg.), Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Transformation, Innovation, Disruption (351-354). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Gerlinger, T. (2017). Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2016. Abrufdatum: 19.11.2022, <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/253628/etappen-der-gesundheitspolitik-1975-bis-2016/>.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022). Gesundheitsausgaben in Deutschland. Abrufdatum: 05.10.2022, https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=88867756&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_ansnr=19809187&p_version=47&D.734=4503&D.732=4498.
- Hegner, S., Biesdorf, S., Möller, M. (2018). Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland. Abrufdatum: 04.12.2022, https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2018/2018-09-25-digitalisierung%20im%20gesundheitswesen/langfassung%20digitalisierung%20im%20gesundheitswesen__neu.ashx.
- Henke, K.-D. (1992). Gesundheitswesen zwischen Wachstumsdynamik und Kostendämpfung. Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 72, 8, 415-420.
- Junginger, B. (2022), Krankenkassen: Höhere Beiträge Jahr für Jahr?. Abrufdatum: 20.11.2022, <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/gesundheitswesen-krankenkassen-hoehere-beitraege-jahr-fuer-jahr-id64067331.html>.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), Verordnungssteuer: Rabatte und Rabattverträge.
Abrufdatum: 10.11.2022, <https://www.kbv.de/html/2948.php>.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), Bundestag schafft Neupatientenregelung ab - Zuschläge zur Terminvermittlung kompensieren den Wegfall nicht. Abrufdatum: 10.11.2022,
https://www.kbv.de/html/1150_60474.php#:~:text=Die%20Neupatientenregelung%20war%20vor%20drei,in%20voller%20H%C3%B6he%20verg%C3%BCtet%20werden.

Klever-Deichert, G., Gerber-Grote, A., Stock, S., Längen, M. (2013). Das deutsche Gesundheitswesen: Zahlen und rechtlicher Rahmen. In: Lauterbach, K., Stock, S., Brunner, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe (75-104)., Bern: Huber.

Kumpmann, I. (2008). Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Abrufdatum: 20.11.2022, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/29984/1/557408962.pdf>.

König, J. (2010). Gesundheitsausgaben in Deutschland. Eine Kointegrationsanalyse, Schriften zur empirischen Wirtschaftsforschung, 17. Frankfurt am Main: Lang.

Land, B. (2018), Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung. Stuttgart: Kohlhammer.

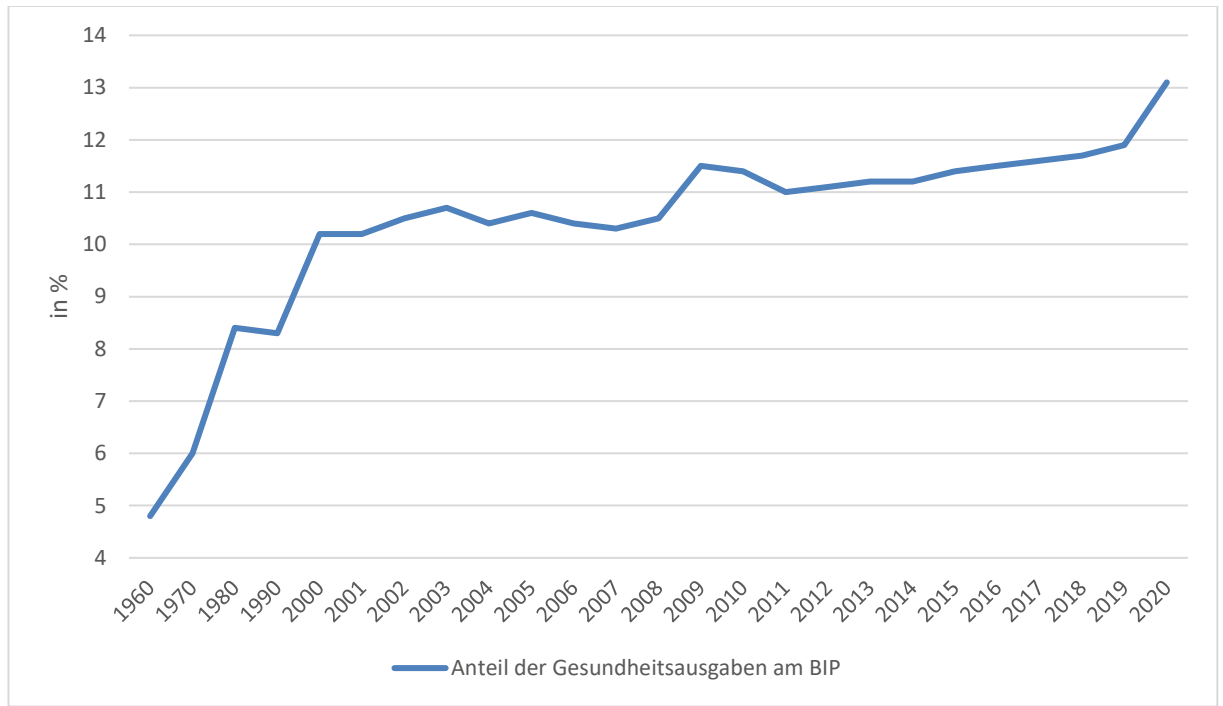
Lux, T., Breil, B. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen: bessere Versorgungsqualität trotz Kosteneinsparungen. In: Lux, T. et al. (Hrsg.), Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung (687-692)., Heidelberg: Springer.

Maus, J. (1999). Kostendämpfung im Gesundheitswesen: Der lange Weg in die Verwaltungsmedizin. Abrufdatum: 30.11.2022,
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/17861/Kostendaempfung-im-Gesundheitswesen-Der-lange-Weg-in-die-Verwaltungsmedizin.>

- Meinhardt V., Schulz E. (2003), Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Abrufdatum: 10.10.2022, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/151201/1/03-07-1.pdf>.
- Naumann, J. (2017). Die digitale Arztpraxis - Vision oder Fiktion? In: Matusiewicz, D., Pittelkau, C., Elmer, A. (Hrsg.), Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Transformation, Innovation, Disruption (131-133). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Passon, A., Lungen, M., Gerber-Grote, A., Redaelli, M., Stock, S. (2013). Das Krankenversicherungssystem in Deutschland. In: Lauterbach, K., Stock, S., Brunner, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe (105-136), Bern: Huber.
- Robert Koch-Institut (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Abrufdatum: 05.11.2022, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf;jsessionid=D5D52D2708BB64883F72D9F60A2D95DB.internet072?__blob=publicationFile.
- Rogowski, W., John, J., Bartoscheck, S. (2016). Mehrwert der Innovation. In: Rogowski, W. (Hrsg.), Business Planning im Gesundheitswesen. Die Bewertung neuer Gesundheitsleistungen aus unternehmerischer Perspektive (39-64). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Rosewitz, B./ Webber, D. (1990). Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Sachverständigenrat (2020). Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Bern: Hogrefe.
- Schlicht, A. (2022), Die Bürgerversicherung, Abrufdatum: 20.11.2022, <https://www.krankenversicherung.net/buergerversicherung>.

- Schmedt, M. (2022), Kostendämpfung: Schnelle Effekte helfen nicht. Abrufdatum: 20.11.2022, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/227611/Kostendaempfung-Schnelle-Effekte-helfen-nicht>.
- Schönbach, K.-H. (2015). Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang. Gesundheits- und Sozialpolitik, 16-23.
- Simon, M. (2017). Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.
- Statistisches Bundesamt (2022). Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen. Abrufdatum: 05.10.2022, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html;jsessionid=87A8D13787A50480905325508E2A97CE.live742>.
- Statistisches Bundesamt (2022). Gesundheitspersonal Deutschland. Abrufdatum: 24.09.2022, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001#abreadcrumb>.
- Statista (2022). Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Deutschland in den Jahren 1997 bis 2020. Abrufdatum: 18.11.2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76458/umfrage/deutschland-entwicklung-der-gesundheitsausgaben-seit-1997/>.
- Stock, S., Hansen L., Redaelli, M. (2013). Die ambulante Versorgung. In: Lauterbach, K., Stock, S., Brunner, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe (137-156), Bern: Huber.
- Troschke, J. von/ Stöbel, U. (2012). Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege, Querschnittsbereiche, Bern: Huber.
- Verband der Ersatzkassen (2022). Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. Abrufdatum: 01.10.2022, https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html.

7 Anhang



Anhang 1: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

Quelle: In Anlehnung an Brunner & Furmaniak (2009), S. 17./ Daten ab 2000 basieren auf Statista, (2022), o.S.