

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzentrierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V)

Inhaltsübersicht

	Seite
Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse	3
A. Berichtsgegenstand	5
I. Berichtsauftrag	5
II. Aufbau und Grundlagen des Berichts	5
B. Entwicklung der Beitragssätze	5
I. Ausgangssituation	5
II. Entwicklung von 1989 bis 1991 in den alten Bundesländern	6
1. Entwicklung in 1989	6
2. Entwicklung in 1990	6
3. Entwicklung in 1991	6
III. Entwicklung im Beitrittsgebiet	7
C. Empfehlungen und Vorschläge der Konzentrierten Aktion und ihre Umsetzung	7
I. Aufgabe und Gegenstand von Empfehlungen	7
II. Allgemeine Empfehlungen zur finanziellen Entwicklung	8
III. Sektorenspezifische Empfehlungen	8
1. Ambulante ärztliche Versorgung	8
a) Ausgabenentwicklung	8
b) Wirtschaftlichkeitsprüfung und Transparenz	9
c) Qualifikation des Hausarztes	9
d) Kooperation der Kassenärzte	10

2. Ambulante zahnärztliche Versorgung	10
a) Zahnersatz	10
b) Konservierend-chirurgische Behandlung	10
c) Kieferorthopädische Behandlung	11
d) Kostenerstattung	11
3. Arzneimittelversorgung	11
a) Ausgabenentwicklung	11
b) Festbeträge	12
c) Richtgrößen	12
d) Rahmenverträge	13
4. Heil- und Hilfsmittelversorgung	14
a) Ausgabenentwicklung	14
b) Wirtschaftliche Verordnungsweise	14
c) Festbeträge	15
d) Hilfsmittelverordnung	15
e) Preisverhandlungen für Heilmittel	15
5. Krankenhausversorgung	15
a) Ausgabenentwicklung	16
b) Vorrang ambulanter Versorgung	16
c) Zahl der Kurzlieger	16
d) Rationalisierungsinvestitionen	16
e) Abbau von Krankenhauskapazitäten	17
IV. Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens	17
1. Qualitätssicherung	17
a) Inhalt der Empfehlung	17
b) Stand der Umsetzung	17
2. Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenpflege	18
a) Inhalt der Empfehlung	18
b) Stand der Umsetzung	19
V. Erklärung zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland	21
1. Inhalt der Erklärung	21
2. Stand der Umsetzung	21
a) Gegliederte Krankenversicherung	21
b) ärztliche und zahnärztliche Versorgung	22
c) Arzneimittelversorgung	22
d) Heil- und Hilfsmittelversorgung	23
e) Krankenhausversorgung	23
f) Modellprogramme	24
D. Bewertung der Empfehlungen und ihrer Umsetzung durch den BMG	
I. Bewertung der Empfehlungen und Vorschläge	25
1. Sicherung der Beitragssatzstabilität	25
2. Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens	26
3. Gesundheitspolitische Aufgaben im vereinten Deutschland	26
II. Bewertung der Umsetzung der Empfehlungen	26
1. Sicherung der Beitragssatzstabilität	26
2. Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens	29
a) Qualitätssicherung	29
b) Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenpflege	29
3. Gesundheitspolitische Aufgaben im vereinten Deutschland	30
E. Anhang	31
I. Tabellen	34
II. Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierte Aktion im Wortlaut	47

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Mit dem vorliegenden Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V gibt der Bundesminister für Gesundheit Bundestag und Bundesrat einen Überblick über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, über die Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie über die Umsetzung dieser Empfehlungen in den Jahren 1989 bis 1991.

Bei der Beurteilung der *Beitragssatzentwicklung* ergibt sich für den Betrachtungszeitraum (1989 bis 1991) insgesamt ein positives Bild. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der in den Jahren 1985 bis 1988 Jahr für Jahr um ca. 0,4 Prozentpunkte gestiegen war, sank von 1989 bis Anfang 1991 von 12,9 v.H. auf 12,2 v.H. Dementsprechend ging zum 1. Juli 1991 auch der Beitragssatz in der Krankenversicherung der Rentner von 12,8 v.H. auf 12,2 v.H. zurück.

Diese Beitragssatzsenkungen wurden insbesondere durch die unmittelbar wirksam werdenden Maßnahmen der Gesundheitsreform zur Konzentration des Leistungskatalogs auf das medizinisch Notwendige und sozialpolitisch Erforderliche und die veränderten Zuzahlungsregelungen ermöglicht. Auch die günstige Entwicklung der Beitragseinnahmen durch steigende Grundlöhne (beitragspflichtige Einnahmen) hat dazu beigetragen, daß die Krankenkassen in den Jahren 1989 und 1990 hohe Einnahmeüberschüsse erzielten, die sie zum Aufbau ihrer Rücklagen sowie zu Beitragssatzsenkungen nutzen konnten.

Die seit Mitte 1990 wieder expansive Ausgabenentwicklung, die sich im ersten Halbjahr 1991 verstärkt fortgesetzt hat, gefährdet erneut die Stabilität der Beitragssätze. 1991 kann mit einem Wachstum der Grundlöhne je Mitglied von rd. 5 v.H. gerechnet werden. Wenn sich der Trend des ersten Halbjahrs mit einem Wachstum der Leistungsausgaben je Mitglied von 9,2 v.H. im weiteren Verlauf des Jahres 1991 fortsetzt, dürften die Leistungsausgaben je Mitglied weit über dem Grundlohnwachstum liegen.

1991 wird das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung vermutlich zwischen 4 und 5 Mrd. DM liegen. Da die GKV insgesamt noch über hohe Rücklagen verfügt, gibt es für die meisten Krankenkassen keinen Grund, 1992 die Beitragssätze anzuheben. Dennoch ist aufgrund von Ankündigungen von Krankenkassen zum 1. Januar 1992 voraussichtlich mit einer Erhöhung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 12,2 v.H. auf 12,4 v.H. zu rechnen. Der Bundesminister für Gesundheit erwartet, daß die zuständigen Aufsichtsbehörden in jedem Einzelfall die Notwendigkeit von Beitragssatzerhöhungen unter Berücksichtigung der Rücklagen prüfen.

Wenn die jetzige Ausgabensteigerung nicht gebremst wird, müßte trotz günstiger Entwicklung der Beitragseinnahmen spätestens 1993 mit weiteren Beitragssatzsteigerungen gerechnet werden.

Auch ein dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegtes Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt zu der Schlußfolgerung, daß weitergehende Maßnahmen — insbesondere zur Begrenzung der Leistungsmengen — erforderlich sind, um zu einer wirksamen Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu kommen.

Die Bundesregierung prüft deshalb zur Zeit, mit welchen Maßnahmen einem Anstieg der Beitragssätze entgegengewirkt werden kann. Außerdem erwartet der Bundesminister für Gesundheit, daß die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer durch eine beschleunigte Umsetzung der Regelungen der Gesundheitsreform zu einer Begrenzung der Ausgabenentwicklung beiträgt.

In den einzelnen Leistungsbereichen ergibt sich zur Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion folgendes Bild:

In der *ambulanten ärztlichen Versorgung* hatte die Konzertierte Aktion die Erwartung ausgesprochen, daß die Vergütungsvereinbarungen dem Grundsatz der Beitragsstabilität gerecht werden und die Umsetzung der neuen Instrumente zur wirtschaftlichen Verordnungsweise und zur Kosten- und Leistungstransparenz gefordert. Die Entwicklung in diesem Leistungsbereich zeigt, daß der Ausgabenzuwachs für die ambulante ärztliche Behandlung 1989, 1990 und zum 1. Halbjahr 1991 über dem Grundlohnwachstum lag. Die Instrumente des „Gesundheitsreform-Gesetzes“ zur wirtschaftlichen Verordnungsweise und zur Kosten- und Leistungstransparenz sind erst teilweise umgesetzt.

In der *ambulanten zahnärztlichen Versorgung* hat die Konzertierte Aktion für den Zahnersatzbereich die Erwartung ausgesprochen, daß auf der Basis des 1989 deutlich abgesenkten Niveaus die für die Zeit ab 1990 zu treffenden Vergütungen das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht gefährden. Sie hat die Vertragspartner aufgefordert, die für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung vorgesehene Kostenerstattung bundesweit so umzusetzen, daß die Bezüge zum Kassenarztrecht sichergestellt werden. Die Ausgaben für Zahnersatzleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung konnten in den Jahren 1989 und 1990 deutlich reduziert werden. Die zweistelligen Ausgabenzuwächse im 1. Halbjahr 1991 liegen jedoch erheblich über dem Anstieg der Grundlöhne. Der Aufforderung der Konzertierten Aktion für die Ausgestaltung der Kostenerstattung wurde nicht voll entsprochen.

Im Bereich der *Arzneimittelversorgung* hat die Konzertierte Aktion empfohlen, das neue Instrumentarium zur Eingrenzung der Ausgaben für Arzneimittel, insbesondere die Richtgrößen für verordnete Arzneimittel, den Abschluß von Rahmenverträgen zur Arzneimittelversorgung sowie die Umsetzung der Festbeträge der Stufen 2 und 3, konsequent zu nutzen.

Im Arzneimittelbereich hat — nach einer vorübergehenden Ausgabensenkung im Jahre 1989 — im Jahre 1990 und im 1. Halbjahr 1991 vor allem eine Mengenexpansion wieder zu erheblich über der Grundlohnentwicklung liegenden Ausgabenzuwächsen geführt. Die weitgehend umgesetzten Festbeträge der Stufe 1 haben zwar zu erheblichen Einsparungen der gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen. Die Umsetzung der Festbeträge der Stufen 2 und 3 begann jedoch erst 1991 und hatte deshalb im Berichtszeitraum kaum finanzielle Auswirkungen. Die Richtgrößen für verordnete Arzneimittel sowie die Rahmenverträge zur Arzneimittelversorgung sind erst teilweise umgesetzt.

Im Bereich der *Heil- und Hilfsmittelversorgung* hat die Konzertierte Aktion die Erwartung ausgesprochen, daß es durch Mobilisierung aller vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven nach Einführung des Gesundheitsreform-Gesetzes zu Ausgabensenkungen kommt und das neue Steuerungsinstrumentarium zur Ausgabenbegrenzung genutzt wird. 1989 ist es im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung — wie von der Konzertierten Aktion erwartet — zu einem Ausgabenerückgang gekommen. Allerdings lagen die Ausgabenzuwächse 1990 und im 1. Halbjahr 1991 wieder deutlich über der Grundlohnentwicklung. Festbeträge für Hilfsmittel gibt es nur für Hör- und Sehhilfen. Für Rollstühle, orthopädische und sonstige Hilfsmittel wurden noch keine Festbeträge beschlossen. Im Hilfsmittelsektor fehlt es für Ärzte, Versicherte und Krankenkassen an ausreichender Markttransparenz. Bei Heilmitteln ist eine starke Mengenexpansion festzustellen. Die Richtgrößen für Heilmittel sind noch nicht umgesetzt. Auch eine verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte zur gezielten Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln steht noch aus.

Im Bereich der *Krankenhausversorgung* hat die Konzertierte Aktion an die Vertragspartner appelliert, den Ausgabenanstieg auch für das Jahr 1990 möglichst niedrig zu halten. Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus wurde gefordert, alle Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Versorgung und die Nutzung von Rationalisierungsinvestitionen auszuschöpfen. In der Krankenhausver-

sorgung blieben die Ausgabensteigerungen 1989 unterhalb der Grundlohnentwicklung. Seit 1990 sind aber auch hier wieder wachsende Steigerungsraten zu verzeichnen. Tarifliche Verbesserungen sowie Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der stationären Versorgung werden sich in den nächsten Jahren kostensteigernd auswirken und die Ausgaben der Krankenkassen weiter erhöhen. Deshalb besteht weiterer Handlungsbedarf, um die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu erhöhen.

Mit den Empfehlungen zur *Qualitätssicherung* in der medizinischen Versorgung sowie zu den Verbesserungen im Bereich der Alten- und Krankenpflege hat die Konzertierte Aktion wichtige Impulse zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens gesetzt. Im Bereich der *Qualitätssicherung* besteht noch erheblicher Handlungsbedarf für die Vertragspartner bei der Umsetzung der im SGB V vorgesehenen Maßnahmen.

Bei den *Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenpflege* sind aufgrund der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen wichtige Fortschritte erzielt worden. Der Konzertierten Aktion ist es gelungen, die Beteiligten (Bundesregierung, Länder, Bundesanstalt für Arbeit, Krankenhäuser, Träger stationärer und ambulanter Pflege, Krankenkassen, Kassenärzte sowie Tarifpartner) zu verpflichten, in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte zu ergreifen. Bei einer Zwischenbilanz anlässlich der Konzertierten Aktion am 6. Juni 1991 konnte festgestellt werden, daß seit der Empfehlung vom 4. Dezember 1989 spürbare Fortschritte erfolgten; gleichzeitig ist es erforderlich, daß die Beteiligten weitere Initiativen zügig umsetzen. Darüber soll im Herbst 1992 erneut Bilanz gezogen werden.

Entscheidende Impulse hat die Konzertierte Aktion auch für den Aufbau eines *freiheitlichen Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern* gesetzt und die Beteiligten zu einer großen Gemeinschaftsanstrengung motiviert. Bund, Ländern, den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie den Tarifpartnern ist es dank der koordinierenden und konsensfördernden Rolle der Konzertierten Aktion gelungen, die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten zum gemeinsamen Handeln für die Aufbauleistungen im Beitrittsgebiet zu bündeln. Damit stellt sich die Konzertierte Aktion mit Erfolg der Herausforderung, die beträchtlichen Versorgungsdefizite in den neuen Bundesländern abzubauen.

A. Berichtsgegenstand

I. Berichtsauftrag

Mit dem vorliegenden Bericht kommt der Bundesminister für Gesundheit dem in § 141 Abs. 4 SGB V festgelegten Auftrag nach,

„den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahr 1991, über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu berichten“.

Mit dem Bericht wird den gesetzgebenden Körperschaften die Möglichkeit gegeben, die Konzertierte Aktion als Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität beurteilen zu können und daraus ihre Konsequenzen zu ziehen.

II. Aufbau und Grundlagen des Berichts

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

- Im Teil B wird die *Entwicklung der Beitragssätze im Berichtszeitraum von 1989 bis 1991* dargestellt. Dabei wird auch auf die Ausgangssituation vor

Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes sowie auf die sich abzeichnenden Entwicklungstendenzen nach 1991 eingegangen.

- Im Teil C werden die von der Konzertierten Aktion im Berichtszeitraum erarbeiteten *Empfehlungen und Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* und — soweit dies zum Berichtszeitpunkt möglich ist — ihre Umsetzung dargestellt. Im Berichtszeitraum hat die Konzertierte Aktion Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung, Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens sowie Erklärungen zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland abgegeben. Die Ergebnisse der Herbstsitzung 1991 der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 3. Dezember 1991 können erst in dem nächsten Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V berücksichtigt werden.
- Im Teil D gibt der Bundesminister für Gesundheit eine Bewertung zur Beitragssatzentwicklung und zur Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion.
- Im Teil E (Anhang) werden die Beitragssatzentwicklung und ihre Einflußfaktoren anhand von Tabellen erläutert. Außerdem werden die Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion im Wortlaut dokumentiert.

B. Entwicklung der Beitragssätze

I. Ausgangssituation

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern sowie die Beitragssätze der Krankenkassen zu senken und dauerhaft zu stabilisieren. Gleichzeitig sollte finanzieller Spielraum für notwendige neue Leistungen der Krankenversicherung — insbesondere im Bereich der Gesundheitsvorsorge, der Bekämpfung der großen Volkskrankheiten sowie im Bereich der häuslichen Pflege — geschaffen werden.

Die langfristige Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der GKV vor Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes zum 1. Januar 1989 verdeutlicht den Handlungsbedarf für den Gesetzgeber. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung waren seit 1970 von 23,8 Mrd. DM auf 128,0

Mrd. DM (1988) angestiegen (vgl. Tabelle 1). Das entspricht einer Steigerung auf etwa das Fünfeinhalbfache. Das Bruttosozialprodukt hat sich im gleichen Zeitraum von 676 Mrd. DM auf rd. 2122 Mrd. DM, also auf etwa das Dreieinhalbfache erhöht. Der Anteil der von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Leistungsausgaben am Bruttosozialprodukt ist von rd. 3,5 v.H. auf rd. 6,0 v.H. angestiegen und hat sich damit fast verdoppelt.

Die langfristige Folge einer Ausgabenentwicklung, die in den letzten 20 Jahren im Durchschnitt deutlich über dem Anstieg der Grundlöhne lag (vgl. Abbildung 1), war ein Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 8,2 v.H. (1970) auf 12,9 v.H. im Jahre 1988 (vgl. Tabelle 2). Dabei muß berücksichtigt werden, daß auch die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich mit der Lohn- und Gehaltsentwicklung angehoben wurden (vgl. Tabelle 3) und da-

mit den Krankenkassen auch bei konstanten Beitragssätzen entsprechende Einnahmesteigerungen garantiert waren. Zu Beginn der Kostendämpfungs politik, die Mitte der 70er Jahre einsetzte, sind die Beitragssätze für einen vorübergehenden Zeitraum zwar nur noch gering angestiegen. Nach einem Höchststand des durchschnittlichen Beitragssatzes mit 12,0 v.H. im Jahre 1982 konnte dieser bis 1984 wieder auf 11,4 v.H. gesenkt werden. Seit dieser Zeit stieg er bis 1988 wieder kontinuierlich an.

Ohne die Gesundheitsreform hätte sich der Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes auch in den Folgejahren fortgesetzt. Der durchschnittliche Beitragssatz hätte dann 1990 die 14 v.H.-Grenze erreicht und 1991 überschritten. Stattdessen liegt er seit dem 1. Januar 1991 bei 12,2 v.H.

Stellt man die tatsächliche Beitragssatzentwicklung der Beitragssatzentwicklung gegenüber, die dem Trend der Jahre 1984 bis 1988 entspricht, so läßt sich daraus eine Minderbelastung der Beitragszahler für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 von mehr als 30 Mrd. DM ableiten.

II. Entwicklung von 1989 bis 1991 in den alten Bundesländern

Die Betrachtung der Beitragssatzentwicklung im Zeitraum 1989 bis 1991 bietet die Möglichkeit einer ersten Zwischenbilanz zu der Frage, inwieweit es gelungen ist, das Ziel der Senkung der Beitragssätze und ihrer Stabilisierung auf einem niedrigeren Niveau zu erreichen.

1. Entwicklung in 1989

Nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform am 1. Januar 1989 konnte der Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung gestoppt werden. Erstmals seit nach dem 2. Weltkrieg gingen ihre Ausgaben deutlich zurück. Die Gesamtausgaben betragen 1989 129,9 Mrd. DM und lagen damit 4,4 Mrd. DM (3,3 v.H.) unter den Vorjahreswerten. Die Leistungsausgaben gingen um 3,8 v.H. auf 123,2 Mrd. DM zurück. Die Leistungsausgaben je Mitglied verzeichneten sogar einen Rückgang von 4,4 v.H. (vgl. Tabelle 4).

Bei einem gleichzeitigen Anstieg der Grundlöhne je Mitglied um 3,5 v.H. konnten die Krankenkassen 1989 einen Einnahmenüberschuß von 9,8 Mrd. DM verzeichnen. Trotz des Überschusses blieb der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz über das Jahr 1989 unverändert bei 12,9 v.H., denn die Krankenkassen nutzten die günstige Finanzentwicklung vor allem zur Aufstockung ihrer Betriebsmittel, der Rücklagen und des Verwaltungsvermögens. Die Konstanz der Beitragssätze im Jahr 1989 läßt sich also durch eine vorsichtige Haushaltspolitik der Krankenkassen erklären.

Einen genauen Überblick über die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV vermittelt die Tabelle 5.

2. Entwicklung in 1990

Zu Beginn des Jahres 1990 hielten sich die Krankenkassen mit Beitragssatzsenkungen noch zurück. So betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zum 1. Januar 1990 12,8 v.H., 0,1 Prozentpunkte weniger als zum 1. Januar 1989 (vgl. Tabelle 6). Im Laufe des Jahres wurden die Beitragssätze jedoch von der überwiegenden Mehrheit der Kassen gesenkt, so daß sich im Durchschnitt des Jahres 1990 ein allgemeiner Beitragssatz von 12,5 v.H. ergab. Die finanzielle Entwicklung verlief trotz des sich gegenüber dem Vorjahr beschleunigenden Ausgabenanstiegs auch im Jahr 1990 zufriedenstellend.

Der Trend steigender Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, der sich in der zweiten Jahreshälfte 1990 beschleunigte, ist z. T. auf eine Normalisierung der Ausgabenentwicklung in den Bereichen zurückzuführen, in denen nach Anstiegen in 1988 im Jahr 1989 erhebliche Rückgänge zu verzeichnen waren. Bei einer Grundlohnsteigerung je Mitglied von 5,1 v.H. und einem Anstieg der Leistungsausgaben je Mitglied von 6,9 v.H. konnte dennoch ein Überschuß von 6,1 Mrd. DM erzielt werden, da die Einnahmeüberhänge aus dem Vorjahr nur z. T. durch Beitragssatzsenkungen abgebaut wurden.

Einen näheren Überblick über die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Jahr 1990 vermittelt die Tabelle 5.

3. Entwicklung in 1991

Eine vollständige Übersicht über die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für 1991 kann zum Zeitpunkt der Berichtserstellung nicht gegeben werden. Daten für 1991 liegen noch nicht vollständig vor. Anfang des Jahres 1991 kam es zu weiteren Beitragssatzsenkungen, die nicht zuletzt durch die hohen Einnahmeüberschüsse der GKV in den Jahren 1989 und 1990 ermöglicht wurden. Zum 1. Januar 1991 lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz mit 12,2 v.H. um 0,7 Prozentpunkte niedriger als 1989. Zum 1. Juli 1991 wurde auch der Beitragssatz in der Krankenversicherung der Rentner auf 12,2 v.H. gesenkt und damit dem Beitragssatz in der Allgemeinen Krankenversicherung angepaßt.

Die erneut expansive Ausgabenentwicklung des zweiten Halbjahres 1990 hat sich im ersten Halbjahr 1991 fortgesetzt. Dies gefährdet die Stabilität der Beitragssätze. Obwohl 1991 mit einem Wachstum der Grundlöhne je Mitglied von rd. 5 v.H. (1. Halbjahr 1991 + 4,8 v.H.) gerechnet werden kann, dürften die Leistungsausgaben je Mitglied deutlich über diesen Werten liegen, wenn sich der Trend des ersten Halbjahrs mit einem Wachstum der Leistungsausgaben je Mitglied von 9,2 v.H. im Laufe des Jahres 1991 fortsetzt. Dabei muß berücksichtigt werden, daß 1991 erstmals die Dauerleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den §§ 55 und 57 SGB V wirksam werden, die rd. 1 Prozentpunkt der Ausgabensteigerungen erklären und auf das Jahr bezogen vermutlich ein Finanzvolumen von ca. 2 Mrd. DM ausmachen könnten.

1991 wird das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung vermutlich zwischen 4 und 5 Mrd. DM liegen. Da die GKV insgesamt noch über hohe Rücklagen verfügt, gibt es für die meisten Krankenkassen keinen Grund, 1992 die Beitragssätze anzuheben. Dennoch ist aufgrund von Ankündigungen von Krankenkassen zum 1. Januar 1992 voraussichtlich mit einer Erhöhung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 12,2 v.H. auf 12,4 v.H. zu rechnen. Der Bundesminister für Gesundheit erwartet, daß die zuständigen Aufsichtsbehörden in jedem Einzelfall die Notwendigkeit von Beitragssatzerhöhungen unter Berücksichtigen der Rücklagen prüfen.

Wenn die jetzige Ausgabensteigerung nicht gebremst wird, müßte trotz günstiger Entwicklung der Beitragseinnahmen spätestens 1993 mit weiteren Beitragssatzsteigerungen gerechnet werden.

Auch ein dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegtes Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt zu der Schlußfolgerung, daß weitergehende Maßnahmen — insbesondere zur Begrenzung der Leistungsmengen — erforderlich sind, um zu einer wirksamen Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu kommen.

Die Bundesregierung prüft deshalb zur Zeit, mit welchen Maßnahmen einem Anstieg der Beitragssätze entgegengewirkt werden kann. Außerdem erwartet der Bundesminister für Gesundheit, daß die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer durch eine beschleunigte Umsetzung der Regelungen der Gesundheitsreform zu einer Begrenzung der Ausgabenentwicklung beiträgt.

Für die Beitragssatzentwicklung ergibt sich für 1989, 1990 und 1991 insgesamt ein positives Bild. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz konnte

von 12,9 v.H. auf 12,2 v.H. und der Beitragssatz in der Krankenversicherung der Rentner von 12,8 v.H. auf 12,2 v.H. gesenkt werden.

III. Entwicklung im Beitrittsgebiet

Für das Beitrittsgebiet ist für alle Krankenkassen ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz in Höhe von 12,8 v.H. festgesetzt worden. Dieser gilt bis zum 31. Dezember 1991 (§ 313 Abs. 1 SGB V). Die Beiträge für pflichtversicherte Rentner im Beitrittsgebiet werden im Jahr 1991 als Pauschalbetrag von 12,8 v.H. des Gesamtbetrages der Renten von den Rentenversicherungsträgern an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abgeführt.

In den fünf neuen Bundesländern wurde die Bezugsgröße ab 1. Januar 1991 auf 1540,— DM monatlich und die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung auf 2250,— DM monatlich festgesetzt. Diese Werte sind aufgrund der Lohnentwicklung in den fünf neuen Bundesländern ab 1. Juli 1991 auf 1750,— DM monatlich (Bezugsgröße) und 2550,— DM (Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung) angehoben worden.

Mittlerweile liegen erste Anhaltspunkte über die Finanzentwicklung der Krankenkassen für das Beitrittsgebiet vor. Nach vorläufigen Schätzungen der Krankenkassen für das 1. Halbjahr 1991 standen ca. 11 Mrd. DM Einnahmen ca. 10 Mrd. DM Ausgaben gegenüber. Allerdings ist die Schätzgenauigkeit dieser Werte wesentlich geringer als in den alten Bundesländern. Dies gilt insbesondere für die Schätzung der Ausgabenentwicklung. Trotz dieser statistischen Vorbehalte ist davon auszugehen, daß die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Beitrittsgebiet für 1991 ausreichen werden, um die Ausgaben zu decken.

C. Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion und ihre Umsetzung

I. Aufgabe und Gegenstand von Empfehlungen

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat im Berichtszeitraum fünf Sitzungen durchgeführt:

- am 10. April 1989
- am 4. Dezember 1989
- am 5. November 1990
- am 6. Juni 1991
- am 3. Dezember 1991.

Die Ergebnisse der Sitzung vom 3. Dezember 1991 konnten in den Bericht noch nicht eingebunden werden.

Die Konzertierte Aktion gab in ihren Sitzungen die im folgenden beschriebenen Empfehlungen, Erklärungen und Entschließungen ab. Die Erklärung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 5. November 1990 zur Absicherung des Pflagerisikos wird nicht in diesem Bericht behandelt, da die Zuständigkeit für diesen Bereich durch den Organisationserlaß des Bundeskanzlers vom 23. Januar 1991 dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung übertragen wurde.

Im folgenden werden die Beschlüsse der Konzertierten Aktion in Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung (II.), Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens (III.) sowie in die Erklärung der Konzertierten Aktion zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland (IV.) untergliedert.

II. Allgemeine Empfehlungen zur finanziellen Entwicklung

Die Konzertierte Aktion hat am 6. Juni 1991 in ihrer „Entschiebung zur finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ angesichts des sich seit Mitte 1990 beschleunigenden Ausgabenanstiegs (vgl. Teil B) in der gesetzlichen Krankenversicherung in den *alten Bundesländern* die Beteiligten aufgefordert, sich um Beitragssatzstabilität zu bemühen. Das Ziel, die notwendige leistungsfähige medizinische Versorgung zu gewährleisten, setze voraus, daß die Grundsätze der Gesundheitsreform weiter beachtet und — soweit noch nicht geschehen — umgesetzt werden. Es müsse vermieden werden, daß der ungünstige Trend der Ausgabenentwicklung anhalte.

In der Entschiebung vom 6. Juni 1991 nimmt die Konzertierte Aktion auch zur Entwicklung in den *neuen Bundesländern* Stellung (vgl. hierzu auch Gliederungspunkte C IV). Bezogen auf die finanzielle Entwicklung wird die Vorgabe des Einigungsvertrages, auch in den neuen Bundesländern ausgeglichene Haushalte bei einem Beitragssatz von 12,8 v.H. zu erreichen von der Konzertierten Aktion als gesetzliche Orientierungsmarke behandelt. Die Beitragsfinanzierung wird auch für das Beitrittsgebiet als tragendes Element der Selbstverwaltung gewertet. Die Beteiligten werden aufgefordert, alle Anstrengungen zu unternehmen, um auch in den neuen Bundesländern dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung zu tragen. Ferner bat die Konzertierte Aktion zu prüfen, ob der GKV im Beitrittsgebiet Rückzahlungen aus der Anschubfinanzierung erlassen werden können.

Aufgrund erster Schätzungen über die finanzielle Entwicklung im Beitrittsgebiet für das 1. Halbjahr 1991 (vgl. auch Gliederungspunkt B III) muß davon ausgegangen werden, daß 1991 die Einnahmen der GKV dort insgesamt ausreichen um die Ausgaben zu decken.

III. Sektorenspezifische Empfehlungen

Vor dem Hintergrund des am 1. Januar 1989 in Kraft getretenen Gesundheits-Reformgesetzes kommt den Empfehlungen, die die Konzertierte Aktion am 10. April 1989 zu den Entwicklungen in den verschiedenen Ausgabenbereichen getroffen hat, eine besondere Bedeutung zu. Diese Empfehlungen sollten insbesondere die Umsetzung der Gesundheitsreform durch die Beteiligten in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen erleichtern, damit alle Möglichkeiten der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in den Leistungssektoren genutzt, Einsparpotentiale realisiert und damit die Beitragssätze gesenkt werden können. Die Inhalte der Empfehlungen sowie deren Umsetzung im Berichtszeitraum stellen sich für die einzelnen Leistungsbereiche wie folgt dar:

1. Ambulante ärztliche Versorgung

In ihrer *Empfehlung vom 10. April 1989 zum Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung* hat die Konzertierte Aktion insbesondere Vorschläge und Forderungen zur Entwicklung der Gesamtvergütung, der Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der Leistungstransparenz, der Sicherung der fachlichen Qualifikation des Hausarztes, der Qualitätssicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur Kooperation bei der Nutzung medizinisch-technischer Geräte unterbreitet.

a) Ausgabenentwicklung

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung drückt zum Bereich *Gesamtvergütung Ärzte* die Erwartung aus, daß die Vergütungsvereinbarungen für 1990 dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ebenso Rechnung tragen wie die bereits abgeschlossenen Verträge für 1989. Sie verweist dabei auch auf das fortbestehende Problem der Mengenausweitung, das durch die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs Ärzte (EBM) nicht gelöst worden sei, und begrüßt die Absicht der Partner, hier zu einer vertraglichen Lösung zu finden.

Stand der Umsetzung

Der Ausgabenzuwachs für die Vergütung der ärztlichen Behandlung lag 1989 mit 4,0 v.H. je Mitglied und 1990 mit 5,6 v.H. über dem Anstieg der Grundlohnsumme (1989: 3,5 v.H., 1990: 5,1 v.H.). Im 1. Halbjahr 1991 betrug die Zuwachsrate 6,1 v.H. im Vergleich zu einem Grundlohnwachstum von 4,8 v.H. (vgl. Tabelle 7). Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund von Veränderungen bei der Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu sehen:

- Mit der gemeinsamen Bundesempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 15. Februar 1990 wurde eine Entwicklung eingeleitet, an deren Ende nach erklärter Absicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Übergang zu einer „ungedeckelten“ Vergütung nach Einzelleistungen stehen soll. In den nachfolgenden Vergütungsvereinbarungen wurden in zunehmendem Maße Teile des ärztlichen Leistungsspektrums aus der Gesamtvergütung ausgegliedert und — ohne Begrenzungsregelung — nach Einzelleistungen honoriert.
- Nach der Empfehlung der Konzertierten Aktion sollten die Vergütungen für „Prävention“ und die „Zuschläge zum ambulanten Operieren“ aus der Begrenzung des Zuwachses der Gesamthonorarsumme ausgenommen werden (*Ausdeckung*). Die Bundesempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 15. Februar 1990 sah jedoch

die Ausdeckelung weiterer Leistungen vor. Diese erfaßten einen Anteil an der Gesamtvergütung in Höhe von ca. 17,4 v.H. Die nachfolgenden Vertragsabschlüsse weiteten den Umfang der ausgedeckelten Leistungen nochmals aus, so daß er in einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen aktuell ein Leistungsspektrum erfaßt, auf das ein Anteil von bis zu 25 v.H. der Gesamtvergütung entfällt.

- Zunehmend werden außerdem Vergütungsverträge mit einem *festen Punktwert für einen begrenzten Zeitraum* abgeschlossen. Nach Ablauf dieses Zeitraumes soll überprüft werden, ob sich die Summe der abgerechneten Leistungen abweichend von der Grundlohnsomme entwickelt hat. Abweichungen sollen dann in den nachfolgenden Quartalen durch ein Verfahren ausgeglichen werden, dessen Modalitäten vielfach im einzelnen noch auszuhandeln sind (z.B. Vergütungsverträge für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern). Das Risiko der Mengenausweitung tragen damit teilweise die Kassen; ein nachträglicher Ausgleich ist nicht verbindlich festgelegt.

b) Wirtschaftlichkeitsprüfung und Transparenz

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung vom 10. April 1989 fordert die Vertragspartner weiterhin auf, die Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes zur *Wirtschaftlichkeitsprüfung* und zur *Transparenz* zügig umzusetzen.

Stand der Umsetzung

Das Gesundheits-Reformgesetz hat als neue Verfahren der *Wirtschaftlichkeitsprüfung* die *erweiterte Durchschnittsprüfung*, die Prüfung nach *Richtgrößen* und die *Stichprobenprüfung* eingeführt (§ 106 SGB V). Mit der erweiterten Durchschnittsprüfung soll über die bisher geprüften ärztlichen Leistungen und Arzneimittelverordnungen hinaus das gesamte Spektrum der verordneten und veranlaßten Leistungen (Heil- und Hilfsmittel, ärztliche Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) mit seinen erheblichen finanziellen Wirkungen in die Prüfung einbezogen werden. Mit der Stichprobenprüfung (2 v.H. der Kassenärzte) und der Richtgrößenprüfung sollen die bekannten Mängel der Durchschnittsprüfung kompensiert werden. Die Prüfung nach *Richtgrößen* ist mit einer Ausnahme (vgl. C. III. 3c) bisher nicht umgesetzt. Allgemeine Prüfvereinbarungen für die übrigen Prüfverfahren würden für den Bereich der Ersatzkassen, der KV Bayern, der KV Niedersachsen und der KV Hessen abgeschlossen. Die *erweiterte Durchschnittsprüfung* wird in den Vereinbarungen mit der KV Bayern, der KV Hessen sowie der Vereinbarung zwischen dem VdAK und der KBV in der Weise umgesetzt, daß beispielsweise Krankenhauseinweisungen nicht in die routinemäßige Überprüfung einbezogen werden. Bei der *Stichprobenprüfung* in den genannten

drei Prüfvereinbarungen zeigt sich: Der Vertrag für den Ersatzkassenbereich und der KV Hessen ist lediglich eine Verständigung darüber, daß eine Prüfung erfolgt. Eine konkrete Ausgestaltung der Prüfkriterien fehlt. Der Vertrag mit der KV Bayern reduziert die Größe der Stichprobe auf einen Umfang von 1 v.H. der Kassenärzte.

Mittel zur Herstellung von *Kosten- und Leistungstransparenz* im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sind u. a. die *Krankenversicherer-Nummer* in Verbindung mit der Krankenversicherer-Karte. Nach § 291 Abs. 1 (i.V.m. § 295 Abs. 3 und § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V) ist die *Krankenversicherer-Karte* bis zum 1. Januar 1992 einzuführen. Dieser Termin wird nicht eingehalten.

Die mechanische oder elektronische Übertragung der Versichertendaten von der Versichertenkarte auf die Abrechnungs- und Verordnungsformulare setzt eine entsprechende Änderung dieser Formulare voraus. Dazu bedarf es einer Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine solche spezifische Vereinbarung steht noch aus.

c) Qualifikation des Hausarztes

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung sieht weiterhin die *Sicherung einer hohen fachlichen Qualifikation des Hausarztes* als wesentliche Voraussetzung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung an. Danach sollen

- die Zugangskriterien zum Medizinstudium an die vorhandenen Ausbildungskapazitäten angepaßt werden,
- die allgemeinmedizinische Weiterbildung als Zugangsvoraussetzung zur kassenärztlichen Versorgung geregelt und ausreichende Kapazitäten zur Weiterbildung in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten sichergestellt werden.

Stand der Umsetzung

Der Festsetzung der *Zulassungszahlen zum Medizinstudium* liegt die Ermittlung der Ausbildungskapazitäten zugrunde, die nach den in ihrem Inhalt ländereinheitlichen Kapazitätsverordnungen der Länder durchgeführt wird. Die Kapazitätsverordnungen dienen dem Ziel, entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und den dieser Rechtsprechung folgenden Regelungen des Hochschulrahmengesetzes und des Staatsvertrages der Länder über die Vergabe von Studienplätzen, eine gleichmäßige und erschöpfende Nutzung der Ausbildungskapazitäten sicherzustellen.

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren u. a. bei den für das Kapazitätsrecht zuständigen Ländern immer wieder darauf hingewiesen, daß es aus Gründen der Sicherung der Qualität der ärztlichen Ausbildung einer Anpassung der Studienanfängerzahlen in der Medizin an die vorhandenen

Ausbildungsmöglichkeiten bedarf. Die Bundesregierung hat ihrerseits die rechtlichen Grundlagen für eine verbesserte Ausbildung im Medizinstudium durch Neuregelungen in der Approbationsordnung für Ärzte geschaffen.

Durch die Siebente Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 21. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2549) wurden die Anforderungen an die Gestaltung des Unterrichts im Medizinstudium konkretisiert und zusätzliche Vorgaben für eine ordnungsgemäße Durchführung der ärztlichen Ausbildung gemacht.

Alle Beteiligten sind beim Erlaß dieser Verordnung davon ausgegangen, daß die Zielsetzungen der Approbationsordnung für Ärzte nur erreicht und die vorgesehenen Neuregelungen für den Unterricht im Medizinstudium nur ordnungsgemäß praktiziert werden können, wenn eine Anpassung der Zahl der Studienanfänger in der Medizin an die vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten erfolgt. Zum Wintersemester 1990/91 sind die Studienanfängerzahlen in der Medizin im Bundesdurchschnitt um rd. 20 v.H. reduziert worden.

Zur Sicherung der Qualität der hausärztlichen Versorgung soll nach den Vorstellungen des Bundesministers für Gesundheit die Zulassung als Kassenarzt im Bereich der Allgemeinmedizin künftig von einer *dreijährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin* abhängig gemacht werden. Eine entsprechende Gesetzesänderung wird vorbereitet.

d) Kooperation der Kassenärzte

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung vom 10. April 1989 fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, eine Kooperation unter den Kassenärzten mit dem Ziel einer *gemeinsamen Nutzung der medizintechnischen Geräte* zu fördern.

Stand der Umsetzung

Zur Förderung der Kooperation im ambulanten Sektor weisen die Berater der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Niederlassungsberatung niederlassungswillige Ärzte auf die Möglichkeit hin, Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften zu gründen, insbesondere dann, wenn die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte geplant ist. Ende 1990 praktizierten 14738 Kassenärzte in Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften, das sind ca. 20 v.H. der Kassenärzte.

2. Ambulante zahnärztliche Versorgung

Die Konzertierte Aktion hat in ihrer Empfehlung am 10. April 1989 zur Zahnmedizinischen Versorgung Beschlüsse zur Ausgabenentwicklung in den Bereichen Zahnersatz, konservierend-chirurgische und kieferorthopädische Behandlung sowie zur Quali-

tätssicherung (vgl. hierzu Gliederungspunkt C. IV. 1.) und zur Ausgestaltung der Kostenerstattung getroffen.

a) Zahnersatz

Inhalt der Empfehlung

Für den *zahnprothetischen Bereich* wird die Erwartung ausgesprochen, daß sich auf der Basis des durch das Gesundheits-Reformgesetz 1989 deutlich abgesenkten Niveaus die für die Zeit ab 1990 zu treffenden Vergütungen das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht gefährden.

Stand der Umsetzung

Wie die Entwicklung der Ausgaben für *Zahnersatzleistungen* in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt (vgl. Tabelle 9), standen den Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 6,3 Mrd. DM (1987) in den Jahren 1989 und 1990 mit 4,9 bzw. 4,8 Mrd. DM deutlich geringere Werte gegenüber.

Allerdings ergab sich im 1. Halbjahr 1991 ein Ausgabenzuwachs pro Mitglied beim Zahnersatz von + 15,3 v.H. Dieser Anstieg liegt mehr als dreimal so hoch wie der Grundlohnanstieg von + 4,8 v.H.

Die Ausgaben für Zahnersatz (zahnärztliches Honorar und Material- und Laborkosten) drohen die Grundlöhne also zukünftig wieder zu überschreiten. Aufgrund der fehlenden Leistungsstatistiken — bedingt durch unterschiedliche zahnärztliche Abrechnungspraktiken in den einzelnen Bundesländern — läßt sich nach Einführung der Kostenerstattungsregelung nicht mehr genau analysieren, worauf der überproportionale Anstieg der Ausgaben für Zahnersatz zurückzuführen ist. Eine grobe Schätzung ergibt, daß sich rd. 4,5 Prozentpunkte der Ausgaben-erhöhung durch Preissteigerungen erklären lassen. 10,8 Prozentpunkte entfallen auf die Mengen- und Strukturkomponente und einen statistischen Basis-effekt vor dem Hintergrund der Ausgabenrückgänge in 1990.

b) Konservierend-chirurgische Behandlung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion hat weiterhin empfohlen, daß die *Gesamtvergütung der Zahnärzte für konservierend-chirurgische Behandlungen* im Jahre 1990 mit der Grundlohnentwicklung in Einklang bleibt, soweit nicht unvorhersehbare Mengenentwicklungen im kurativen Bereich durch die neuen Präventionsmaßnahmen ein Überschreiten rechtfertigen.

Stand der Umsetzung

Die *Gesamtvergütung der Zahnärzte* für konservierend-chirurgische Behandlungen ist 1989 um 1,6 v.H. gesunken und 1990 um 4,8 v.H. je Mitglied gestie-

gen. Damit blieben sie in diesen Jahren unter der Grundlohnentwicklung, die 3,5 v.H. (1989) bzw. 5,1 v.H. (1990) betrug. Im 1. Halbjahr 1991 stiegen die Ausgaben für konservierend-chirurgische Behandlung um + 6,2 v.H. und liegen damit deutlich über dem vermutlichen Grundlohnzuwachs für 1991 von rd. 5,0 v.H. (vgl. Tabelle 8).

Von diesem Anstieg sind 4,5 Prozentpunkte durch die Preiskomponente und 1,7 Prozentpunkte durch die Mengenkompente zu erklären. Der Mengenanstieg dürfte auf die Verstärkung der zahnmedizinischen Vorsorgeleistungen zurückzuführen sein und könnte sich im Zuge der weiteren Umsetzung der Vorsorgeleistungen verstärken. Ein solcher Mengenanstieg ist gesundheitspolitisch gewollt und gemäß § 85 Abs. 3 SGB V vom Gesetzgeber zu verantworten.

c) Kieferorthopädische Behandlung

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung sieht vor, daß die Ausgaben für *kieferorthopädische Behandlung* aufgrund der Umsetzung der vom Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Indikationseinschränkung geringer als in früheren Jahren ausfallen.

Stand der Umsetzung

Sowohl 1989 als 1990 sind die Ausgaben in diesem Bereich — wie von der Konzertierte Aktion empfohlen — mit jeweils knapp 1,3 Mrd. DM niedriger ausgefallen als im Jahr 1988, dem letzten Jahr vor dem Gesundheits-Reformgesetz, in dem die Ausgaben gut 1,4 Mrd. DM betragen (vgl. Tabelle 10). Der Rückgang dieser Ausgaben dürfte auf die vorübergehende Zuzahlung der Versicherten bei kieferorthopädischer Behandlung zurückzuführen sein. Die vom Gesetzgeber in § 29 Abs. 3 SGB V vorgesehenen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zur Einschränkung des kieferorthopädischen Indikationskataloges liegen noch nicht vor. Entwürfe befinden sich in der Beratung.

Die Ausgaben für kieferorthopädische Behandlungen pro Mitglied sind im 1. Halbjahr 1991 um 1,0 v.H. gesunken. Dieser Ausgabentrend entspricht der Empfehlung der Konzertierte Aktion. Wenn die Richtlinien für den eingeschränkten Indikationskatalog vorliegen, setzt sich diese Entwicklung voraussichtlich fort.

d) Kostenerstattung

Inhalt der Empfehlung

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung hat die Konzertierte Aktion den Auftrag gegeben, die für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung vorgesehene *Kostenerstattung* zügig so umzusetzen, daß die Bezüge zum Kassenzahnarztrecht (sachliche

und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen, Statistik, Stichprobenprüfung) sichergestellt und eine unzumutbare Belastung der Versicherten vermieden werden.

Stand der Umsetzung

Die Vertragsverhandlungen zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die nähere Ausgestaltung und Abwicklung der *Kostenerstattung* bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung wurden nicht abgeschlossen. Dies hat dazu geführt, daß die Kostenerstattung in den Bereichen der einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unterschiedlich praktiziert wird und es dadurch zu Ungleichbehandlungen der Versicherten kommt.

3. Arzneimittelversorgung

In ihrer *Empfehlung vom 10. April 1989 für den Bereich Arzneimittel* äußert sich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen insbesondere zur Ausgabenentwicklung, zur Umsetzung der Festbeträge, zur Vereinbarung von Richtgrößen für die Verordnung von Arzneimitteln sowie über die Rahmenverträge zur Arzneimittelversorgung.

a) Ausgabenentwicklung

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung der Konzertierte Aktion vom 10. April 1989 bekräftigt die Empfehlung vom Frühjahr 1988: Die *Arzneimittelausgaben* im Jahre 1989 sollten zumindest unter das Niveau des Jahres 1988 sinken. In der Empfehlung vom 22. März 1988 hatte die Konzertierte Aktion eine Senkung des Arzneimittelverbrauchs und der Ausgaben für Arzneimittel als notwendig und gesundheitspolitisch vertretbar bezeichnet. Die Qualität der medizinischen Versorgung werde dadurch nicht beeinträchtigt. Alle Beteiligten werden aufgefordert, verstärkte Anstrengungen zu unternehmen, um dieses Ziel zu erreichen; der Mengenentwicklung solle besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Stand der Umsetzung

Die Ausgaben der GKV für Arzneimittel sind im Jahre 1989 von 20,4 Mrd. DM (1988) auf 20,2 Mrd. DM und damit um 1,1 v.H. gesunken (vgl. Tabelle 11). 1990 stiegen die Arzneimittelausgaben um 1,6 Mrd. DM, d. h. um 8 v.H., auf 21,8 Mrd. DM an (je Mitglied: + 6,0 v.H.). Dieser Anstieg ist eingetreten, obwohl die Arzneimittelpreise 1990 im wesentlichen bedingt durch den preisdämpfenden Effekt der Festbeträge um durchschnittlich 0,1 v.H. gesunken sind. Der Ausgabenanstieg je Mitglied lag im Jahr 1990 bereits wieder um ca. 1 Prozentpunkt über dem Zuwachs der Grundlohnsumme je Mitglied (+ 5,1 v.H.). Der Trend zu einer Beschleunigung des Ausgaben-

anstiegs hat sich 1991 fortgesetzt: Im ersten Halbjahr 1991 lag die Zuwachsrate bei 9,1 v.H. je Mitglied. Damit sind seit 1990 von den Arzneimittelausgaben bereits wieder erhebliche beitragsatzsteigernde Wirkungen ausgegangen.

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben läßt sich in folgende Komponenten aufteilen:

- Veränderung der Zahl der Verordnungen
- Veränderung des Wertes je Verordnung; dies schließt Veränderungen der Preise, des Warenkorbs und der Strukturkomponente (Substitution identischer Arzneimittel durch größere Packungen, teurere Darreichungsformen und Wirkstärken) ein.

Der bestimmende Faktor für die Ausgabensenkung 1989 ist der Rückgang der Zahl der Verordnungen um 3,5 v.H. Preiserhöhungen der Hersteller waren mit + 1 v.H. an der Entwicklung der Arzneimittelausgaben beteiligt. Die Strukturkomponente wirkte sich mit + 2,9 v.H. ausgabensteigernd aus; dies entspricht einem Ausgabenanstieg von 590 Mio. DM.

Der größte Teil der Strukturkomponente ist durch die weiter zunehmende Verordnung größerer Arzneipackungen (+ 2,2 v.H.) bedingt. Der Rückgang der Zahl der Verordnungen wurde fast vollständig durch die Verordnung größerer Packungen kompensiert.

Eine Ursache für diese Entwicklung kann in den Bemühungen der Kassenärzte liegen, durch Verordnung größerer Packungen Einspareffekte bei der Dauertherapie zu erzielen. Auf Seiten der Patienten kann die Erhöhung der Zuzahlung von 2 DM auf 3 DM je Arzneimittel zum 1. Januar 1989 den Anreiz, Großpackungen nachzufragen, verstärkt haben, da die Höhe der Zuzahlung unabhängig von der Größe der Packung und dem Preis des verordneten Arzneimittels ist.

Außerdem haben folgende Effekte die Ausgabenentwicklung 1989 mit beeinflusst:

- ein Vorwegnahmeeffekt zum Gesundheitsreformgesetz in Form einer erhöhten Arzneimittelnachfrage im 4. Quartal 1988 und
- die Einführung der ersten Festbeträge im September 1989 (allerdings aufgrund des geringen Marktumfangs und der kurzen Geltungsdauer von vier Monaten in 1989 nur in geringem Maße).

Im Jahre 1990 ist die Zahl der Verordnungen wieder stark angestiegen: Von 704 Mio. (1989) auf 741 Mio. Die Zuwachsrate erreichte mit 5,3 v.H. den höchsten Wert in den zurückliegenden zehn Jahren. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Verordnungen und des Umsatzes auf dem GKV-Fertigarzneimittelmarkt in den Jahren 1987 bis 1990.

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV ist weiterhin ungebrochen. Die leicht rückläufige Entwicklung im Jahre 1989 war lediglich kurzfristiger Natur und ist offenbar auf Effekte im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes zurückzuführen.

b) Festbeträge

Inhalt der Empfehlung

Im Hinblick auf die Umsetzung der *Festbeträge für Arzneimittel* nach § 35 SGB V fordert die Empfehlung vom 10. April 1989 den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen auf, Festbetragsgruppen auch für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2) und Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkungen (Stufe 3) vorzubereiten.

Stand der Umsetzung

Seit dem 1. Juli 1991 gelten Festbeträge für 79 Wirkstoffe der Stufe 1 (Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen) mit einem Umsatzvolumen von ca. 6 Mrd. DM (ca. 30 v.H. der GKV-Arzneimittelausgaben). Es ist davon auszugehen, daß bis zum Ende des Jahres 1991 für ca. 35 v.H. der GKV-Arzneimittelausgaben Festbeträge festgesetzt sind.

Ferner sind zum 1. Juli 1991 *Festbeträge der Stufe 2* für die Wirkstoffklasse der Benzodiazepine (Psychotherapeutika) mit einem Umsatz von 183 Mio. DM in Kraft getreten. Weitere Festbetragsgruppen der Stufen 2 und 3 sind in Vorbereitung.

Damit sind ca. 7100 Fertigarzneimittel, die in den alten Bundesländern verkehrsfähig sind — rd. 80 v.H. der Arzneimittelausgaben der Stufe 1 — durch Festbeträge erfaßt. Die Anzahl der von der Festbetragsregelung betroffenen Fertigarzneimittel, deren Vertrieb nur in den neuen Bundesländern zugelassen ist, beläuft sich auf ca. 150.

c) Richtgrößen

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung der Konzentrierten Aktion fordert die Verbände der Ärzte und Krankenkassen auf, im Rahmen der Gesamtverträge die Voraussetzungen zur *Vereinbarung von Richtgrößen für verordnete Arzneimittel* zu schaffen.

Nach § 84 SGB V sollen die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln, vereinbaren. Die Überschreitung von Richtgrößen ist Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Versorgung (§ 106 SGB V).

Richtgrößen sollen das Volumen der verordneten Leistungen, die Mengenkomponeute der Arzneimittelausgaben beeinflussen, d.h. sie wirken mengen- und qualitätssteuernd als Flankierung der Festbeträge, die Einfluß auf die Preiskomponeute der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen.

Stand der Umsetzung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in einer am 15. Februar 1990 getroffenen Empfehlungsvereinbarung dafür ausgesprochen, daß die Überschreitung von Richtgrößen nach § 84 SGB V Anlaß für eine gezielte Beratung von Ärzten über eine therapiegerechte Arznei- und Heilmittelversorgung sein soll. Es wird empfohlen, Richtgrößen für das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zu vereinbaren, wobei von einem arztgruppenspezifischen Fachgruppendurchschnitt des Ausgangs quartals, bereinigt um Preisentwicklungen, Innovationskomponenten und Festbetragswirkungen, auszugehen sei. Bei Überschreitung der Richtgrößen sollen diejenigen Ärzte in ein Beratungsgespräch einbezogen werden, die innerhalb der jeweiligen Arztgruppe durch hohe Überschreitungen des Arztgruppendurchschnitts das Überschreiten der Richtgröße ausgelöst haben.

Die *Umsetzung* dieser Empfehlungsvereinbarung durch bindende Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen steht *mit einer Ausnahme aus*. Am 28. Februar 1989 hat der Landesverband der Ortskrankenkassen in Baden-Württemberg mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden eine Vereinbarung über Richtgrößen nach § 84 SGB V getroffen. Danach werden fachgruppenspezifische Richtgrößen vereinbart, die festlegen, bis zu welcher Obergrenze sich die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel innerhalb eines Quartals bewegen soll. Bei Überschreitung ihrer Richtgröße werden die Ärzte in ein Beratungsgespräch einbezogen. Ändert sich das Ordnungsverhalten des Arztes nach diesem Gespräch im Folgequartal nicht, wird ein Verfahren zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise beim zuständigen Prüfungsausschuß eingeleitet.

d) Rahmenverträge*Inhalt der Empfehlung*

In der Empfehlung zum Arzneimittelbereich werden *Krankenkassen, Apotheker und pharmazeutische Hersteller aufgefordert, ihre Verhandlungen über den Abschluß von Rahmenverträgen über die Arzneimittelversorgung innerhalb des Empfehlungszeitraums zum Abschluß zu bringen.*

Durch die Rahmenverträge sollen die Verbände der Krankenkassen, der Apotheker und der Arzneimittelhersteller die mit der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen verbundenen Einzelfragen regeln. Dabei geht es um folgende Verträge:

— *Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung (§ 129 SGB V)*

Der Vertrag soll das Nähere regeln hinsichtlich der kraft Gesetzes bestehenden Verpflichtung der Apotheker zur

- Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat (aut-idem-Substitution),
- Abgabe auch von preisgünstigen Importarzneimitteln,
- Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen,
- Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

Ferner ist in dem Vertrag das Nähere hinsichtlich der gesetzlichen Verpflichtung der zuständigen Spitzenorganisation der Apotheker zur Übermittlung von Daten zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz (Preisvergleichsliste) sowie zur Festsetzung von Festbeträgen an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu regeln.

— *Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen (§ 131 SGB V)*

Die Verträge, die nach § 131 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der zuständigen Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer geschlossen werden können, regeln das Nähere hinsichtlich der gesetzlichen Verpflichtung der Arzneimittelhersteller

- auf den äußeren Umhüllungen der Arzneimittel das Arzneimittelkennzeichen in einer für Apotheken maschinell erfassbaren bundeseinheitlichen Form anzubringen,
- die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz (Preisvergleichsliste) und zur Festsetzung von Festbeträgen erforderlichen Daten an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu übermitteln.

Ferner können Vereinbarungen getroffen werden hinsichtlich der Bestimmung therapiegerechter und wirtschaftlicher Packungsgrößen.

— *Arzneimittelabrechnungsvereinbarung (§ 300 SGB V)*

Die Verbände der Krankenkassen und der Apotheker regeln in dieser Vereinbarung das Nähere hinsichtlich der

- gesetzlichen Verpflichtung der Apotheker, das Arzneimittelkennzeichen auf das Ordnungsblatt zu übertragen,
- Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens für das verordnete Arzneimittel,
- Abrechnung und Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen.

Stand der Umsetzung

Von den im SGB V vorgesehenen Rahmenverträgen, deren zügigen Abschluß die Konzertierte Aktion gefordert hat, ist bisher lediglich der *Rahmenvertrag nach § 131 SGB V* zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Arzneimittelhersteller zustande gekommen.

Der erste Schritt zur Herstellung von mehr Transparenz bei den Arzneimittelausgaben der GKV ist durch die Vereinbarung nach § 131 SGB V zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Arzneimittelhersteller zur Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung der Hersteller, ein maschinell erfassbares Arzneimittelkennzeichen auf den Packungen anzubringen, getan worden. Die Vereinbarung ist zum 1. März 1991 in den alten Ländern und zum 1. Juni 1991 in den neuen Ländern in Kraft getreten.

Nach § 300 Abs. 1 SGB V sind die Apotheker verpflichtet, dieses Kennzeichen handschriftlich oder maschinell auf das Ordnungsblatt zu übertragen. Diese Verpflichtung besteht kraft Gesetzes und entfällt nur, wenn durch Verträge der Krankenkassen mit den Verbänden der Apotheker auf andere Weise sichergestellt wird, daß die Aufgaben der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§§ 106, 296, 297 SGB V) erfüllt werden. Derartige Vereinbarungen sind bisher nicht zustande gekommen.

Der *Rahmenvertrag* über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V sowie die *Arzneimittelabrechnungsvereinbarung* (§ 300 SGB V) wurden bisher nicht abgeschlossen.

4. Heil- und Hilfsmittelversorgung

Die Empfehlung der Konzertierten Aktion vom 10. April 1989 zum Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung äußert sich insbesondere zur Ausgabenentwicklung, zur ärztlichen Verordnungsweise, zur Umsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel, zur Rechtsverordnung zum Leistungsausschluß von Hilfsmitteln sowie zu den Preisvereinbarungen für Heilmittel.

a) Ausgabenentwicklung*Inhalt der Empfehlung*

Zum Bereich Heil- und Hilfsmittel hat die Konzertierte Aktion vom 10. April 1989 die Erwartung ausgesprochen, daß insbesondere durch ihre Empfehlungen und die Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes die *Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel* insgesamt in 1989 niedriger sein werden als in 1988.

Stand der Umsetzung

Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel haben sich seit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes so entwickelt, daß sie 1989 um 1,1 Mrd. DM unter den Ausgaben von 1988 und etwa auf dem gleichen Niveau wie 1987 standen. Ein Teil der Einsparungen stellt damit eine Kompensierung der durch die Ankündigungseffekte des Gesundheits-Reformgesetzes im Jahr 1988 bedingten Ausgabensteigerungen dar (vgl. Tabelle 11).

Der Anstieg der Heil- und Hilfsmittelausgaben pro Mitglied lag 1990 jedoch mit 5,6 v. H. bereits wieder oberhalb der Grundlohnveränderung von 5,1 v. H. Im 1. Halbjahr 1991 liegt der Ausgabenanstieg für Heil- und Hilfsmittel je Mitglied bei 11,1 v. H. und damit mehr als doppelt so hoch wie der Grundlohnanstieg. Zum wieder überproportionalen Ausgabenanstieg der Heil- und Hilfsmittel tragen insbesondere die Ausgaben für Heilmittel (+ 13,6 v. H.) und Hörhilfen (+ 18,6 v. H.) bei (vgl. hierzu auch Tabellen 12 und 14).

b) Wirtschaftliche Verordnungsweise*Inhalt der Empfehlung*

Zur Unterstützung der *wirtschaftlichen Verordnungsweise der Kassenärzte* fordert die Konzertierte Aktion eine verbesserte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte zur gezielten Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln; eine Verbesserung der Datenaufbereitung und Auswertung sowie auf Initiative der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Aufbau eines spezifischen Beratungsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere für orthopädiotechnische Leistungen.

Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei *Heilmitteln* wird insbesondere die Vereinbarung von *arztgruppenspezifischen Richtgrößen* für Heilmittel und die Beobachtung von deren Einhaltung gefordert.

Die Konzertierte Aktion fordert weiterhin, durch die Schaffung eines *Hilfsmittelverzeichnisses*, das alle verordnungsfähigen Hilfsmittel, deren Festbeträge oder die vereinbarten Preise beinhaltet und den Ärzten als Informationsgrundlage dienen kann, die Übersichtlichkeit des heterogenen Hilfsmittelmarktes zu verbessern.

Stand der Umsetzung

Eine verbesserte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte zur gezielten Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ist eine langfristige Aufgabe, die im Berichtszeitraum noch nicht erfüllt worden ist. Auch eine systematische Erfassung der verordneten Heil- und Hilfsmittel erfolgt bisher bei den Krankenkassen nur im Ausnahmefall. Damit ist auch bei diesen Leistungen keine gezielte Wirtschaftlichkeitsprüfung möglich. Arztgruppenspezifische Richtgrößen für Heilmittel nach § 84 SGB V sind von Ärzten und

Krankenkassen bisher noch nicht entwickelt worden. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen ist dabei, ein Hilfsmittelinformationssystem zu erstellen, das auch Grundlage für das Hilfsmittelverzeichnis ist. Mit dem Abschluß der Arbeiten am Hilfsmittelinformationssystem, das die Markttransparenz für Krankenkassen und verordnende Ärzte verbessern soll, ist bis Ende 1992 zu rechnen.

c) Festbeträge

Inhalt der Empfehlung

Die Empfehlung fordert die schnelle Einführung von *Festbeträgen bei Sehhilfen, Hörhilfen, bei Inkontinenz- und Stomaartikeln, Bandagen, Krankenfahrzeugen und Krankenbetten*. Gleichzeitig soll die *Information der Versicherten* über Lieferanten verbessert werden, die bereit sind, zu Festbeträgen zu liefern.

Stand der Umsetzung

Für *Sehhilfen* sind bis auf Berlin in allen alten Bundesländern Festbeträge eingeführt worden. Für *Hörhilfen* wurden 1989 und 1990 ebenfalls in allen alten Bundesländern Festbeträge festgesetzt. Die Festbeträge haben den Preiswettbewerb in diesen Hilfsmittelbereichen belebt und zu spürbaren Entlastungen der GKV geführt (vgl. hierzu Tabellen 13 und 14).

In den *übrigen Hilfsmittelbereichen* (zur dortigen Ausgabenentwicklung vgl. Tabellen 15 und 16) steht die Einführung von Festbeträgen bislang aus. Obwohl z. B. bei Stomaartikeln das Festbetragsgruppensystem bereits seit 1990 verabschiedet ist, sind noch in keinem Bundesland Festbeträge festgesetzt worden. Bei den anderen Hilfsmitteln mit z. T. erheblichen Steigerungsraten wie z. B. Inkontinenzartikeln und Rollstühlen ist die Bildung von Festbetragsgruppen noch nicht abgeschlossen.

d) Hilfsmittelverordnung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion hat um rasche Klärung gebeten, welche Hilfsmittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen werden sollen, auch um das Vorgehen der Krankenkassen bei der Umsetzung der Festbeträge zu erleichtern.

Stand der Umsetzung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat am 13. Dezember 1989 mit Zustimmung des Bundesrates die „*Verordnung über Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen*

Krankenversicherung“ erlassen. Die Verordnung ist zum 1. Januar 1990 in Kraft getreten. Damit bestand für die gesetzliche Krankenversicherung Klarheit darüber, welche Hilfsmittel in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen.

e) Preisverhandlungen für Heilmittel

Inhalt der Empfehlung

Bei *Preisverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern* (insbesondere Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Badebetrieben) fordert die Konzertierte Aktion, von einer Preisanhebung grundsätzlich abzusehen bzw. nur in unvermeidbaren Fällen maßvolle Anhebungen vorzunehmen. Dabei soll neben der Preis- auch die Mengen- und Strukturkomponente berücksichtigt werden.

Stand der Umsetzung

Die durchschnittlichen Preisanhebungen für Heilmittelerbringer betragen im Jahr 1990 rd. 5 v. H. und im Jahr 1991 rd. 6 v. H. Damit liegt für 1991 bereits allein die Preiskomponente oberhalb der voraussichtlichen Grundlohnentwicklung. Allerdings sind in einer Reihe von Landesbereichen in die Preisvereinbarungen auch die Mengen- und Strukturkomponenten eingebunden.

5. Krankenhausversorgung

Die Empfehlungen vom 10. April 1989 zum Krankenhausbereich enthalten Aussagen und Empfehlungen zur Entwicklung der Ausgaben in den Jahren 1988, 1989 und 1990, zum Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung, zur Problematik der Kurzlieger, zu den Möglichkeiten von Rationalisierungsinvestitionen sowie zum Abbau nicht bedarfsnotwendiger Krankenhausbetten sowie zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenpflege (vgl. Gliederungspunkt C.IV.2).

a) Ausgabenentwicklung

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion appelliert an die Vertragspartner, auch für das Jahr 1990 alles daranzusetzen, den Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Behandlung möglichst niedrig zu halten. Sie erwartet, daß sich die Vertragsparteien an diesem Ziel bei den künftigen Pflegesatzverhandlungen — unbeschadet der Beachtung von § 109 Abs. 4 SGB V (Grundsatz der Selbstkostendeckung) — orientieren.

Eine ausdrückliche Verpflichtung der Pflegesatzparteien zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion, wie sie für den Bereich der

kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung nach § 86 Abs. 2 SGB V besteht, ist im Gesetz für den Krankenhausbereich nicht enthalten.

Der in § 141 Abs. 2 SGB V konkretisierte Grundsatz der Beitragsstabilität bezieht sich nicht auf das einzelne Krankenhaus (vgl. § 109 Abs. 4 SGB V), sondern spricht die globalen Aufwendungen der Krankenkassen für den Krankenhausbereich an.

Stand der Umsetzung

Ein Blick auf die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zeigt, daß die Steigerungsraten je Mitglied 1988 mit 2,6 v. H. und 1989 mit + 2,7 v. H. verglichen mit den Vorjahren günstig verlief (vgl. Tabelle 17) und unterhalb der Grundlohnentwicklung lag. Im Jahre 1990 trat — insbesondere bedingt durch die tariflichen Verbesserungen und günstigere Stellenpläne im Pflegebereich der Krankenhäuser — mit einer Steigerungsrate von 7,2 v. H. erneut ein überproportionaler Zuwachs ein, der mit über 2 Prozentpunkten oberhalb der Grundlohnsteigerung je Mitglied lag. Im 1. Halbjahr 1991 lag der Ausgabenanstieg bei 5,8 v. H. und damit ca. 1 Prozentpunkt oberhalb der Grundlohnentwicklung. Mit einer weiteren Steigerung für das 2. Halbjahr 1991 ist zu rechnen.

b) Vorrang ambulanter Versorgung

Inhalt der Empfehlung

In der Empfehlung wird erneut an die Beteiligten appelliert, *alle Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Versorgung* durch niedergelassene Ärzte auszuschöpfen und Krankenhausbehandlung auf den medizinisch notwendigen Umfang zu beschränken. Krankenhausbehandlung dürfe entsprechend der Rechtsgrundlage des § 73 Abs. 4 SGB V nur dann verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung des Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreiche.

Stand der Umsetzung

Zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte haben die Beteiligten zwischenzeitlich Initiativen ergriffen, die auch zur Verminderung der Arbeitsbelastung der Pflegekräfte im stationären Sektor beitragen (vgl. hierzu Gliederungspunkte C.IV.2).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben Verträge nach § 112 SGB V abgeschlossen, in denen der Vorrang der ambulanten Behandlung konkretisiert wird, und zwar zur „Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung“ und zum „nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation“. Dreiseitige Verträge gibt es in einzelnen Ländern zur „vor- und nachstationären Behandlung“ (§ 115 SGB V). Die Festlegung einer Richtlinie über die Verordnung von Krankenhaus-

leistungen durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ist vorgesehen.

c) Zahl der Kurzlieger

Inhalt der Empfehlung

Weiterhin wird in der Empfehlung zum Krankenhausbereich eine Ursachenanalyse für die erhebliche Zunahme der *Zahl der „Kurzlieger“* gefordert. Der damals zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellte in Aussicht, diese Problematik durch eine wissenschaftliche Untersuchung aufzuheben.

Stand der Umsetzung

Ein Gutachten über „Kurzliegerpatienten in Akutkrankenhäusern“, das das Institut „Infratest Gesundheitsforschung“ (München) im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung für die Erhebungsjahre 1978, 1979 sowie 1986/1987 erstellt hat, macht die Krankenhausinanspruchnahme durch Patienten mit sehr kurzer Verweildauer transparent. Gleichzeitig zeigt die Studie die wesentlichen Gründe für die deutliche Zunahme der Zahl der Kurzliegerpatienten, u. a. veränderte Behandlungsmethoden und eine Zunahme der Einweisungen zur Diagnostik ins Krankenhaus, in den Jahren von 1978 bis 1987 auf.

In diesem Zeitraum erhöhte sich der Anteil der Kurzlieger an allen stationär versorgten Patienten von 8,6 v. H. auf 14,1 v. H. Die Frage, ob bei den Kurzliegern eine Krankenseinweisung überhaupt erforderlich war oder ob sie bei gleicher Qualität auch ambulant hätten versorgt werden können, wurde durch das Gutachten allerdings nicht untersucht.

d) Rationalisierungsinvestitionen

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion weist auf die Zielsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes hin, alle Möglichkeiten der *Rationalisierung in den einzelnen Krankenhäusern* auszuschöpfen und die hierfür erforderlichen Investitionsmittel von den Ländern nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Krankenhausgesetzen der Länder im erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen. Weiterhin wird von den Vertragsparteien die Nutzung der Möglichkeit von *Rationalisierungsinvestitionen* nach § 18 b KHG gefordert.

Stand der Umsetzung

Die Ausgaben der alten Bundesländer für Krankenhausinvestitionen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz haben sich von 1989 bis 1991 um rd. 200 Mio. DM von 4,869 Mrd. DM auf insgesamt 5,054 Mrd. DM nur leicht erhöht. Mit dieser nur un-

wesentlichen Steigerung der absoluten Zahl aller Ausgaben für Investitionen muß in Frage gestellt werden, ob damit der Zielsetzung der Konzertierte Aktion entsprochen werden konnte.

Nach den dem Bundesminister für Gesundheit vorliegenden Informationen wird von dem Finanzierungsinstrument der Rationalisierungsinvestitionen bisher kaum Gebrauch gemacht. Ein Grund dafür ist die Auffassung der Gesetzlichen Krankenversicherung, daß auf diesem Wege Investitionskosten von den Haushalten der Länder in die Pflegesätze verlagert werden.

e) Abbau von Krankenhauskapazitäten

Inhalt der Empfehlung

Die Konzertierte Aktion drückt ihre Erwartung aus, daß die Länder ihre Bemühungen für einen *Abbau nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten* fortsetzen.

Stand der Umsetzung

Genaue Zahlen über den Fortgang des Abbaus nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten seitens der Länder liegen dem Bundesminister für Gesundheit nicht vor. Hierzu müßte erst eine Länderumfrage durchgeführt werden, die aber erst dann sinnvoll erscheint, wenn die Krankenhauspläne der neuen Bundesländer vorliegen. Insgesamt ist jedoch die Tendenz feststellbar, daß dem Bemühen der Länder um einen Abbau von Krankenhauskapazitäten im Akutbereich ein Aufbau neuer Kapazitäten im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitation gegenübersteht.

Auch das mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführte Recht der Krankenkassen, Krankenhäuser oder Abteilungen von Krankenhäusern zu kündigen (§ 110 SGB V), ist weitgehend ohne Wirkung geblieben. Nur bei drei von insgesamt fünfzehn durch die Kassen ausgesprochenen Kündigungen haben die Landesbehörden zugestimmt.

IV. Empfehlungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

Mit den Themen „Qualitätssicherung“ und „Verbesserungen der Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenhilfe“ hat die Konzertierte Aktion im Berichtszeitraum in ihren Beratungen zwei Schwerpunkte gesetzt, die insbesondere zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens beitragen sollen.

1. Qualitätssicherung

a) Inhalt der Empfehlung

In der *Empfehlung vom 10. 4. 1989 zur Qualitätssicherung* wird begrüßt, daß der Sachverständigenrat

für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen das Thema Qualitätssicherung in seinem Jahresgutachten 1989 durch Analysen und Vorschläge aufgegriffen hat. Die Konzertierte Aktion betont die Bedeutung der Qualitätssicherung für die wirtschaftliche Erbringung gesundheitlicher Leistungen auf einem hohen Stand und fordert alle Beteiligten auf

- in ihren jeweiligen Bereichen eine Bestandsaufnahme der Arbeiten zur Qualitätssicherung durchzuführen und über die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme in der Herbstsitzung 1989 zu berichten sowie
- ausgehend von dieser Bestandsaufnahme alsbald die Vorarbeiten zur Umsetzung der Bestimmungen des Gesundheits-Reformgesetzes zur Qualitätssicherung in Angriff zu nehmen.

In der am 10. April 1989 verabschiedeten Empfehlung zur ambulanten ärztlichen Versorgung (vgl. Gliederungspunkt C.III.1.) fordert die Konzertierte Aktion die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf, das Instrumentarium des Gesundheits-Reformgesetzes für den Ausbau der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für die Gewährleistung einer ausreichenden Qualifikation des Arztes für bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Interesse einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Leistungserbringung zu nutzen.

In der Empfehlung zur zahnmedizinischen Versorgung (vgl. Gliederungspunkt C.III.2.) vom 10. April 1989 sprach die Konzertierte Aktion die Erwartung aus, daß die Krankenkassen und die Kassenzahnärzte das Instrumentarium des Gesundheits-Reformgesetzes für den Ausbau von Maßnahmen zur *Qualitätssicherung* nutzen und die Ausrichtung der Zugangskriterien zum Studium der Zahnmedizin an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten vorzunehmen ist.

b) Stand der Umsetzung

Eine erste *Bestandsaufnahme* wurde von allen Beteiligten zur Sitzung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 4. Dezember 1989 in Form schriftlicher Berichte vorgelegt.

Danach existieren für die überwiegend *medizinisch-technischen* Leistungsbereiche zahlreiche Richtlinien und andere Regelungen, die sowohl Anforderungen an die *Strukturqualität* (Qualifikation der Ärzte, Geräteausstattung und technische Qualität der Geräte) als auch an die *Verfahrens- und Ergebnisqualität* enthalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeiten derzeit für verschiedene ärztliche Leistungsbereiche unter Berücksichtigung der geltenden KBV-Richtlinien Qualifikationsvoraussetzungen und apparative Anforderungen, z. B. in der Kernspintomographie und Zytologie. Diese Vereinbarungen sollen lt. Aussage der Verbände teilweise zum 1. Januar 1992 in Kraft treten. Für die unmittelbar patientenbezogenen Leistungsbereiche gibt es

allerdings bisher vergleichsweise nur wenige praktisch erprobte Qualitätssicherungsprogramme zur Verfahrens- und Ergebnisqualität, die auf breiter Ebene in die Leistungserbringung integriert sind, wie z. B. die bundesweite Perinatalerhebung sowie die jeweils in einigen Ländern durchgeführte Neonatalerhebung und die Qualitätssicherung in der Chirurgie. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat im Rahmen seiner Regelungskompetenz nach § 135 Abs. 1 SGB V in Richtlinien Kriterien für die Beurteilung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorgegeben und die Beratungen über die Richtlinien nach § 136 Abs. 1 SGB V zur Qualitätsbeurteilung im Einzelfall aufgenommen. Vor diesem Hintergrund sind die Arbeiten an Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich vorwiegend auf den Behandlungsprozeß als Ganzes und sein Ergebnis beziehen, zu intensivieren.

Für den *stationären Bereich* sind bisher Empfehlungsvereinbarungen auf Bundesebene (§ 112 Abs. 5 in Verbindung mit § 137 SGB V) nicht zustande gekommen. Auch auf Landesebene bestehen Probleme, u. a. wegen der Einbeziehung der Ärztekammern in die Verträge, die nach dem SGB V nicht ausdrücklich vorgesehen ist. Es bleibt vielmehr den Vertragspartnern überlassen, ob und ggf. auf welche Weise sie die Ärztekammern in die Verträge einbeziehen. Verträge auf Landesebene gibt es bisher nur in Nordrhein-Westfalen jeweils für die Bereiche der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe und in Hamburg. In Baden-Württemberg steht ein Vertragsabschluß bevor.

Maßnahmen zur *Qualitätssicherung im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung*, wie sie in den §§ 135 und 136 SGB V vorgeschrieben sind, wurden bisher von den Vertragspartnern nicht ergriffen. Ein Arbeitsausschuß des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, der sich mit Vorschlägen zur Qualitätssicherung befassen soll, wurde zwar gebildet, hat aber noch nicht getagt.

Um die fachliche Qualifikation der Zahnärzte zu verbessern, beabsichtigt die Bundesregierung in der Approbationsordnung für Zahnärzte, die Ausbildungsanforderungen im Studium für Zahnärzte zu konkretisieren. Insbesondere bedarf es der Sicherung einer ausreichenden praktischen Ausbildung, bei der die Studierenden in dem erforderlichen Umfang am Patienten unterrichtet werden können.

Der Bundesminister für Gesundheit fördert die *medizinische Qualitätssicherung* auch im Haushaltsjahr 1992 mit Mitteln in Höhe von 4 Millionen DM. Im Rahmen eines auf mehrere Jahre angelegten Programms sind entsprechende Fördermittel für die Haushaltsjahre bis 1995 vorgesehen. Mit dem Programm sollen vorrangig die Entwicklung und Erprobung von Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Modellcharakter in den unmittelbar patientenbezogenen medizinischen Leistungsbereichen gefördert werden. Dabei wird Maßnahmen, die vor allem zur Verbesserung der Ergebnisqualität beitragen, besondere Priorität eingeräumt. Als erste Qualitätssicherungs-Maßnahme wird nach diesem Programm die *Qualitätssicherung in der Herzchirurgie* vom

Bundesminister für Gesundheit bundesweit gefördert.

Hierzu wird nach der Bildung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Herzchirurgie, die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie und den Spitzenverbänden der Krankenkassen 1991 abgeschlossen wurde, eine Projektgeschäftsstelle vom Ministerium gefördert.

2. Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenpflege

a) Inhalt der Empfehlungen

Die Konziertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich im Rahmen ihrer Empfehlung zum Krankenhausbereich am 10. April 1989 erstmals mit der Situation der Pflegekräfte befaßt.

Ziel dieser Empfehlung war es, die Fachöffentlichkeit auf die besorgniserregende Entwicklung in diesem Bereich aufmerksam zu machen und gleichzeitig Wege aufzuzeigen, wie dieser Entwicklung entgegengewirkt werden kann (zur besonderen Problematik der Entwicklung im Pflegebereich in den neuen Bundesländern vgl. Gliederungspunkt C.V).

Vor diesem Hintergrund war es konsequent, in einer weiteren Empfehlung vom Dezember 1989 die in Frage kommenden Maßnahmen im Rahmen eines Gesamtkataloges (vgl. Anlage) aufzuführen und die jeweils Verantwortlichen zu benennen. Damit verbunden war die Aufforderung, die in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallenden Vorschläge zu prüfen und soweit wie möglich umzusetzen, wobei Maßnahmen zur Besetzung offener Stellen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen Vorrang haben sollten.

Mit der Empfehlung vom 6. Juni 1991 hat die Konziertierte Aktion die vorangegangene Empfehlung bekräftigt, die zwischenzeitlich erreichten Fortschritte nach Zuständigkeiten benannt und deutlich gemacht, welche Maßnahmen bis zum Herbst 1992 — dann wird wieder Bilanz des bis dahin Erreichten gezogen — vorrangig sind.

Die Empfehlungen zur Situation der Pflegekräfte sind breit angelegt; sie richten sich an alle, die auf diesem Feld Verantwortung tragen:

- Bundesregierung
- Länder
- Bundesanstalt für Arbeit
- Krankenhäuser
- Träger stationärer und ambulanter Pflege
- Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte als Vertragspartner
- Tarifpartner.

b) Stand der Umsetzung

Die Frage nach der Umsetzung der Empfehlung richtet sich an alle Verantwortungsebenen.

Bundesregierung

Die Handlungsmöglichkeiten der Bundesregierung ergeben sich in erster Linie aus § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Danach ist die Bundesregierung aufgefordert, Maßstäbe und Grundsätze insbesondere für den Personalbedarf durch Verordnung vorzugeben, wenn sich die Selbstverwaltungspartner nicht innerhalb einer gesetzlich vorgesehenen Frist haben einigen können.

Auf diesem Wege sind bisher zwei Verordnungen zustande gekommen:

- Die Verordnung „Anrechnung von Schülern und Schülerinnen für Berufe der Krankenpflege auf den Stellenplan der Krankenhäuser“ ist zum 1. Januar 1990 in Kraft getreten und führt zu rd. 5000 zusätzlichen Stellen und zur Verbesserung der Ausbildungsbedingungen.
- Die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ ist am 1. Januar 1991 in Kraft getreten und wird bundesweit und stufenweise zu 6500 zusätzlichen Stellen aller in der stationären Psychiatrie tätigen Berufsgruppen führen.

Die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser“ wird gegenwärtig vom Bundesminister für Gesundheit vorbereitet. Die Grundlinien wurden bereits mit Ländern und Verbänden mit positivem Ergebnis erörtert. Ziel des Bundesministers für Gesundheit ist es, den Verordnungsentwurf noch im ersten Halbjahr 1992 vorzulegen.

Da durch verkürzte Umschulungen zusätzlich Bewerber aus anderen Berufen für die Pflege gewonnen werden können, ist die Bundesregierung entschlossen, die Möglichkeiten, die das *EG-Recht* bietet, weitgehend auszuschöpfen.

Eine bundesgesetzliche Regelung der *Altenpflegeausbildung* scheiterte in der 11. Legislaturperiode am Widerstand der Länder. Nach der Koalitionsvereinbarung soll auch in der 12. Legislaturperiode ein bundesheitliches Gesetz zur Ausbildung in der Altenpflege angestrebt werden.

Der Bundesminister für Gesundheit unterstützt 1991 mit einer Million DM eine sich insbesondere an jüngere Menschen richtende *Werbekampagne für den Pflegeberuf*.

Des weiteren werden auch im Rahmen von Modellprogrammen zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege qualitätssichernde Maßnahmen Berücksichtigung finden.

Länder

Insbesondere im Bereich der *Ausbildung* sowie der Regelungen für die *Fort- und Weiterbildung* haben die Länder weitgehend Gestaltungsmöglichkeiten. Sie können insbesondere in folgenden Bereichen aktiv werden:

- Anforderungen im Sinne von Ausstattungsstandards an Krankenpflegesschulen
- Lehr- und Ausbildungspläne (landesweite Curricula)
- Weiter-, Fortbildungsordnungen
- Fortbildung als Fachhochschulstudiengänge.

Auch können die Länder die Einrichtung von Kinderbetreuungseinrichtungen fördern und besondere Eingliederungsprogramme auflegen. Auf diesen Feldern konnten, wie die Landespflegekonferenzen in einer Reihe von Ländern zeigen, Fortschritte erzielt werden.

Die *Gesundheitsministerkonferenz* hat eine Reihe zukunftsweisender Entschlüsse zur Situation in der Pflege gefaßt, die — ähnlich wie die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion — die Beteiligten zu gemeinsamen Anstrengungen zur Aufwertung der Pflegeberufe motiviert haben.

Bundesanstalt für Arbeit

Die Bundesanstalt für Arbeit stellt für die ländlichen Regionen im allgemeinen noch einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt beim Pflegepersonal fest. Allerdings gibt es in Ballungsgebieten einen ausgeprägten Fachkräftemangel.

Die Bundesanstalt für Arbeit hat in zahlreichen *Aktionen zur Gewinnung/Wiedergewinnung von Pflegekräften* beigetragen:

- Verstärkte Beratungstätigkeit
- Gruppeninformationen
- Enge Kontakte mit örtlichen Krankenhäusern zur Lösung konkreter Vermittlungsprobleme
- Stellenbörsen in Großstädten
- Modellhafte Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für unter 25jährige, um diese für eine Ausbildung zu gewinnen
- Presseveröffentlichungen
- Beteiligung an Aktionstagen in verschiedenen Städten
- Bereitstellung eines Informationsstandes für Veranstaltungen von Verbänden und Institutionen
- Herausgabe eigener berufs- und arbeitskundlicher Informationen und Auslage der Informationsbroschüren der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- Herausgabe einer gemeinsamen Empfehlung für die Gewinnung von zusätzlichem Krankenhauspersonal (eine entsprechende Informationsbro-

schüre ist sowohl an die Krankenhausträger als auch an alle Arbeitsämter verteilt worden).

Die Bundesanstalt für Arbeit berichtet, daß

- arbeitssuchende Pflegefachkräfte ohne zeitliche oder gesundheitliche Beschränkungen ohne weiteres vermittelt werden können,
- es zahlreiche Pflegefachkräfte gibt, die ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr oder nur noch beschränkt ausüben können,
 - die wegen der berufstypischen Belastungen oder Arbeitszeiten in einen anderen Beruf wechseln wollen,
 - die nur Teilzeit arbeiten können.
- Zugeständnisse bei Arbeitszeiten u. ä. nur bei erheblichem Personalmangel gemacht werden,
- die Bereitstellung von Kindergartenplätzen mit angepaßten Öffnungszeiten durch einzelne Krankenhäuser dort die Personalengpässe erheblich reduziert hat,
- sich die öffentliche Diskussion über den „Pflegetotstand“ und über die hohe Arbeitsbelastung negativ auf die Bemühungen der Arbeitsämter ausgewirkt hat,
- Berufsrückkehrerinnen ohne oder mit einer anderen Ausbildung nur selten zu einer Ausbildung zur Krankenschwester bereit sind, eher noch an einer Qualifizierung zur Schwesternhelferin oder Altenpflegerin,
- Aussiedler mit Pflegeausbildung diesen Beruf wieder anstreben; sie erhalten Sprachkurse und Trainingsmaßnahmen (Praktika) zur Anerkennung ihres Bildungsabschlusses,
- die Zahl der Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Fortbildung, Umschulung und Einarbeitung sich 1990 gegenüber dem Vorjahr um 24 v. H. erhöht hat.

Krankenhäuser/Krankenhausträger

Insbesondere auf den folgenden Feldern haben die Krankenhäuser und die Krankenhausträger Initiativen zur Verbesserung der Situation im Pflegebereich entfaltet:

- Patienten- und personalgerechte Gestaltung von Arbeitszeit und Dienstplänen
- Verbessertes Angebot von Teilzeitstellen (Steigerung um bis zu 30 v. H.)
- Angebote zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (wie z. B. Kindergärten und Kindertagesstätten in der Nähe der Häuser)
- Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten und bessere Kooperation der Berufsgruppen im Krankenhaus
- Ausschöpfung aller Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten (auch Rekrutierung von Krankenpflegehelfern und Intensivierung der Wiedereingliederung von Berufsrückkehrern)

— Koordination der verschiedenen Versorgungseinrichtungen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) berichtet, daß entsprechende Maßnahmen von der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser eingeleitet oder umgesetzt werden. Jedoch müsse in der Praxis vielfach von Planungen wieder abgegangen werden, weil restriktive Personalbemessung und der damit verbundene Personalmangel eine Verbesserung und Umgestaltung der Arbeitsbedingungen erschwere oder unmöglich mache. Durch die neue Personalpflegeverordnung ist hier jedoch Entlastung absehbar.

Krankenkassen

Von den Krankenkassen gingen folgende Initiativen aus:

- Zur Sicherung der *häuslichen Pflegehilfe Schwerpflegebedürftiger* (§§ 53ff. SGB V) haben sie in ausreichendem Umfang Verträge mit Leistungserbringern (insbesondere karitativen u. ä. Organisationen und deren Sozialstationen) geschlossen. Der weit überwiegende Teil der bisher gestellten Anträge auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit zielt auf Geldleistungen, so daß rechnerisch ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung steht. Allerdings schließen die Krankenkassen nur selten Verträge mit privaten Pflegebringern ab.
- Zur Verbesserung der *Situation in der stationären Pflege* haben die Krankenkassen in den Pflegegesetzkunden 1989 und 1990 eine Aufstockung der Stellenpläne im Pflegedienst mitgetragen. Im Jahr 1990 wurde somit die Einstellung von 13000 zusätzlichen Pflegekräften ermöglicht.
- Auch die weiteren Maßnahmen der Krankenhäuser werden bisher von der Kassenseite unterstützt, sei es bei organisatorischen Änderungen in den Krankenhäusern oder auch im Hinblick auf eine Unterstützung der unter Federführung der DKG ablaufenden Werbekampagne.
- Die Kassen wirken bei der Vorbereitung der Personalverordnung der Bundesregierung mit, die zu zeitgemäßen und leistungsorientierten Personalanhaltszahlen im Pflegedienst der Krankenhäuser führen.

Krankenkassen, Krankenhäuser und Kassenärzte

Durch die verbesserte Gewährleistung des *Vorrangs der ambulanten Behandlung* vor Krankenhausbehandlung, wie es von der Konzentrierten Aktion in der Empfehlung zum Krankenhausbereich vom 10. April 1989 gefordert wird, kann die Belastung der Pflegekräfte im Krankenhaus reduziert werden (zur Umsetzung dieser Empfehlung vgl. Gliederungspunkt C.III.5).

Die Vertragsparteien bleiben aufgefordert, die *Verhandlungen nach § 19 KHG* (Personalanhaltszahlen) für die noch nicht in Angriff genommenen bzw. noch

nicht durch Fristablauf in die Zuständigkeit des Bundesministers für Gesundheit gefallenem Bereiche

Hebammen/Geburtshelfer

Unterrichtsschwestern

Intensivpflege

OP

Anästhesie

Endoskopie etc.

erfolgreich abzuschließen. Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß eine Einigung der Vertragsparteien für die Hebammen/Geburtshelfer und für Unterrichtsschwestern in nächster Zeit erzielt werden kann.

Tarifvertragsparteien

Die Tarifvertragsparteien haben durch mehrere Vertragsabschlüsse, zuletzt rückwirkend zum 1. Januar 1991, neben einer linearen Erhöhung eine Reihe grundlegender struktureller Verbesserungen im Tarifgefüge erreicht, die wesentlich zur Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe beitragen. Auch die Anerkennung abgeleiteter Dienstzeiten in den neuen Bundesländern ist hier positiv anzuführen.

V. Erklärung der Konzertierten Aktion zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland

1. Inhalt der Erklärung

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat auf ihrer Sitzung am 5. November 1990, an der erstmals Vertreter aus ganz Deutschland teilnahmen, es

„als wichtigste Aufgabe angesehen, die gesundheitliche Versorgung in den neuen Bundesländern so rasch wie möglich an das Versorgungsniveau im bisherigen Bundesgebiet heranzuführen und den westdeutschen Versorgungsstrukturen anzupassen, ohne hier vorhandene Mängel zu übertragen“.

Diese Aufgabe wurde in einer weiteren Entscheidung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 6. Juni 1991 bekräftigt.

Um diese Ziele zu erreichen, sollten folgende Maßnahmen vorrangige Bedeutung haben:

- Aufbau des *organisatorischen Rahmens* für die Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB V ab 1. Januar 1991.
- *Aufklärung und Beratung* von Versicherten und Leistungserbringern über die Regelungen des SGB V.
- Rechtzeitiger Abschluß der *Vergütungsvereinbarungen* in allen Leistungsbereichen für das Jahr 1991, wobei die Leistungsausgaben im Beitrittsgebiet mit den dortigen Beitragseinnahmen zu finanzieren sind.

— Entstaatlichung und Dezentralisierung durch *Förderung freiberuflicher bzw. selbständiger Tätigkeit* der Gesundheitsberufe, wobei die Leistungsstrukturen der poliklinischen Versorgung unter gleichen Bedingungen im Wettbewerb eine Chance erhalten müssen.

— Verbesserung der *stationären Versorgung* durch ein regional abgestuftes Netz leistungsfähiger Krankenhäuser in pluraler Trägerschaft.

— Einbeziehung der neuen Bundesländer in die *Modellprogramme der Bundesregierung* zu Drogen, AIDS sowie zur besseren Versorgung von Krebspatienten und chronisch Kranken.

2. Stand der Umsetzung

Durch die gemeinsame Aufbauarbeit aller Beteiligten ist es inzwischen gelungen, das Ziel, das gesundheitliche Versorgungsniveau in den neuen Bundesländern so rasch wie möglich dem Versorgungsniveau in den alten Bundesländern anzugleichen, entscheidende Schritte voranzubringen.

a) Gegliederte Krankenversicherung

Der 1. Januar 1991 war der Stichtag für die Einführung der gegliederten Krankenversicherung in den neuen Bundesländern. Die organisatorischen Aufbauarbeiten wurden rechtzeitig abgeschlossen. Die gesetzliche Krankenversicherung im Beitrittsgebiet hat mittlerweile rd. 12 Mio. Mitglieder mit weiteren 4 Mio. mitversicherten Familienangehörigen (vgl. Tabelle 19).

Von diesen Mitgliedern sind versichert in

- den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) in über 270 Geschäftsstellen rd. 7,2 Mio.,
- den Betriebskrankenkassen (BKK) in 49 Geschäftsstellen in den neuen Bundesländern rd. 1,3 Mio. (z. T. sind diese auch von Betriebskrankenkassen der alten Bundesländer versichert),
- den Innungskrankenkassen (IKK) in 23 Geschäftsstellen rd. 300 000,
- den Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte in 500 Geschäftsstellen rd. 2,9 Mio.,
- dem Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung etwa 8 000 selbständige Landwirte und Gärtner,
- der Bundesknappschaft in 30 Geschäftsstellen etwa 420 000,
- der See-Krankenkasse mit einer regionalen Stelle (Rostock) etwa 12 000.

Die Errichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste soll im Laufe des Jahres 1991 abgeschlossen werden.

Auch Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften sowie Zulassungs- und der Großgeräteausschüsse wurden inzwischen gebildet.

Vor allem durch die *gezielte Aufklärungsarbeit* der Krankenkassen-Selbstverwaltung und ihrer Mitarbeiter ist es gelungen, der Forderung der Konzertierten Aktion gerecht zu werden, die Versicherten über das neue Leistungs-, Mitgliedschafts- und Beitragsrecht aufzuklären und zu beraten. Auch die Leistungserbringer wurden von ihren Verbänden über die neuen Regelungen des SGB V umfassend aufgeklärt.

b) Ärztliche und zahnärztliche Versorgung

Zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden Vereinbarungen sowohl für die Versorgung der Versicherten in der Poliklinik als auch in der niedergelassenen Praxis abgeschlossen, die die ambulante Versorgung gewährleisten.

Die Entwicklung im ambulanten Versorgungsbereich ist im bisherigen Verlauf des Jahres 1991 dadurch gekennzeichnet, daß sich Ärzte und Zahnärzte in einem nicht erwarteten Ausmaß in freien Praxen niederlassen, die in der früheren DDR eine Ausnahme bildeten. Nach den bislang vorliegenden Zahlen sind es über 11 750 Kassenärzte (Stand September 1991) und rd. 7 000 Kassenzahnärzte (Stand Mai 1991).

Für diese Umstrukturierung stellt das geltende Recht die erforderlichen Instrumente zur Verfügung. Nicht nur für die Einzelpraxis, sondern auch für die Gemeinschaftspraxis, die Praxisgemeinschaft und die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Heilberufe bestehen vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten.

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern sind Polikliniken und Ambulatorien für eine Übergangszeit von fünf Jahren kraft Gesetzes zur ambulanten medizinischen Versorgung zugelassen, wenn sie wirtschaftlich arbeiten. Über eine Verlängerung der Zulassung entscheiden dann die Zulassungsausschüsse. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden Entscheidungshilfen zur Umstrukturierung (z. B. Ärztehäuser) vorgelegt. Diese Entscheidungshilfen zeigen auch Möglichkeiten auf, wie Ärzte, die sich aus persönlichen Gründen nicht niederlassen wollen oder können, in den Umstrukturierungsprozeß integriert werden können.

Die Länder Brandenburg und Berlin haben Modelle zur Umstrukturierung von Polikliniken mit dem Ziel entwickelt, überschaubare, wirtschaftlich arbeitende Gesundheitszentren zu schaffen.

Ein wichtiger Bestandteil der Umstrukturierung ist die Umgestaltung der sozialen und gesundheitlichen Dienste, die von den Polikliniken erbracht wurden, die aber nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen finanziert werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen halten übereinstimmend für die Betreuung chronisch Kranker geeignete Versorgungsformen für erforderlich. Weitere Umstrukturierungshilfen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung

und die kommunalen Spitzenverbände in einer gemeinsamen Empfehlung vereinbart. Auch in diesem Bereich können die arbeitsmarktpolitischen Instrumente der Bundesanstalt für Arbeit eingesetzt werden. Soweit entsprechende Länergesetze oder -richtlinien noch nicht bestehen, kommen auch Beratungshilfen zur Entwicklung von Finanzierungsstrukturen für die aufgezeigten Dienste in Betracht.

Nach dem Einigungsvertrag können für die Finanzierung der Krankenkassenausgaben im Beitrittsgebiet nur die dortigen Beitragseinnahmen verwendet werden, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung im Beitrittsgebiet sicherzustellen.

Die *Vergütungsvereinbarungen* sind demnach so zu gestalten, daß die gesetzliche Krankenversicherung im Beitrittsgebiet ihre Leistungsausgaben mit ihren Beitragseinnahmen finanzieren kann. Die Vergütungen der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte und der poliklinischen Leistungen sind von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden und entsprechen den gesetzlichen Vorgaben.

c) Arzneimittelversorgung

Im Bereich der *Arzneimittelversorgung* wird dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität seit dem 1. April 1991 durch einen Defizitausgleich der Marktbeteiligten — Hersteller, Großhandel und Apotheken — Rechnung getragen.

Die Einzelheiten des Defizitausgleichs stellen sich wie folgt dar:

— In den ersten zwölf Monaten der Neuregelung (1. April 1991 bis 31. März 1992) wird von einem Defizit in Höhe von 1,5 Mrd. DM ausgegangen. Der Ausgleichsbeitrag der Marktbeteiligten beträgt 1 Mrd. DM. Das führt zu einem Rechnungsabschlag von 25 v. H. auf der Herstellerstufe, von 24 v. H. auf der Großhandelsstufe und von 22 v. H. auf der Apothekenstufe.

Das nach diesen Annahmen bei den Krankenkassen verbleibende Restdefizit von rd. 600 Mio. DM wird im Haushaltsjahr 1991 aus dem Bundeshaushalt getragen.

— Im zweiten Jahr (1. April 1992 bis 31. Dezember 1993) der Neuregelung tragen die Marktbeteiligten ein Defizit bis zu 1 Mrd. DM zu 100 v. H., darüber hinaus 50 v. H. des Defizits.

— Im dritten Jahr (1. April 1993 bis 31. Dezember 1993) der Neuregelung tragen die Marktbeteiligten ein Defizit bis zu 700 Mio. DM zu 100 v. H., darüber hinaus 50 v. H. des Defizits.

Die Höhe der zunächst durch Gesetz festgelegten Rechnungsabschläge wird entsprechend der tatsächlichen Entwicklung jeweils durch Verordnung angepaßt. Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Regelung sind nicht aufgetreten.

d) Heil- und Hilfsmittelversorgung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam mit den Verbänden der Leistungserbringer Vergütungsvereinbarungen für den Bereich der Heilmittel und Teile des Hilfsmittelbereiches für das Beitrittsgebiet verhandelt, um eine flächendeckende Versorgung und einheitliche Vergütungen unter Wahrung der Beitragssatzstabilität im Beitrittsgebiet zu erreichen. Diese Ziele konnten weitgehend verwirklicht werden.

e) Krankenhausversorgung

Wie von der Konzertierten Aktion gefordert, wurden mit dem Einigungsvertrag entscheidende Weichenstellungen für die Sicherung einer leistungsfähigen Krankenhausversorgung in den neuen Bundesländern vorgenommen:

- Das bisherige bundesdeutsche Krankenhausfinanzierungsrecht gilt mit zeitlich befristeten Überleitungsregelungen ab 1. Januar 1991 auch in den neuen Bundesländern und im Ostteil von Berlin.
- Die Gesetzgeber haben den Auftrag, das Niveau der stationären Versorgung in den neuen Ländern zügig und nachhaltig zu verbessern und der Situation im übrigen Bundesgebiet anzupassen (Artikel 33 Abs. 1 des Einigungsvertrages).

Mit den Überleitungsvorschriften zum „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ soll die Regelfinanzierung der betriebsnotwendigen Krankenhausinvestitionen im Beitrittsgebiet während der dreijährigen Übergangszeit sichergestellt werden. Artikel 33 Abs. 1 des Einigungsvertrages hat vornehmlich die Finanzierung des *investiven Nachholbedarfs* der stationären Gesundheitseinrichtungen in den neuen Ländern zum Ziel.

Im Bereich der *Pflegesatzvereinbarungen* ist die Umstellung auf das neue Recht mit wenigen Ausnahmen ohne Verwerfungen gelungen. Mit nahezu allen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern sind inzwischen Budgets und Pflegesätze vereinbart.

In allen neuen Bundesländern werden den Krankenhäusern die ihnen zustehenden pauschalen Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von den Ländern in Abschlägen überwiesen. Im Bereich der Einzelförderung sind bisher — mangels ausreichender finanzieller Mittel — nur wenige Förderanträge positiv beschieden worden.

Die neuen Länder haben vorläufige Krankenhausförderlisten erstellt. Die endgültigen Krankenhauspläne, ausschlaggebend für die längerfristige Förderung der Krankenhäuser, sind in den neuen Bundesländern noch in Vorbereitung.

Die Bedeutung des *investiven Nachholbedarfs* im Krankenhaussektor hat die Konzertierte Aktion auch in ihrer Sitzung am 6. Juni 1991 erneut betont und dabei auf die besondere Verantwortung des Bundes und der jeweiligen Länder hingewiesen.

Der Bund hat bisher folgende Maßnahmen eingeleitet:

- Im Rahmen des Gemeinschaftswerks „Aufschwung-Ost“ stehen den Kommunen in den neuen Ländern in 1991 5 Mrd. DM als Investitionspauschale für die Instandsetzung von Gebäuden und Anlagen, insbesondere von Krankenhäusern, Altenheimen und Schulen, zur Verfügung.
- Das kommunale Kreditprogramm hat auch einen Förderschwerpunkt „Krankenhäuser, Altenheime und Behinderteneinrichtungen“. Es ist von 10 auf 15 Mrd. DM aufgestockt worden.
- Darüber hinaus stehen im Rahmen des Gemeinschaftswerks 1991 weitere 2,5 Mrd. DM und 1992 weitere 3 Mrd. DM für zusätzliche arbeitsmarktpolitische Maßnahmen bereit.

Mit den neuen Sonderprogrammen stehen in den neuen Ländern ausreichend Mittel zur Verfügung, um in einer ersten Anlaufphase die dringend notwendige Sanierung der Krankenhäuser in Angriff zu nehmen. Allerdings ist festzustellen, daß die 5-Mrd.-DM-Investitionspauschale zu weniger als 20 v. H. in den Krankenhaussektor geflossen ist.

Neben anderen Soforthilfemaßnahmen hat die Bundesregierung finanzielle Mittel für *Aufbau- und Entwicklungsstäbe* in den neuen Bundesländern zur Verfügung gestellt. Diese Stäbe sollen den umfangreichen Beratungsbedarf bei der Umgestaltung des Gesundheitswesens decken. Die Aufbau- und Beratungshilfe erstreckt sich auf

- Krankenhäuser,
- Polikliniken und ihre Umstrukturierung,
- das Kur- und Bäderwesen.

1991 stehen dafür 7 Mio. DM im Haushalt des Bundesministers für Gesundheit zur Verfügung. Für das Programm sind bis 1993 Mittel vorgesehen.

Entscheidend für die Versorgungssituation im stationären Sektor in den neuen Bundesländern ist auch die Entwicklung im *Pflegebereich*. Hier hat die verstärkte Abwanderung von Krankenschwestern und Krankenpflegern in die alten Bundesländer Handlungsbedarf ergeben.

Auf Einladung des Bundesministers für Gesundheit fand deshalb in Berlin ein Gespräch mit den Gesundheitsministern und -senatoren von Bund und Ländern, dem Deutschen Städtetag, dem Deutschen Landkreistag, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Vertretern der Tarifpartner und Vertretern der Berufsverbände der Krankenpflege statt. Diese Gesprächsrunde hat sich im Rahmen ihrer *„Berliner Erklärung“* vom 26. Juli 1991 u. a. darauf verständigt, aktiv dazu beizutragen, den *Pflegeberuf attraktiver* zu gestalten. Der akute Mangel an qualifizierten Mitarbeitern in der Pflege in den alten und den neuen Bundesländern soll danach vor allem durch folgende Maßnahmen behoben werden:

- Weitere strukturelle Verbesserung der Vergütung

- Stärkere Förderung des beruflichen Nachwuchses
- Neuordnung der Fort- und Weiterbildung der Pflegeberufe; Verbesserung der Rahmenbedingungen der Ausbildung
- Attraktivere Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitszeitgestaltung und Kinderbetreuung)
- Verbesserung der Personalbemessung.

e) Modellprogramme

Auch der Forderung der Konzertierte Aktion, die neuen Bundesländer in die Modellprogramme zu Drogen, AIDS sowie zur besseren Versorgung von Krebspatienten und chronisch Kranken einzubeziehen, wurde entsprochen.

Drogenhilfe

In den neuen Bundesländern ist in absehbarer Zeit mit einem zunehmenden Angebot illegaler Drogen zu rechnen. Deshalb ist hier die vordringliche drogenpolitische Aufgabe, die Prävention zu verstärken.

Um dies zu erreichen, wird zu Beginn des zweiten Halbjahres 1991 das im Zuge der Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes 1990 angelaufene Modellprogramm „Mobile Drogenprävention“ auf die neuen Länder ausgedehnt. Wie in den alten Bundesländern soll auch in den neuen Ländern die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) die Koordination und Begleitung des Programmes übernehmen. Konzept und Umsetzung sind mit den Drogenbeauftragten der neuen Länder abgestimmt worden.

Es ist vorgesehen, in Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern je 2 und in Sachsen wegen der deutlich höheren Bevölkerungszahl 3 Präventionsstellen einzurichten. Im Jahre 1991 stehen für dieses Programm einschließlich der einmaligen Investitionskosten etwa 600 000,- DM zur Verfügung. In den Folgejahren wird jeweils 1 Mio. DM für das Programm eingesetzt. Die Laufzeit ist auf zunächst drei Jahre festgelegt.

Im Rahmen des Modellprogramms „Integrierte Suchtberatungsstellen“ sollen in den neuen Bundesländern Beratungs- und Behandlungsangebote für Abhängige von legalen und illegalen Drogen ausgebaut und qualifiziert werden. Dabei ist eine Anknüpfung an das in den neuen Ländern angelaufene Programm „Mobile Drogenprävention“ denkbar. Im Rahmen des Modellprogramms ist vorgesehen, in Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen Modellmaßnahmen zu fördern. Im Jahre 1991 steht für dieses Programm 1 Mio. DM zur Verfügung, in den Folgejahren sind pro Jahr jeweils 2 Mio. DM vorgesehen. Die Laufzeit des Programmes beträgt vorerst drei Jahre.

Bekämpfung von AIDS

Mit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten wurden die neuen Bundesländer sowie der Ostteil von Berlin in das Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung von AIDS/HIV einbezogen. Seitdem wird auf die Prävention ein besonderer Schwerpunkt gelegt, um möglichst rasch Aufklärungsdefizite in der Bevölkerung abzubauen.

Bereits heute werden etwa 30 v. H. der Mittel im Aufklärungsbereich für Maßnahmen in den neuen Bundesländern ausgegeben. Es ist beabsichtigt, diesen Anteil auf 50 v. H. zu steigern. In Thüringen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern haben bereits erste Präventionsseminare für Fachpersonal stattgefunden, die vom AIDS-Zentrum durchgeführt wurden. Entsprechende Veranstaltungen für Brandenburg und Sachsen sind geplant. Außerdem sind Hospitationsprogramme für Ärzte und Pflegepersonal der neuen Bundesländer in AIDS-Behandlungsschwerpunkten der alten Bundesländer vorgesehen.

Zum Aufbau und zur Organisation der AIDS-Prävention sind jedem neuen Bundesland vom Bundesminister für Gesundheit in diesem Jahr im Einvernehmen mit den neuen Bundesländern Personalmittel für ein Projekt-Team sowie Mittel für Sachkosten zur Verfügung zu stellen. Der Deutschen AIDS-Hilfe sind Finanzmittel für „Streetwork“ in Rostock, Weimar, Leipzig, Magdeburg und Dresden bereitgestellt worden. Ein besonderer Schwerpunkt im Beitrittsgebiet wurde im Ostteil Berlins gesetzt. Hier fördert das Bundesgesundheitsministerium für spezielle Maßnahmen der AIDS-Prävention 11 Personalstellen seit 1. Juli 1991.

Der vorgesehene Zeitraum der Modellförderung geht bei allen vorgenannten Maßnahmen bis 31. Dezember 1993.

Versorgung von „Krebspatienten“

In den kommenden Jahren wird in den neuen Bundesländern der modellhafte Aufbau von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten unterstützt. 1991 sind hierfür ca. 30 Mio. DM eingeplant. Diese Mittel sollen für den Aufbau von zunächst 4 Tumorzentren und 2 onkologischen Schwerpunkten bereitgestellt werden. Weitere Einrichtungen sollen im Laufe des Jahres 1992 sukzessive in die Fördermaßnahmen einbezogen werden.

Schwerpunkte der Maßnahmen sind Modelle zum Ausbau der fachübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb der Behandlungsschwerpunkte und darüber hinaus mit regionalen Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten. Darüber hinaus wird die Ausstattung der Behandlungseinrichtungen mit modernen medizinischen Geräten für die Krebsdiagnostik und -therapie gefördert werden.

„Chronisch Kranke“

In den neuen Bundesländern war die Behandlung chronisch Kranker bislang stark zentralisiert. Es ist beabsichtigt, insbesondere durch Förderung der apparativen Ausstattung und der entsprechenden Qualifizierung des Personals, die wohnortnahe medizinische Behandlung schnell zu verbessern. Hierfür ist geplant, an einigen Schwerpunktkrankenhäusern Geräte zur kardiologischen Diagnostik (Linksherzkathetermeßplätze, Echokardiographiegeräte etc.) und entsprechende Qualifizierungsprogramme für das Personal modellhaft zu fördern. Hiermit sollen die Länder bei ihren Aufgaben im Gesundheitsbereich unterstützt werden. Darüber hinaus sollen diese Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, für die sich neu niedergelassenen Ärzte Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchzuführen. Wie in den alten Bundesländern soll auch der Aufbau von Rheumazentren im Rahmen des Modellprogramms zur besseren Versorgung von chronisch Kranken gefördert werden.

„Psychiatrische Versorgung“

Um die psychiatrische Versorgung in den neuen Ländern dem Niveau in den alten Ländern anzupassen, bedarf es neben organisatorischen und investiven Maßnahmen im stationären Bereich des Auf- und Ausbaus ambulanter und komplementärer Versorgungsnetze, die sich an den Grundsätzen der Psychiatrie-Enquête und den Erkenntnissen der Modellprogramme orientieren.

Um diese in die noch zu gestaltenden Versorgungsstrukturen einzubringen, werden vom Bundesminister für Gesundheit u. a. Modellvorhaben in den neuen Ländern durchgeführt. 1991 werden drei Einzelprojekte in Mühlhausen, Leipzig und Berlin begonnen. Im Haushaltsplan 1992 werden die für die neuen Länder zusätzlich angesetzten 3,5 Mio. DM zur Förderung von Modellregionen und Einzelprojekten eingesetzt.

C. Bewertung der Empfehlungen und ihrer Umsetzung durch den Bundesminister für Gesundheit

I. Bewertung der Empfehlungen und Vorschläge

1. Sicherung der Beitragssatzstabilität

Im Zusammenhang mit dem § 141 Abs. 2 SGB V verankerten Grundsatz der Beitragssatzstabilität nennt der Gesetzgeber konkrete Anforderungen an die Empfehlungen der Konzertierte Aktion, die diesem Ziel dienen sollen. So sind

„Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen abzugeben, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. Die inhaltlichen Vorgaben sind so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten.“

Weiterhin sind die Beteiligten verpflichtet, über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse zu berichten. Zu den einzelnen Versorgungsbereichen hat die Konzertierte Aktion lediglich bei der Sitzung am 10. April 1989 Empfehlungen abgegeben. Im Jahr 1990 gab es für den Bereich der alten Bundesländer keine Empfehlungen zur finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in den einzelnen Ausgabenbereichen. Dies ist auf die Sondersituation zurückzuführen, daß dieses Jahr ganz im Zeichen der gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland stand. Dementsprechend behandelte die Konzertierte Aktion am 5. November 1990 als Schwerpunkt diesen Themenbereich.

Am 6. Juni 1991 faßte die Konzertierte Aktion eine „Entschließung zur finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Diese enthielt jedoch keine Empfehlungen für die einzelnen Versorgungsbereiche. Für die Sitzung der Konzertierte Aktion am 3. Dezember 1991 waren wieder sektorenspezifische Empfehlungen vorgesehen.

Die Empfehlungen vom 10. April 1989 enthalten Aussagen und Vorschläge zur Ausgabenentwicklung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit in den jeweiligen Bereichen, die über das Jahr 1989 hinausgehen und den gesamten Berichtszeitraum betreffen. Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen sollten jedoch nach Auffassung des Bundesministers für Gesundheit *regelmäßig*, d. h. in jährlichem Turnus abgegeben werden. Nur so können den sektorenspezifischen Empfehlungen die aktuellen Daten über die aktuelle Ausgabenentwicklung sowie über die voraussichtliche Grundlohnentwicklung, basierend auf den gesamtwirtschaftlichen Daten, zugrunde gelegt werden.

Ferner hält es der Bundesminister für Gesundheit für sachdienlich, daß die Konzertierte Aktion ihre Empfehlungen inhaltlich konkreter und verbindlicher faßt, als in den Empfehlungen vom 10. April 1989 geschehen, und daß die gesetzliche Verpflichtung der Beteiligten, „über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse zu berichten“, beachtet wird.

Dabei ist es wichtig, daß eine regelmäßige Bilanz des bisher Erreichten durchgeführt wird und daraus entsprechende Schlußfolgerungen gezogen werden. Auch dies ist im Berichtszeitraum nur teilweise geschehen. Es erscheint zweckmäßig, eine jährliche

konkrete Bilanz in den einzelnen Ausgabenbereichen und daraus zu ziehende Schlußfolgerungen den jährlichen Empfehlungen jeweils voranzustellen.

2. Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

Der Bereich der Qualitätssicherung sowie der Bereich der Verbesserungen der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege haben bei den Beratungen der Konzertierte Aktion einen zentralen Stellenwert eingenommen. Damit hat die Konzertierte Aktion zwei Aufgabenfelder aufgegriffen, die für gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens von besonderer Bedeutung sind.

Insbesondere für den Bereich der Kranken- und Altenpflege haben die Empfehlungen der Konzertierte Aktion konkrete Aufträge an alle Beteiligten für ihren spezifischen Aufgabenbereich enthalten. Gleichzeitig sind die Beteiligten ihrer Verpflichtung nachgekommen, über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse regelmäßig zu berichten. Durch die Beratungen der Gesundheitsministerkonferenz zu diesem Themenbereich erhielt die Konzertierte Aktion flankierende Unterstützung für gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten.

Die Empfehlung der Konzertierte Aktion zur Qualitätssicherung vom 10. April 1989, die durch entsprechende Aussagen in den Empfehlungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung und zur zahnmedizinischen Versorgung ergänzt wird, verweist auch auf die notwendige Umsetzung der Regelungen des Gesundheits-Reformgesetzes.

Die auf der Sitzung der Konzertierte Aktion am 4. Dezember 1989 von den Beteiligten vorgelegten schriftlichen Berichte haben Gelegenheit zu einer ersten Bestandsaufnahme der Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung gegeben. Zu einer umfassenden Bilanz der Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierte Aktion ist es aber noch nicht gekommen.

Zur vertiefenden Erörterung der Qualitätssicherung im Bereich der Medizin mit den Beteiligten der Konzertierte Aktion hat auch das vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Juni 1990 durchgeführte wissenschaftliche Symposium über die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung beigetragen. Das im Anschluß an diese Veranstaltung für 1992 vom Bundesminister für Gesundheit geplante weitere Qualitätssicherungssymposium (Teil 2) bietet eine weitere Möglichkeit zur Bilanz des bisher im Bereich der Qualitätssicherung Erreichten.

3. Gesundheitspolitische Aufgaben im vereinten Deutschland

Die Konzertierte Aktion hat im Hinblick auf den Aufbau eines freiheitlichen Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern entscheidende Impulse gegeben und die Beteiligten zu einer großen Gemeinschaftsanstrengung veranlaßt.

Durch die Einbeziehung der neuen Länder in die Konzertierte Aktion hat sich nicht nur der Teilnehmerkreis erweitert. Die Arbeit des Gremiums hat auch eine entscheidende qualitative Bereicherung erfahren. Die Beratungen der Konzertierte Aktion am 6. Juni 1991 haben auf der Grundlage einer ersten Zwischenbilanz die Beteiligten erneut darin bestärken können, ihre Anstrengungen zur Anhebung des Versorgungsniveaus im Beitrittsgebiet sowie zur Anpassung der Versorgungsstrukturen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Der Bundesminister für Gesundheit geht davon aus, daß die gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland auch bei den folgenden Beratungen der Konzertierte Aktion einen Schwerpunkt bilden.

II. Bewertung der Umsetzung der Empfehlungen

1. Sicherung der Beitragssatzstabilität

Nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform ist es gelungen, den Anstieg der Beitragssätze zu stoppen und insbesondere im Jahr 1990 und Anfang 1991 spürbare Beitragssatzsenkungen an Arbeitnehmer, Betriebe und mit zeitlicher Verzögerung auch an die Rentner weiterzugeben. Die Konzentration der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige und sozialpolitisch Erforderliche hat in vielen Ausgabenbereichen unmittelbar zu Ausgabensenkungen für die Krankenkassen geführt. Auf der Seite der Versicherten sind die Maßnahmen der Gesundheitsreform zur finanziellen Entlastung des GKV bereits voll wirksam geworden. Bei den Anreizen der Reform zur wirtschaftlichen Leistungserbringung ist die Umsetzung dagegen noch nicht abgeschlossen.

Die Konzertierte Aktion hatte in ihren sektorenspezifischen Empfehlungen vom 10. April 1989 die Umsetzung dieser Anreize für die jeweiligen Ausgabenbereiche gefordert. Diese Umsetzung ist um so notwendiger, als sich seit Mitte 1990 erneut eine expansive Ausgabenentwicklung vollzieht, die die Stabilität der Beitragssätze gefährdet. Die Ausgaben steigen wieder deutlich stärker als die Beitragseinnahmen, obwohl die Grundlohnsteigerungen im Berichtszeitraum zu erheblichen Steigerungen dieser Einnahmen geführt haben.

Die Beitragssatzsenkungen der Krankenkassen im Berichtszeitraum können nicht darüber hinwegtäuschen, daß durch die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen die Beitragssatzstabilität wieder gefährdet ist. Es bedarf deshalb verstärkter Anstrengungen aller Beteiligten, die Umsetzung der noch ausstehenden Regelungen der Gesundheitsreform zur wirtschaftlichen Leistungserbringung und sparsamen Leistungsanspruchnahme in den einzelnen Sektoren zu beschleunigen.

Die Verbände der Leistungserbringer haben die Auffassung vertreten, der Anstieg der Leistungsausgaben sei insbesondere auf demographische Faktoren und Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund müsse bezweifelt werden, ob die medizinisch notwen-

dige Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzsteigerungen zu gewährleisten sei (§ 141 Abs. 2 SGB V).

Der Bundesminister für Gesundheit ist dagegen der Auffassung, daß sich die seit Mitte 1990 abzeichnende Entwicklung der Leistungsausgaben nicht allein durch den Altersaufbau der Bevölkerung, die Morbidität oder den medizinisch-technischen Fortschritt erklären läßt. Ein Teil der Ursachen für den Ausgabenanstieg ist auch auf den Anstieg der Zahl der Leistungserbringer sowie auf die in den Strukturen, Kapazitäten und Anreizen des Systems liegenden Bedingungen zurückzuführen. Deshalb müssen neben der Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven zusätzlich auch diese kostenwirksamen Faktoren beseitigt werden, damit das notwendige medizinische Versorgungsniveau möglichst lange ohne Beitragssatzerhöhungen finanziert werden kann.

Für die einzelnen Leistungsbereiche kommt der Bundesminister für Gesundheit zu folgenden Bewertungen und Schlußfolgerungen:

Ambulante ärztliche Versorgung

Die Konzertierte Aktion hatte die Erwartung angesprochen, daß die Vergütungsvereinbarungen für die ambulante ärztliche Versorgung dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung tragen sollten. Die aktuelle Ausgabenentwicklung übersteigt jedoch den Zuwachs der Grundlohnsomme. Der von den Vertragsparteien vorgesehene Übergang zu einer Vergütung nach Einzelleistungen ohne ausreichende Begrenzungsregelung würde diese Entwicklung beschleunigen.

Die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der Kosten- und Leistungstransparenz ist erst teilweise erfolgt. Die durch das Gesundheits-Reformgesetz verbesserten Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Zusammenhang mit den Richtgrößen für verordnete Leistungen und die flankierenden Transparenzregelungen sind unverzichtbare Steuerungsinstrumente zur Gewährleistung von Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die sich wieder beschleunigende Ausgabenentwicklung ist vor allem auf eine Ausweitung der Leistungsmengen zurückzuführen, bei den von den Ärzten erbrachten Leistungen ebenso wie bei den verordneten Leistungen. Die fehlende Umsetzung des Instrumentariums zur Mengensteuerung ist somit eine wesentliche Ursache für die über die Grundlohnentwicklung hinausgehenden Ausgabenzuwächse und der damit verbundenen Gefährdung der Beitragssatzstabilität.

Zur Sicherung der fachlichen Qualifikation des Hausarztes besteht jedoch weiterer Handlungsbedarf. An der Vorgabe der Empfehlung vom 10. April 1989, daß die Gesamtzeit der Aus- und Weiterbildung bis zum Zugang zu einer kassenärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin acht Jahre nicht überschreiten darf, kann nicht festgehalten werden. Die Mehrheit der übrigen Mitgliedstaaten der EG hat sich nicht mit der Einführung einer zweijährigen spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin

begnügt, wie sie die Richtlinie des Rates über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin vom 15. September 1986 (86/457/EWG) für die Zeit ab 1. Januar 1995 als Mindestvoraussetzung für den Zugang für eine kassenärztliche Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vorsieht. Überwiegend haben sich die übrigen Mitgliedstaaten für eine mindestens dreijährige und längere Dauer dieser Ausbildung entschieden. Im Zuge der beabsichtigten Einführung der dreijährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird auch der Sicherstellung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten ein besonderes Augenmerk zu widmen sein.

Die Regelung der Pflichtweiterbildung in der hausärztlichen Versorgung ist eine wichtige Voraussetzung, die allein aber keine wirtschaftliche Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung gewährleistet. Parallel bedarf es auch einer klaren Definition des *hausärztlichen Berufsbildes* in Abgrenzung zum Tätigkeitsfeld des Facharztes. Hier ist die Kassenärzteschaft aufgefordert, dem Auftrag des § 73 SGB V nachzukommen, die Gliederung der kassenärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung umzusetzen.

Wichtig ist auch die von der Konzertierte Aktion geforderte *Förderung der Kooperation* zwischen den Kassenärzten zur wirtschaftlichen Nutzung medizinisch-technischer Geräte, wie sie von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Niederlassungsberatung betrieben wird. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist in seinem Jahresgutachten 1989 auf die hohen Ausgaben insbesondere bei den sogenannten kleinen Technologien hin. Daraus folgt, daß die Förderung einer Kooperation unter den Kassenärzten auch für diesen Bereich von besonderer Bedeutung ist.

Ambulante zahnärztliche Versorgung

Die Ausgabenentwicklung im Bereich der *Zahnprothetik* verdeutlicht, daß die von der Konzertierte Aktion unterstützte Zielsetzung der Gesundheitsreform, die auch im internationalen Vergleich überhöhten Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatzleistungen deutlich zu senken, in den Jahren 1989 und 1990 erreicht wurde. Obwohl die Entwicklung im 1. Halbjahr 1991 mit einem Ausgabenanstieg von 15,3 v. H. auch durch einen statistischen Basis-effekt bedingt ist, ist zukünftig sorgfältig darauf zu achten, daß von den Ausgaben für Zahnersatz auf der Grundlage des abgesenkten Niveaus in den nächsten Jahren keine Gefährdung der Beitragssatzstabilität ausgeht.

Sofern sich ein Anstieg der Gesamtvergütung der Zahnärzte für *konservierend-chirurgische Behandlungen* auf den Ausbau der medizinischen Vorsorgeleistungen zurückführen läßt, ist dies aus zahnmedizinischer Sicht positiv zu bewerten und gesundheitspolitisch gewollt. Entsprechende Ausgabensteigerungen, die die Grundlohnentwicklung überschreiten, sind deshalb vom Gesetzgeber zu verantworten. Verbesserte Vorsorge- und Frühbehand-

lungsmaßnahmen müssen mittelfristig auch zu geringeren Zahnersatzfällen und damit zu verminderten Zahnersatzausgaben führen. Hierbei sollte verstärkt auf eine engere Zusammenarbeit der niedergelassenen Zahnärzte mit den Jugendzahnärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes hingearbeitet werden.

Im Bereich der *kieferorthopädischen Behandlung* sollte der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen dem Auftrag des Gesetzgebers zügig nachkommen, in den Richtlinien nach § 29 Abs. 3 SGB V Einschränkungen des kieferorthopädischen Indikationskataloges vorzunehmen, um auch in diesem Sektor zu einer Konzentration des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige zu kommen.

Der Bundesminister für Gesundheit bedauert, daß die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen keine bundeseinheitliche Regelung zur Praktizierung der *Kostenerstattung* für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung vereinbart haben, die die Bezüge zum Kassenzahnarztrecht (sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen, Statistik, Stichprobenprüfung) flächendeckend sicherstellt. Dies widerspricht der Empfehlung der Konzertierten Aktion und dem Willen des Gesetzgebers. Aufgrund der fehlenden Leistungsstatistiken — bedingt durch unterschiedliche zahnärztliche Abrechnungspraktiken — läßt sich nach Einführung der Kostenerstattungsregelung nicht mehr genau analysieren, worauf ein überproportionaler Anstieg der Ausgaben für Zahnersatz zurückzuführen ist. Die hierfür erforderliche Aufteilung in Mengen-, Struktur- und Preiskomponente ist nur eingeschränkt möglich.

Arzneimittelversorgung

Das Niveau der *Arzneimittelausgaben* ist entgegen den Empfehlungen der Konzertierten Aktion *nicht nachhaltig gesenkt worden*. Im Jahre 1990 lagen die Arzneimittelausgaben um 1,4 Mrd. DM über dem Niveau von 1988, das nach der Empfehlung unterschritten werden sollte. Im 1. Halbjahr 1991 hat sich der Anstieg der Arzneimittelausgaben noch beschleunigt. Wesentliche Ursache des Ausgabenanstieges ist die Mengenkomponekte, d. h. die anhaltende Ausweitung der Menge der von den Ärzten verordneten Arzneimittel. Deshalb kommt es darauf an, den Auftrag des Gesetzgebers zu erfüllen und das im Gesundheits-Reformgesetz geschaffene Instrumentarium zur Mengensteuerung der verordneten Leistungen umzusetzen. Dazu gehören insbesondere die Regelungen zur Kosten- und Leistungstransparenz und Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen.

Genauso wichtig ist die weitere Umsetzung des *Festbetragskonzepts* in den Stufen 2 und 3. Für den Teilmarkt der Stufe 1 (wirkstoffgleiche Arzneimittel) ist die Umsetzung weitgehend abgeschlossen; in den Stufen 2 und 3 steht die Umsetzung noch weitgehend aus.

Die Forderung der Konzertierten Aktion, die *Rahmenverträge* für die Arzneimittelversorgung zum Abschluß zu bringen, wurde nicht umgesetzt. Noch

ausstehende Vereinbarungen nach § 129 und § 300 SGB V sollten möglichst bald abgeschlossen werden.

Heil- und Hilfsmittelversorgung

Die Ausgabensteigerungen im Heil- und Hilfsmittelbereich im Jahr 1990 und insbesondere im 1. Halbjahr 1991 zeigen, daß vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven stärker erschlossen werden müssen, um zu verhindern, daß in diesem Leistungsbereich wieder die auch im Vergleich zu den übrigen Ausgabensektoren überproportionalen Steigerungsraten der 70er und 80er Jahre auftreten. Dabei müssen für Heil- und Hilfsmittel jeweils unterschiedliche Maßnahmen ergriffen werden.

Bei *Heilmitteln* sind folgende Maßnahmen vordringlich:

- Erarbeitung und Vereinbarung von Richtgrößen;
- systematische Erfassung der verordneten Heilmittel, um sie einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zugänglich zu machen;
- Beratung der Ärzte, die Heilmittel ohne medizinische Notwendigkeit verordnen.

Bei *Heilmitteln* müssen folgende Maßnahmen im Vordergrund stehen:

- Erarbeitung des Hilfsmittelverzeichnis und daraus abgeleitet die Festbetragsgruppenbildung in den verschiedenen Teilbereichen;
- Festlegung von Festbetragsgruppen und Festbeträgen für weitere Hilfsmittel;
- regelmäßige Informationen der Krankenkassen für ihre Versicherten, welche Leistungserbringer zu Festbeträgen anbieten;
- Laufende Markterkundungen der Krankenkassen, um Leistungserbringern, die — bei mindestens gleich guter Qualität — preisgünstiger anbieten, auch entsprechende Marktchancen zu eröffnen.

Über die Bedeutung von Festbeträgen für Hilfsmittel haben die Versicherten noch nicht genügend Kenntnis. Nur wenige Krankenkassen geben ihren Versicherten *konkrete Informationen* darüber, welche Lieferanten Hör- und Sehhilfen zu Festbeträgen oder zu darunterliegenden Preisen abgeben. Solche Informationen sind jedoch notwendig, um das Festbetragskonzept bei Hilfsmitteln erfolgreich und flächendeckend umzusetzen. Die Krankenkassen sollten dabei auch — wie vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgeschlagen — die Kooperation mit den Verbraucherverbänden zur Verbesserung der Aufklärung für den Versicherten nutzen. Die Verbesserung der Transparenz im Hilfsmittelbereich ist für alle Beteiligten (Ärzte, Versicherte und Krankenkassen) der entscheidende Schlüssel für mehr Wirtschaftlichkeit.

Krankenhausversorgung

Der Bundesminister für Gesundheit stellt fest, daß die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich im Jahre 1989, wie bereits im Jahre 1988, unterhalb der Grundlohnentwicklung verlief und damit zur Entlastung der Beitragszahler beitragen konnte. Der seit 1990 wieder zu verzeichnende deutliche Anstieg der Ausgaben für Krankenhausbehandlung oberhalb der Grundlohnentwicklung muß auch vor dem Hintergrund tariflicher Verbesserungen und günstiger Stellenpläne im Pflegebereich der Krankenhäuser gesehen werden. Im Zusammenhang mit der notwendigen attraktiveren Gestaltung des krankenpflegerischen Berufsbildes stehen auch weiterhin tarifliche Verbesserungen sowie Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen und den Stellenplänen der Krankenhäuser an. Dies wird sich in den nächsten Jahren kostensteigernd auswirken.

Vor diesem Hintergrund müssen — wie in der Koalitionsvereinbarung vorgesehen — Maßnahmen ergriffen werden, die die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus erhöhen. Die Nutzung der dazu im Krankenhausrecht bereitgestellten Instrumente, die auch von der Konzertierte Aktion gefordert wurde, ist bislang nur unzureichend.

Grundsätzlich gibt die Bundesregierung vertraglichen Lösungen der Beteiligten zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus den Vorzug. Das gilt auch für die noch notwendige weitere Konkretisierung eines Vorrangs der ambulanten Behandlung vor einer Krankenhausbehandlung.

Der Bundesminister für Gesundheit geht von der Bereitschaft aller Beteiligten aus, zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich beizutragen. Dabei ist zu beachten, daß notwendige strukturelle Veränderungen nicht kurzfristig, sondern nur im Rahmen eines mehrjährigen Prozesses möglich sind. Eine notwendige Verbesserung der gesetzlichen Grundlagen wird die Bundesregierung rechtzeitig einleiten und mit den Beteiligten erörtern.

2. Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

a) Qualitätssicherung

Aus dem bisherigen Sachstand unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierte Aktion sowie des Qualitätssicherungssymposiums des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom Juni 1990 zieht der Bundesminister für Gesundheit die nachstehenden Schlußfolgerungen:

- Qualitätssichernde Maßnahmen sollten in der Bundesrepublik mehr die *Ablauf- und die Ergebnisqualität* in den Vordergrund stellen. Maßnahmen, die die *Strukturqualität* absichern, sind zwar notwendig, aber allein nicht ausreichend. Dies bedeutet, daß es in erster Linie Sache der für die Ergebnisqualität Verantwortlichen ist, d. h. insbesondere der Ärzte, Zahnärzte und Pflegepersonen, die Initiative zu Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung zu ergreifen.

- Die Organisationen der Ärzte und Zahnärzte, der Pflegepersonen und der Krankenhäuser sollten in der medizinischen Qualitätssicherung *enger zusammenarbeiten* und hierzu entsprechende Vereinbarungen treffen. Dadurch lassen sich die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen steigern, Probleme der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen sowie Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und ärztlicher/zahnärztlicher Praxis sachgerechter lösen und das Wissen und die Methodik der Qualitätssicherung, ihre Möglichkeiten und ihre Grenzen u. a. im Rahmen der Fort- und Weiterbildung besser verbreiten.
- Die *Regelungen des SGB V* zur Qualitätssicherung sollten von den zuständigen Vertragspartnern zügig umgesetzt werden. Dabei sind die Ärztekammern zu beteiligen.
- Nachdem mittlerweile ausreichende Vorarbeiten auch für qualitätssichernde Maßnahmen in der *Zahnmedizin* vorliegen, erwartet die Bundesregierung, daß die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen diese Forschungsergebnisse zügig in die Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung umsetzt. Um die Umsetzung zu beschleunigen, sollten Kassen und Zahnärzte die Möglichkeiten der Erprobungsregelungen im Gesundheits-Reformgesetz (§ 63 ff. SGB V) nutzen. Danach könnten Zahnärzte, die sich bereit erklären, bestimmte Qualitätskriterien einzuhalten, finanziell gefördert werden.
- Die Entwicklung, Erprobung und Verbreitung praktikabler und wirksamer Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Modellcharakter sollte auch aus öffentlichen Mitteln gefördert werden.

Der Bundesminister für Gesundheit geht davon aus, daß mit der Förderung der Entwicklung und Erprobung von Modellmaßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung durch den Bundesminister für Gesundheit ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung der Qualitätssicherungs-Bestimmungen des Gesundheits-Reformgesetzes und damit zu den entsprechenden Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geleistet wird. Die Förderung der Qualitätssicherung in der Herzchirurgie zeigt beispielhaft, daß hierbei Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung im Zusammenhang stehen.

b) Verbesserung der Rahmenbedingungen der Kranken- und Altenpflege

Bei der Bewertung der Umsetzung der Empfehlungen der Konzertierte Aktion zur Situation der Pflegeberufe im Berichtszeitraum kommt der Bundesminister für Gesundheit zu einer ähnlichen Einschätzung wie die Konzertierte Aktion bei ihrer Sitzung am 6. Juni 1991. Es kann festgestellt werden, daß seit der Empfehlung vom 4. Dezember 1989 insbesondere Fortschritte erzielt werden konnten

- bei der Tarifgestaltung,
- bei der Schaffung zusätzlicher Personalstellen in den Krankenhäusern, infolge des verbesserten Anrechnungsschlüssels für Krankenpflegeschü-

ler und der neuen Personalbemessung in der Psychiatrie,

- bei der Vorbereitung eines an den Leistungen des Personals im Pflegedienst orientierten Konzepts zur Personalbedarfsermittlung in den Krankenhäusern,
- bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und der allgemeinen Rahmenbedingungen.

Gleichzeitig scheint es jedoch notwendig, daß auf der Grundlage des vereinbarten Gesamtkatalogs der Konzertierte Aktion vom Dezember 1989 die noch offenstehenden Maßnahmen von den Beteiligten in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich zügig umgesetzt werden.

Hierzu zählen insbesondere:

- Die schnelle Verabschiedung und Anwendung des leistungsorientierten Konzeptes zur Personalbedarfsermittlung für das Pflegepersonal in den Krankenhäusern.
- Eine Verbesserung der Verknüpfung zwischen stationärer Pflege und ambulanten Pflegediensten.
- Ein bundeseinheitliches Gesetz zur Ausbildung in der Altenpflege im Sinne der Koalitionsvereinbarung.
- Die Schaffung weiterführender, übereinstimmender, berufsbezogener Bildungsabschlüsse in der Kranken- und Altenpflege in den Ländern, die auch eine Ausbildung zur Unterrichtsschwester, zum Unterrichtspfleger sowie zur Pflegedienstleitung an Fachhochschulen vorsehen.
- Die verstärkte Einführung attraktiver Teilzeitmodelle, der Ausbau von Teamarbeit sowie kooperativer Strukturen in den Krankenhäusern zwischen den einzelnen Berufsgruppen.
- Die Vermehrung von Umschulungsmaßnahmen zu Krankenschwestern, Krankenpflegern und Altenpflegern sowie die Wiedereingliederung von Frauen nach der Kindererziehung.
- Investitionsmaßnahmen mit dem Ziel pflegeentlastender Maßnahmen und der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Stärkung und Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit.

Auch in der Einschätzung der noch erforderlichen Maßnahmen deckt sich die Auffassung des Bundesministers für Gesundheit mit der Einschätzung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Der Beschluß der Konzertierte Aktion, in ihrer Herbstsitzung 1992 erneut eine Bilanz des Erreichten zu ziehen, dürfte die Bereitschaft der Beteiligten verstärken, in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich die Lösung der noch offenstehenden Probleme zügig anzugehen.

3. Gesundheitspolitische Aufgaben im vereinten Deutschland

Eine Zwischenbilanz zur Bewertung der Umsetzung der Entschließung der Konzertierte Aktion zu den

gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland führt aus Sicht des Bundesministers für Gesundheit zu folgenden Ergebnissen:

Die Konzertierte Aktion hat im Hinblick auf den Aufbau eines freiheitlichen Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern entscheidende Impulse gegeben und die Beteiligten zu einer *großen Gemeinschaftsanstrengung* motiviert. Das Ziel, ein gleichmäßig hohes Niveau der gesundheitlichen Versorgung in allen Länder der Bundesrepublik Deutschland anzustreben, ohne den Grundsatz der Beitragssatzstabilität in den alten und neuen Bundesländern zu gefährden, hat für die Bundesregierung in den nächsten Jahren eine besondere Priorität. Die Bundesgesundheitsministerin hat dies vor der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 6. Juni 1991 nachdrücklich betont.

Die ersten Schätzungen der Einnahmen und Ausgaben im Beitrittsgebiet für das 1. Halbjahr 1991 bestätigen die Erwartungen, daß der Beitragssatz von 12,8 v. H. 1991 ausreicht, um die Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern zu sichern und auszubauen.

Die Vergütungen, die von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen sowie den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden sind, entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. Auch in den meisten Leistungsbereichen der Heil- und Hilfsmittelversorgung sind rechtzeitig Vergütungsvereinbarungen zustande gekommen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität gerecht werden. Im Bereich der Pflegesatzverhandlungen ist die Umstellung auf das neue Recht mit wenigen Ausnahmen ohne größere Schwierigkeiten gelungen.

Der Bundesminister für Gesundheit erwartet, daß die Krankenkassen in den neuen Bundesländern auch 1992 alle Möglichkeiten zur Beitragssatzstabilität ausschöpfen.

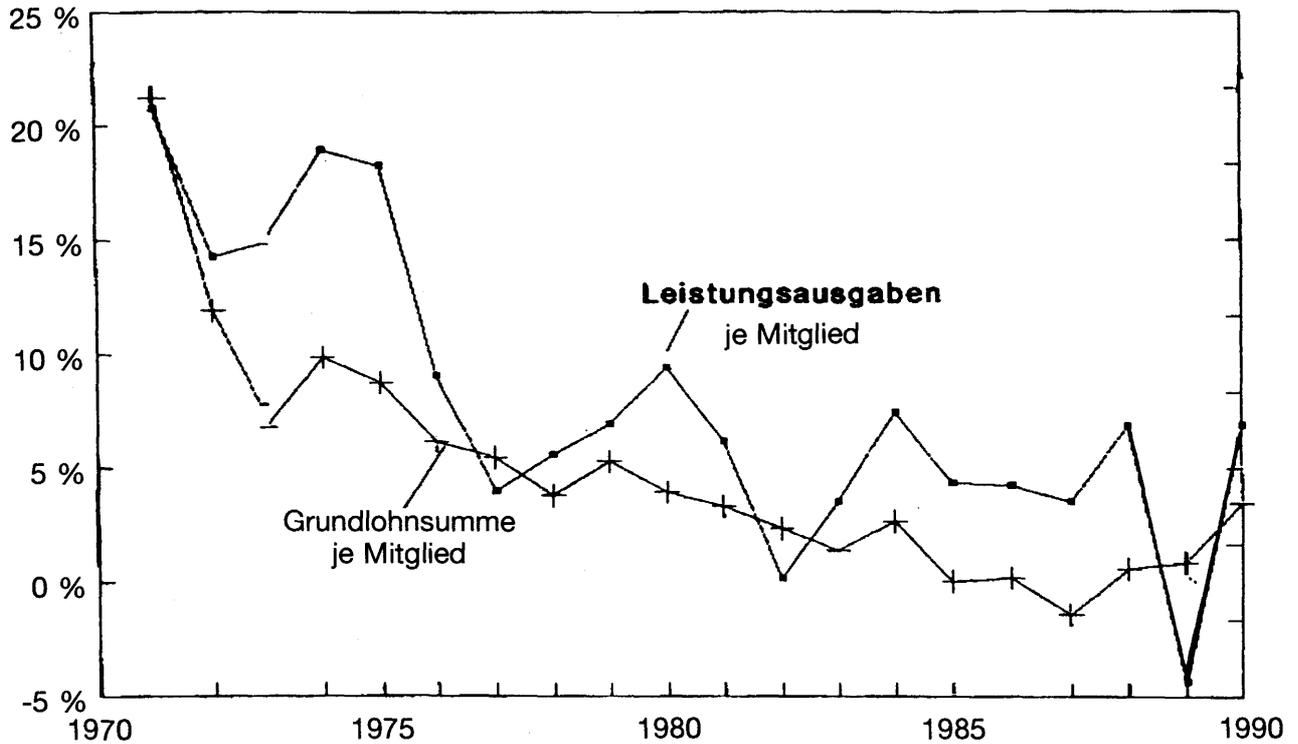
Die auf Bitten der Konzertierte Aktion vom 6. Juni 1991 vorgenommene Prüfung, ob den Krankenkassen im Beitrittsgebiet Rückzahlungen aus der Anschubfinanzierung erlassen werden können, hat ergeben, daß hierfür keine Notwendigkeit besteht.

Die Herausforderung, die in vielen Bereichen der neuen Bundesländer bestehenden erheblichen Versorgungsdefizite abzubauen, wird notwendigerweise in einem längerfristigen Prozeß zu bestehen sein. Dies erfordert auch weiterhin die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen, für die die Konzertierte Aktion ein entscheidendes Forum darstellt. Hierfür ist aber auch die Aufbringung beträchtlicher finanzieller Mittel, sowohl zur Sanierung der Einrichtungen wie auch zur Qualifizierung der im Gesundheitswesen Tätigen, erforderlich.

Sich dieser Aufgabe zu stellen, ist ein Gebot der Solidarität mit den Bürgerinnen und Bürgern in den neuen Bundesländern.

Abbildung 1

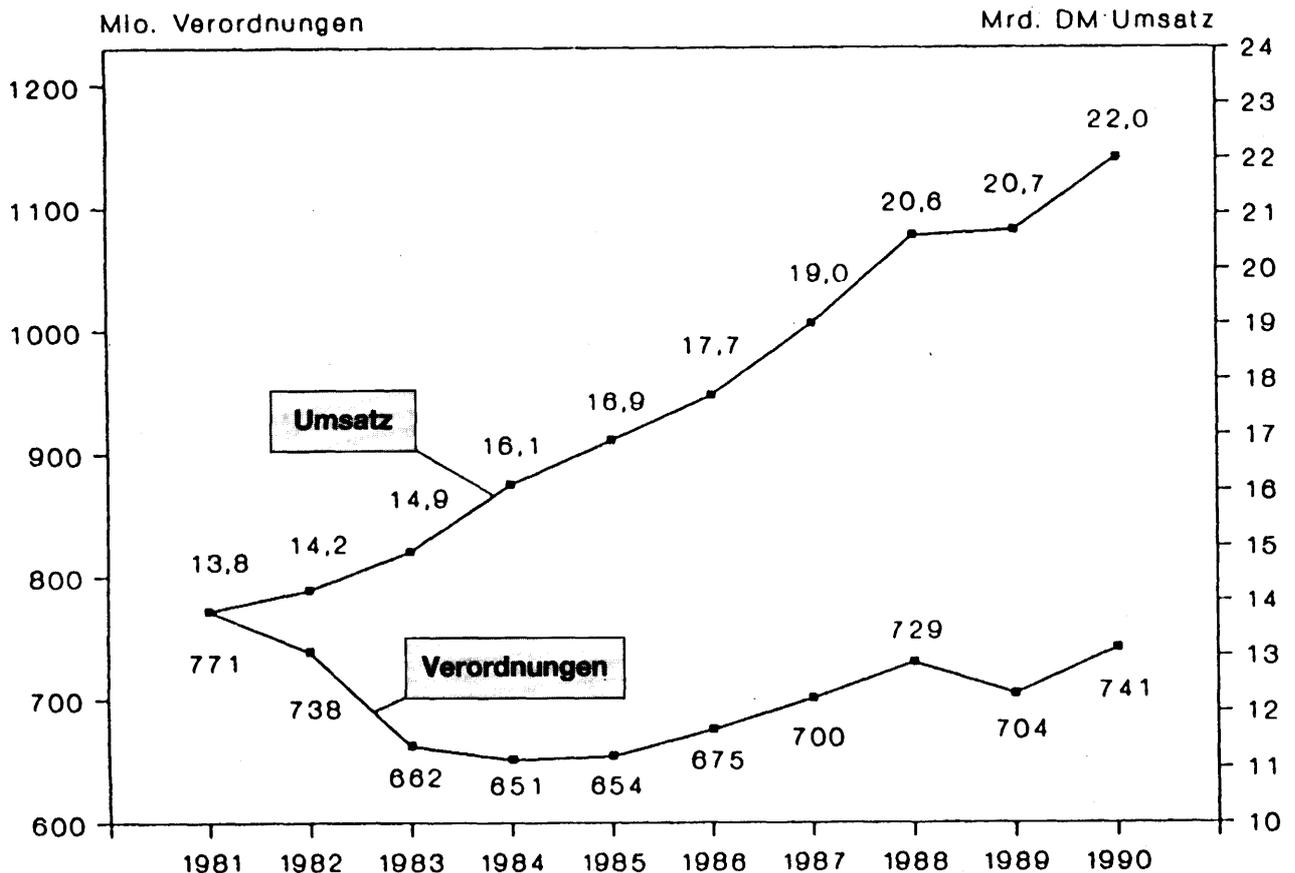
Veränderung der Leistungsausgaben und Grundlohnsumme je Mitglied
in %



Quelle: BMA, Arbeits- und Sozialstatistik

Abbildung 2

Entwicklung von Verordnungen und Umsatz 1981 bis 1990 auf dem GKV-Fertigarzneimittelmarkt



Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WiO) 1991

Verzeichnis der Tabellen

- Tabelle 1 Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten — insgesamt —
- Tabelle 2 Entwicklung des Beitragssatzes nach Kassenarten — im Jahresdurchschnitt —
- Tabelle 3 Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV 1970 bis 1991
- Tabelle 4 Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten — je Mitglied einschließlich Rentner in DM —
- Tabelle 5 Aktuelle Finanzentwicklung in der GKV — Veränderungen in v.H. je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum —
- Tabelle 6 Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der GKV nach Kassenarten — jeweils zum 1. Januar eines Jahres —
- Tabelle 7 Ausgabenentwicklung im Bereich der ärztlichen Behandlung — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungen in v.H. —
- Tabelle 8 Ausgabenentwicklung im Bereich der zahnärztlichen Behandlung — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungen in v.H. —
- Tabelle 9 Ausgabenentwicklung für Zahnersatz — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungen in v.H. —
- Tabelle 10 Ausgabenentwicklung bei kieferorthopädischer Behandlung — in Mrd. DM, Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungen in v.H. —
- Tabelle 11 Ausgabenentwicklung bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln aus Apotheken — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsdaten in v.H. —
- Tabelle 12 Ausgabenentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsdaten in v.H. —
- Tabelle 13 Ausgabenentwicklung bei Sehhilfen — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsdaten in v.H. —
- Tabelle 14 Ausgabenentwicklung bei Hörhilfen — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsdaten in v.H. —
- Tabelle 15 Ausgabenentwicklung bei orthopädischen Heil- und Hilfsmitteln — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsdaten in v.H. —
- Tabelle 16 Ausgabenentwicklung Heil- und Hilfsmittel besonderer Art — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsdaten in v.H. —

- Tabelle 17 Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsraten in v. H. —
- Tabelle 18 Ausgabenentwicklung bei med. Badebetrieben, Masseuren und Krankengymnasten — in Mrd. DM, je Mitglied einschließlich Rentner in DM sowie die jeweiligen Veränderungsraten in v. H. —
- Tabelle 19 Zahl der Krankenkassen, Zahl der Mitglieder einschließlich Rentner sowie Anteil der Mitglieder einschließlich Rentner nach Kassenarten im Beitrittsgebiet

Tabelle 1

Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten

— insgesamt —

— 1 000 DM —

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztliche Behandlung	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Stationäre Behandlung	Kranken- geld
0	1	2	3	4	5	6	7
1960	1 874 121	467 604	268 590	1 093 376	212 463	1 565 376	2 688 042
1965	3 194 651	953 279	401 197	2 020 627	372 120	2 947 198	3 698 233
1970	5 457 907	1 708 111	828 225	4 223 997	667 355	6 009 426	2 467 414
1975	11 258 521	4 129 457	4 180 092	8 901 411	2 581 953	17 534 237	4 664 157
1976	11 923 082	4 297 129	5 312 429	9 642 203	3 053 842	19 255 750	4 732 930
1977	12 488 910	4 607 583	5 403 170	9 849 419	3 339 511	20 463 785	4 909 350
1978	13 194 415	4 967 494	5 754 689	10 651 260	3 843 809	21 865 002	5 308 005
1979	14 122 375	5 222 061	6 471 839	11 371 607	4 355 521	23 252 017	5 941 204
1980	15 357 921	5 517 701	7 351 188	12 572 506	4 880 769	25 465 301	6 653 888
1981	16 490 887	5 936 473	8 109 929	13 630 925	5 272 944	27 321 164	6 439 811
1982	16 917 106	6 072 114	6 988 483	13 776 505	5 045 281	29 596 398	5 896 509
1983	17 763 470	6 280 585	6 664 269	14 449 190	5 234 009	30 969 598	5 781 353
1984	18 924 105	6 562 897	7 338 253	15 544 673	6 063 882	33 215 074	6 301 101
1985	19 660 048	6 656 054	7 666 010	16 602 987	6 512 165	35 049 110	6 378 584
1986	20 295 422	7 164 570	6 897 049	17 625 586	7 220 753	37 489 260	6 874 814
1987	20 965 781	7 370 018	6 283 031	18 888 893	7 848 834	38 190 156	7 391 152
1988	21 649 682	7 692 111	9 650 673	20 435 139	8 905 827	39 488 762	7 781 945
1989	22 652 451	7 693 490	4 861 224	20 216 793	7 825 560	40 814 477	7 779 560
1990	24 370 885	8 172 341	4 839 629	21 840 556	8 424 615	44 595 414	8 777 491
Veränderungen in v.H.							
1975	+ 13,4	+ 21,5	+ 100,4	+ 12,9	+ 23,2	+ 15,0	+ 9,4
1976	+ 5,9	+ 4,1	+ 27,1	+ 8,3	+ 18,3	+ 9,8	+ 1,5
1977	+ 4,7	+ 7,2	+ 1,7	+ 2,1	+ 9,4	+ 6,3	+ 3,7
1978	+ 5,7	+ 7,8	+ 6,5	+ 8,1	+ 15,1	+ 6,9	+ 8,1
1979	+ 7,0	+ 5,1	+ 12,5	+ 6,8	+ 13,3	+ 6,3	+ 11,9
1980	+ 8,8	+ 5,7	+ 13,6	+ 10,6	+ 12,1	+ 9,5	+ 12,0
1981	+ 7,4	+ 7,6	+ 10,3	+ 8,4	+ 8,0	+ 7,3	- 3,2
1982	+ 2,6	+ 2,3	- 13,8	+ 1,1	- 4,3	+ 8,3	- 8,4
1983	+ 5,0	+ 3,4	- 4,6	+ 4,9	+ 3,7	+ 4,6	- 2,0
1984	+ 6,5	+ 4,5	+ 10,1	+ 7,6	+ 15,9	+ 7,3	+ 9,0
1985	+ 3,9	+ 1,4	+ 4,5	+ 6,8	+ 7,4	+ 5,5	+ 1,2
1986	+ 3,2	+ 7,6	- 10,0	+ 6,2	+ 10,9	+ 7,0	+ 7,8
1987	+ 3,3	+ 2,9	- 8,9	+ 7,2	+ 8,7	+ 4,6	+ 7,5
1988	+ 3,3	+ 4,4	+ 53,6	+ 8,2	+ 13,5	+ 3,4	+ 5,3
1989	+ 4,6	+ 0,02	- 49,6	- 1,1	- 12,1	+ 3,4	- 0,1
1990	+ 7,6	+ 6,2	- 0,4	+ 8,0	+ 7,7	+ 9,3	+ 12,8
1970-75	+ 15,6	+ 19,3	+ 38,2	+ 16,1	+ 31,1	+ 23,9	+ 13,6
1975-80	+ 6,4	+ 6,0	+ 12,0	+ 7,2	+ 13,6	+ 7,7	+ 7,4
1980-85	+ 5,1	+ 3,8	+ 0,8	+ 5,7	+ 5,9	+ 6,6	- 0,8
1985-90	+ 4,4	+ 4,2	- 8,8	+ 5,6	+ 5,3	+ 4,9	+ 6,6

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

Anmerkungen: 1) Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren

2) Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Tabelle 1

Vor- beugung ¹⁾	Mutter- schaft ²⁾³⁾	sonstige Leistungen ³⁾	Leistungsausgaben			Verwaltungs- kosten etc.	Ausgaben insgesamt
			insgesamt	davon			
				Sach- leistungen	Bar- leistungen ⁴⁾		
8	9	10	11	12	13	14	15
78 453	392 871	324 224	8 965 120	5 849 758	3 115 362	547 493	9 512 613
146 606	680 917	499 634	14 914 462	10 545 504	4 368 958	871 026	15 785 488
248 051	1 101 113	1 137 649	23 849 248	20 266 467	3 582 781	1 329 849	25 179 097
1 009 724	1 689 182	2 172 326	58 170 457	51 704 109	6 466 348	2 819 140	60 989 596
872 096	1 774 412	2 675 264	63 587 826	56 983 008	6 604 818	2 975 630	66 563 456
896 435	1 770 918	2 831 189	66 614 206	59 822 630	6 791 576	3 209 080	69 823 286
780 241	1 827 103	3 204 961	71 459 600	64 164 179	7 295 421	3 328 970	74 788 570
714 492	2 145 603	3 759 850	77 435 016	69 196 837	8 238 179	3 628 212	81 063 228
874 045	3 036 054	4 246 343	85 955 716	76 193 629	9 762 087	3 878 019	89 833 735
906 083	3 248 900	4 727 762	92 203 533	82 456 688	9 746 845	4 187 185	96 390 719
729 216	3 067 963	4 458 491	92 676 409	83 422 099	9 254 310	4 455 845	97 224 454
725 241	2 955 657	5 073 975	95 897 347	86 593 897	9 303 450	4 699 063	100 692 381
875 295	2 656 712	6 079 465	103 561 457	94 011 509	9 549 948	5 118 022	108 679 479
955 514	2 736 490	6 486 811	108 703 773	98 891 354	9 722 419	5 404 211	114 107 984
1 036 214	2 516 962	6 940 712	114 061 342	104 081 154	9 980 188	5 806 135	119 867 476
1 167 677	2 383 764	7 418 997	118 930 022	108 545 207	10 384 815	5 966 986	124 996 678
1 223 452	2 686 742	7 365 099	128 059 032	117 145 406	10 913 626	6 202 865	134 376 061
1 279 316	2 773 784	7 344 864	123 241 520	111 943 366	11 298 154	6 572 470	129 926 723
1 218 331	3 161 449	8 837 031	134 237 742	122 010 134	12 227 608	7 275 876	141 654 099
Veränderungen in v. H.							
+ 22,1	+ 5,3	+ 19,7	+ 18,3	+ 19,5	+ 8,9	+ 7,5	+ 17,7
- 13,6	+ 55,0	+ 23,2	+ 9,3	+ 10,2	+ 2,1	+ 5,6	+ 9,1
+ 2,8	- 0,2	+ 5,8	+ 4,8	+ 5,0	+ 2,8	+ 7,9	+ 4,9
- 13,0	+ 3,2	+ 13,2	+ 7,3	+ 7,3	+ 7,4	+ 3,7	+ 7,1
- 8,4	+ 17,4	+ 17,3	+ 8,4	+ 7,8	+ 12,9	+ 9,0	+ 8,4
+ 8,1	+ 41,5	+ 12,9	+ 11,0	+ 10,1	+ 18,5	+ 6,9	+ 10,8
+ 17,3	+ 7,0	+ 11,3	+ 7,3	+ 8,2	- 0,2	+ 8,0	+ 7,3
- 19,5	- 5,6	- 5,7	+ 0,5	+ 1,2	- 5,1	+ 9,8	+ 0,9
- 0,6	- 3,7	+ 13,8	+ 3,5	+ 3,8	+ 0,5	+ 5,5	+ 3,6
+ 20,7	- 10,1	+ 19,8	+ 8,0	+ 8,6	+ 2,6	+ 8,9	+ 7,9
+ 9,2	+ 3,0	+ 6,7	+ 5,0	+ 5,3	+ 1,8	+ 5,6	+ 5,0
+ 8,5	- 8,0	+ 7,0	+ 4,9	+ 6,0	+ 2,7	+ 7,4	+ 5,1
+ 12,7	- 5,3	+ 6,9	+ 4,3	+ 4,3	+ 4,1	+ 5,3	+ 4,3
+ 4,8	+ 12,7	- 0,7	+ 7,7	+ 7,9	+ 5,1	+ 4,0	+ 7,5
+ 4,6	+ 3,2	- 0,3	- 3,8	- 4,7	+ 3,5	+ 6,0	- 3,3
- 5,0	+ 14,0	+ 20,3	+ 8,9	+ 8,9	+ 8,2	+ 10,7	+ 9,0
+ 33,7	+ 8,9	+ 13,8	+ 19,5	+ 20,6	+ 12,5	+ 16,2	+ 19,4
- 3,8	+ 12,4	+ 14,3	+ 8,1	+ 8,1	+ 8,6	+ 6,6	+ 8,1
+ 4,3	- 2,1	+ 8,8	+ 4,8	+ 5,4	- 0,1	+ 6,9	+ 4,9
+ 5,0	+ 2,9	+ 6,4	+ 4,3	+ 4,3	+ 4,7	+ 6,1	+ 4,4

³⁾ Sonstige Leistungen = Genesendenfürsorge, Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld

⁴⁾ Barleistungen = Krankengeld sowie Barleistungen bei Genesendenfürsorge, vorbeugende Maßnahmen, Mutterschaftsgeld und Mutterschaftsurlaubsgeld, Sterbegeld

⁵⁾ von 1979 bis 1986 einschließlich Mutterschaftsurlaubsgeld

Tabelle 2

Entwicklung des Beitragssatzes nach Kassenarten
— im Jahresdurchschnitt —

Jahr	GKV insgesamt	OKK	BBK	IKK	Seek.	Bukn	EAR	EAN
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	6,60	9,60	8,07	8,89
1971	8,13	8,08	7,53	7,81	6,26	9,60	7,99	8,66
1972	8,39	8,40	7,80	8,07	6,20	11,60	8,21	8,85
1973	9,15	9,11	8,37	8,58	7,70	11,60	8,97	9,74
1974	9,47	9,49	8,76	9,15	7,70	11,60	9,60	9,83
1975	10,47	10,64	9,43	10,38	9,00	11,90	10,17	10,70
1976	11,30	11,32	10,18	11,07	9,97	12,60	11,07	11,85
1977	11,37	11,40	10,39	11,19	10,20	12,60	11,40	11,83
1978	11,41	11,52	10,58	11,36	10,20	12,60	11,45	11,60
1979	11,26	11,47	10,46	11,18	9,90	12,60	11,03	11,22
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	9,90	12,60	11,01	11,22
1981	11,79	12,11	10,69	11,44	10,60	12,60	11,18	11,87
1982	12,00	12,39	10,90	11,73	10,60	12,06	11,42	11,94
1983	11,83	12,17	10,60	11,54	9,80	11,60	11,11	11,91
1984	11,44	11,80	10,13	11,07	9,50	11,60	10,60	11,51
1985	11,80	12,09	10,29	11,26	10,50	11,60	11,33	12,10
1986	12,20	12,69	10,76	12,01	11,70	11,60	11,49	12,10
1987	12,62	13,16	11,18	12,66	12,30	12,36	11,62	12,42
1988	12,90	13,46	11,45	12,79	12,80	13,13	11,96	12,69
1989	12,90	13,48	11,47	12,74	12,80	13,30	11,96	12,68
1990	12,53	13,13	11,09	12,28	12,52	13,30	11,23	12,32

Ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen

Tabelle 3

Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV 1970 bis 1991
(DM/Monat)

Gültig ab	alte Bundesländer	im Beitrittsgebiet
1. Januar 1970	1 200	
1. Januar 1975	2 100	
1. Januar 1980	3 150	
1. Januar 1981	3 300	
1. Januar 1982	3 525	
1. Januar 1983	3 750	
1. Januar 1984	3 900	
1. Januar 1985	4 050	
1. Januar 1986	4 200	
1. Januar 1987	4 275	
1. Januar 1988	4 500	
1. Januar 1989	4 575	
1. Januar 1990	4 725	
1. Januar 1991	4 875	2 250
1. Juli 1991	2 550

Tabelle 4

Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten
— je Mitglied einschließlich Rentner —
 — Werte in DM —

Jahr	ärztliche Behandlung	zahn- ärztliche Behandlung	Zahnersatz	Arzneien etc. aus Apotheken	Heil- und Hilfsmittel	Stationäre Behandlung	Kranken- geld je Mitglied ohne Rentner
0	1	2	3	4	5	6	7
1960	69	17	10	40	8	58	125
1965	111	33	14	70	13	103	162
1970	178	56	27	138	22	196	109
1975	336	123	125	266	77	524	195
1976	355	128	158	287	91	573	199
1977	369	136	160	291	99	605	206
1978	384	145	167	310	112	636	219
1979	405	150	186	326	125	667	241
1980	433	156	208	355	137	719	265
1981	462	166	227	382	148	765	254
1982	472	170	195	385	141	826	232
1983	496	175	186	404	146	865	228
1984	525	182	204	432	168	922	245
1985	543	184	212	459	180	968	244
1986	557	197	189	483	198	1 029	261
1987	571	201	171	514	214	1 040	279
1988	585	208	261	552	241	1 067	290
1989	608	207	131	543	210	1 096	296
1990	642	215	128	576	222	1 175	326
Veränderungen in v. H. der ungerundeten Werte							
1975	+ 13,4	+ 21,5	+ 100,4	+ 12,9	+ 23,2	+ 15,0	+ 10,7
1976	+ 5,6	+ 3,8	+ 26,8	+ 8,0	+ 18,0	+ 9,5	+ 2,0
1977	+ 4,0	+ 6,4	+ 0,9	+ 1,4	+ 8,5	+ 5,5	+ 3,5
1978	+ 4,0	+ 6,1	+ 4,8	+ 6,4	+ 13,3	+ 5,2	+ 6,3
1979	+ 5,6	+ 3,7	+ 11,0	+ 5,4	+ 11,8	+ 4,9	+ 10,1
1980	+ 7,0	+ 4,2	+ 12,0	+ 8,8	+ 10,3	+ 7,8	+ 9,8
1981	+ 6,3	+ 6,5	+ 9,2	+ 7,3	+ 6,9	+ 6,2	- 4,3
1982	+ 2,3	+ 2,0	- 14,1	+ 0,7	- 4,6	+ 8,0	- 8,6
1983	+ 5,1	+ 3,5	- 4,6	+ 4,9	+ 3,8	+ 4,7	- 1,8
1984	+ 5,9	+ 3,9	+ 9,5	+ 7,0	+ 15,2	+ 6,6	+ 7,5
1985	+ 3,3	+ 0,8	+ 3,9	+ 6,2	+ 6,8	+ 4,9	- 0,2
1986	+ 2,6	+ 6,9	- 10,6	+ 5,5	+ 10,2	+ 6,3	+ 7,0
1987	+ 2,6	+ 2,1	- 9,6	+ 6,4	+ 7,9	+ 3,8	+ 6,9
1988	+ 2,5	+ 3,6	+ 52,4	+ 7,4	+ 12,6	+ 2,6	+ 3,9
1989	+ 4,0	- 0,6	- 49,9	- 1,7	- 12,7	+ 2,7	+ 2,1
1990	+ 5,6	+ 4,2	- 2,3	+ 6,0	+ 5,6	+ 7,2	+ 10,1
1970-75	+ 13,5	+ 17,0	+ 35,9	+ 14,0	+ 28,5	+ 21,7	+ 12,3
1975-80	+ 5,2	+ 4,9	+ 10,7	+ 5,3	+ 12,2	+ 6,5	+ 6,3
1980-85	+ 4,6	+ 3,5	+ 0,5	+ 5,9	+ 5,6	+ 6,1	- 1,7
1985-90	+ 3,4	+ 3,2	- 9,6	+ 4,6	+ 4,3	+ 4,0	+ 6,0

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

Anmerkungen: 1) Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kuren
 2) Mutterschaft = Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Tabelle 4

Vor- beugung ¹⁾	Mutter- schaft ²⁾⁵⁾	sonstige Leistungen ³⁾	Leistungsausgaben			Verwaltungs- kosten etc.	Ausgaben insgesamt
			insgesamt	davon			
				Sach- leistungen	Bar- leistungen ⁴⁾		
8	9	10	11	12	13	14	15
3	15	12	331	216	115	20	352
5	24	17	519	367	152	30	549
8	36	37	778	661	117	43	822
30	50	65	1 737	1 544	193	84	1 821
26	53	80	1 894	1 697	196	89	1 982
26	52	84	1 969	1 768	201	95	2 064
23	53	93	2 079	1 867	212	97	2 175
21	62	108	2 223	1 986	237	104	2 327
22	86	120	2 432	2 152	276	109	2 542
25	101	132	2 582	2 309	273	117	2 700
20	84	124	2 587	2 329	258	124	2 714
20	83	138	2 678	2 418	260	134	2 812
24	74	169	2 876	2 610	265	142	3 018
26	76	178	3 002	2 733	269	149	3 151
28	69	185	3 129	2 856	273	159	3 289
32	65	192	3 239	2 956	283	163	3 404
37	73	115	3 461	3 166	295	168	3 632
38	75	106	3 310	3 012	298	177	3 490
32	83	139	3 538	3 177	361	192	3 734
Veränderungen in v. H. der ungerundeten Werte							
+ 22,1	+ 4,2	+ 19,7	+ 18,3	+ 19,5	+ 8,9	+ 7,5	+ 17,7
- 13,9	+ 4,8	+ 22,8	+ 9,0	+ 9,9	+ 1,9	+ 5,3	+ 8,9
+ 2,0	- 0,9	+ 5,0	+ 4,0	+ 4,2	+ 2,0	+ 7,0	+ 4,1
- 14,3	+ 1,5	+ 11,4	+ 5,6	+ 5,6	+ 5,7	+ 2,1	+ 5,4
- 9,7	+ 15,9	+ 15,8	+ 6,9	+ 6,4	+ 11,4	+ 7,6	+ 7,0
+ 6,6	+ 39,3	+ 11,3	+ 9,4	+ 8,4	+ 16,5	+ 4,8	+ 9,3
+ 16,1	+ 5,9	+ 10,2	+ 6,2	+ 7,3	- 1,0	+ 7,1	+ 6,2
- 19,8	- 7,5	- 6,0	+ 0,2	± 0,0	- 5,4	+ 9,4	+ 0,5
- 0,5	- 3,6	+ 10,7	+ 3,5	+ 3,8	+ 0,6	+ 5,5	+ 3,6
+ 20,1	- 10,6	+ 22,5	+ 7,4	+ 7,9	+ 2,1	+ 6,1	+ 7,3
+ 8,5	+ 2,4	+ 5,3	+ 4,3	+ 4,8	+ 1,2	+ 5,0	+ 4,4
+ 7,7	- 8,6	+ 4,1	+ 4,2	+ 4,5	+ 2,0	+ 6,7	+ 4,4
+ 14,3	- 6,0	+ 3,8	+ 3,5	+ 3,5	+ 3,7	+ 4,6	+ 3,5
+ 11,6	+ 11,9	- 66,6	+ 6,9	+ 7,1	+ 4,2	+ 3,2	+ 6,7
+ 2,7	+ 2,7	- 8,4	- 4,4	- 5,1	+ 1,0	+ 5,3	- 3,9
- 19,0	+ 11,9	+ 31,1	+ 6,9	+ 5,5	+ 21,1	+ 8,6	+ 7,0
+ 32,0	+ 6,8	+ 11,9	+ 17,4	+ 18,5	+ 10,5	+ 14,2	+ 17,3
- 5,6	+ 11,2	+ 13,0	+ 6,9	+ 6,9	+ 7,4	+ 5,3	+ 6,9
+ 3,4	- 2,4	+ 8,2	+ 4,3	+ 4,9	- 0,6	+ 6,5	+ 4,4
+ 4,3	+ 1,8	- 4,9	+ 3,3	+ 3,1	+ 6,1	+ 5,2	+ 3,5

³⁾ Sonstige Leistungen = Behandlung durch sonstige Heilpersonen, vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, sonstige Hilfen, Betriebs- und Haushaltshilfe, Sterbegeld

⁴⁾ Barleistungen = Krankengeld sowie Barleistungen bei Genesendenfürsorge, vorbeugenden Maßnahmen, Mutterschaftsgeld und Mutterschaftsurlaubsgeld, Sterbegeld

⁵⁾ von 1979 bis 1986 einschließlich Mutterschaftsurlaubsgeld

Tabelle 5

Aktuelle Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung
— Veränderungen je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem
entsprechenden Vorjahreszeitraum —

— Werte in v. H. —

	1970 bis 1975 ¹⁾	1975 bis 1980 ¹⁾	1980	1981	1982	1983
I. Leistungsausgaben insgesamt	17,4	6,9 (6,6) ³⁾	9,3 (8,5) ³⁾	6,2	0,2	3,5
<i>davon</i>						
— ärztliche Behandlung	13,5	5,2	7,0	6,3	2,3	5,1
— zahnärztliche Behandlung	17,0	4,9	4,0	6,5	2,0	3,5
— Zahnersatz	35,9	10,7	11,8	9,2	— 14,1	— 4,6
— Arzneien aus Apotheken	14,0	5,9	8,8	7,3	0,7	4,9
— Heil- und Hilfsmittel	28,5	12,2	10,3	6,9	— 4,6	3,8
darunter Sehhilfen Hörhilfen						
— stationäre Behandlung	21,7	6,5	7,8	6,2	8,0	4,7
— Krankengeld ohne Rentner	12,3	6,3	9,8	— 4,3	— 8,6	— 1,8
II. Grundlohn je Mitglied o. R.²⁾	10,9	6,2 ⁴⁾	5,4	5,0	4,4	3,8
Bruttolohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer	9,7	6,2	6,6	4,8	3,9	3,2
III. Allgemeiner Beitrags- satz in v. H. des Grundlohms	1970 — 9,2 1975 — 10,43	1975 — 10,43 1980 — 11,38	11,38	11,79	12,00	11,88

Anmerkungen: ¹⁾ Durchschnittliche jährliche Veränderung

²⁾ In den Jahren 1976 bis 1978 errechnet nach der Formel Beitragseinnahmen in der allg. Krankenversicherung : allg. Beitragssatz × 100; im Jahre 1979 ist erstmals ein Vergleich mit der seit 1978 ermittelten Grundlohnsumme möglich (§ 2 Abs. 1 der Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendung in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung) vom 20. 12. 1978)

³⁾ Werte in Klammern ohne Mutterschaftsurlaub

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMA, bis 1990 Vordruck KJ 1 / Werte für 1991 vorläufig = KV 45

Tabelle 5

1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991
7,4	4,3	4,2	3,5	6,9	- 4,4	6,9	9,2
5,9	3,3	2,6	2,6	2,5	4,0	5,6	6,1
3,9	0,8	6,9	2,1	3,6	- 0,6	4,2	5,1
9,5	3,9	- 10,6	- 9,6	52,4	- 49,9	- 2,3	15,3
7,0	6,2	5,5	6,4	7,4	- 1,7	6,0	9,1
15,2	6,8	10,2	7,9	12,6	- 12,7	5,6	11,1
		8,6	8,8	23,4	- 46,7	2,9	2,5
		4,3	7,7	37,2	- 24,4	- 36,6	18,6
6,6	4,9	6,3	3,8	2,6	2,7	7,2	5,8
7,4	0,5	7,0	6,7	4,5	6,1	11,0	16,5
4,6	3,0	3,1	2,2	3,4	3,5 ^{e)}	5,1 ^{e)}	4,8 ^{e)}
3,0	2,9	3,6	3,1	3,0	3,0 ^{e)}	4,7 ^{e)}	
11,44	11,80	12,20	12,62	12,90	12,90	12,53	12,22

⁴⁾ Wegen der Umstellung in der Ermittlung der Grundlöhne ab 1978 kann ein Durchschnittswert für den 5-Jahres-Zeitraum 1975-1980 nicht angegeben werden. Untersuchungen haben jedoch ergeben, daß im Durchschnitt mehrerer Jahre vor einer im Trend übereinstimmenden Entwicklung sowohl des Grundlohns, als auch der Bruttolohn- und Gehaltssumme (BLGS) ausgegangen werden kann. Die Steigerungsrate der BLGS für die Jahre 1975-1980 betrug durchschnittlich 6,2 v. H. pro Jahr.

⁵⁾ Stat. Bundeamt: vorläufig

⁶⁾ Ab 1989 ist die Position Grundlohn je Mitglied durch den Begriff Beitragspflichtige Einnahmen ersetzt

Tabelle 6

Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der GKV nach Kassenarten¹⁾
— jeweils 1. 1. —

Jahr	Kassen insgesamt	OKK	BKK	IKK	Seek.	Bkn	EAR	EAN
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1970 ²⁾	8,24	8,16	7,49	7,81	6,60	9,60	8,10	9,07
1971	8,12	8,09	7,47	7,79	6,60	9,60	8,00	8,68
1972	8,25	8,24	7,62	7,96	6,20	9,60	8,05	8,68
1973	9,01	8,95	8,19	8,47	6,20	11,60	8,97	9,65
1974	9,36	9,35	8,63	8,95	8,00	11,60	9,38	9,81
1975	10,04	10,22	9,06	10,08	8,80	11,60	9,93	10,16
1976	11,22	11,25	10,05	11,01	9,20	12,60	10,95	11,84
1977	11,36	11,38	10,39	11,14	10,20	12,60	11,35	11,84
1978	11,47	11,51	10,61	11,34	10,20	12,60	11,46	11,82
1979	11,27	11,46	10,49	11,23	9,90	12,60	11,40	11,23
1980	11,36	11,69	10,49	11,21	9,90	12,60	11,02	11,22
1981	11,74	12,02	10,65	11,40	10,60	12,60	11,07	11,88
1982	11,97	12,36	10,86	11,65	10,60	12,60	11,47	11,94
1983	11,93	12,30	10,81	11,65	9,80	11,60	11,35	11,93
1984	11,46	11,83	10,23	11,10	9,50	11,60	10,62	11,51
1985	11,73	11,96	10,24	11,22	10,50	11,60	11,35	12,11
1986	12,15	12,62	10,72	11,99	11,70	11,60	11,51	12,11
1987	12,47	13,11	11,13	12,64	11,70	11,60	11,48	12,10
1988	12,89	13,47	11,42	12,79	12,80	12,60	11,97	12,70
1989	12,90	13,47	11,48	12,75	12,80	13,30	11,95	12,68
1990	12,78	13,33	11,35	12,43	12,80	13,30	11,26	12,66
1991	12,22	12,76	10,87	11,95	11,90	12,70	11,13	12,04

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik BMA, Vordruck KM 1

Anmerkungen: ¹⁾ Ohne LKK
²⁾ Stichtag 1. 4.

Tabelle 7

Ausgabenentwicklung im Bereich der Ärztlichen Behandlung

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991 ^{*)}
Ausgaben in Mio. DM	20 966	21 650	22 652	24 371	13 189
Veränderung in v. H.	3,3	3,3	4,6	7,6	8,2
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM . . .	571	585	608	642	343
Veränderung in v. H.	2,6	2,5	4,0	5,6	6,1
Veränderungsrate in v. H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45, Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 8

Ausgabenentwicklung im Bereich der Zahnärztlichen Behandlung

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	5 958	6 263	6 409	6 883	3 789
Veränderung in v.H.	3,2	5,1	2,3	7,4	8,5
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	162	169	172	181	98
Veränderung in v.H.	2,4	4,3	1,8	5,2	6,2
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

Ohne Aufwendungen Kieferorthopädische Behandlung

*) Vorläufige Werte KV 45,

Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 9

Ausgabenentwicklung für Zahnersatz

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	6 283	9 650	4 861	4 840	2 700
Veränderung in v.H.	- 8,9	+ 53,6	- 49,6	- 0,4	17,8
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	171	261	131	127	70
Veränderung in v.H.	- 9,6	+ 52,4	- 49,9	- 2,3	15,3
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,

Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 10

Ausgabenentwicklung bei kieferorthopädischer Behandlung

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	1 412	1 430	1 284	1 290	674
Veränderung in v.H.	1,5	1,2	- 10,2	0,4	1,2
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	38	39	34	34	18
Veränderung in v.H.	0,8	0,5	- 10,7	- 1,4	- 1,0
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,

Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 11

Ausgabenentwicklung bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	18 889	20 435	20 217	21 841	11 855
Veränderung in v.H.	+ 7,2	+ 8,2	- 1,1	+ 8,0	+ 11,3
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	514	552	543	576	308
Veränderung in v.H.	+ 6,4	+ 7,4	- 1,7	+ 6,0	+ 9,1
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,

Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 12

Ausgabenentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	7 849	8 906	7 826	8 425	4 485
Veränderung in v.H.	8,7	13,5	- 12,1	7,7	13,4
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	214	241	210	222	117
Veränderung in v.H.	7,9	12,6	- 12,7	5,6	11,1
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,

Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 13

Ausgabenentwicklung bei Sehhilfen

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	1 770	2 202	1 180	1 237	631
Veränderung in v.H.	9,6	24,4	- 46,4	4,8	4,6
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	48	60	32	33	16
Veränderung in v.H.	8,8	23,4	- 46,7	2,9	2,5
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,

Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 14

Ausgabenentwicklung bei Hörhilfen

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	429	592	451	291	164
Veränderung in v.H.	8,5	38,3	— 23,9	— 35,4	20,8
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	12	16	12	8	4
Veränderung in v.H.	7,7	37,2	— 24,4	— 36,6	18,6
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,
Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 15

Ausgabenentwicklung bei orthopädischen Heil- und Hilfsmitteln

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	1 352	1 497	1 463	1 591	848
Veränderung in v.H.	6,7	10,7	— 2,2	8,7	11,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	37	40	39	42	22
Veränderung in v.H.	6,0	9,9	— 2,8	6,7	9,6
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,
Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 16

Ausgabenentwicklung Heil- und Hilfsmittel besonderer Art

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	1 598	1 681	1 898	2 015	1 061
Veränderung in v.H.	6,7	5,2	12,9	6,1	16,0
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	44	45	51	53	28
Veränderung in v.H.	8,9	4,4	12,2	4,2	13,7
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,
Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 17

Ausgabenentwicklung für Krankenhausbehandlung

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	38 190	39 489	40 814	44 595	23 869
Veränderung in v.H.	4,6	3,4	3,4	9,3	7,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	1 040	1 067	1 096	1 175	621
Veränderung in v.H.	3,8	2,6	2,7	7,2	5,8
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,
Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 18

Ausgabenentwicklung bei med. Badebetrieben, Masseuren und Krankengymnasten

	1987	1988	1989	1990	1. bis 2. Quartal 1991*)
Ausgaben in Mio. DM	2 311	2 503	2 338	2 730	1 488
Veränderung in v.H.	8,3	8,3	- 6,6	16,8	15,9
Ausgaben je Mitglied einschließlich Rentner in DM ...	63	68	63	72	39
Veränderung in v.H.	7,5	7,5	- 7,1	14,6	13,6
Veränderungsrate in v.H. des Grundlohnes je Mitglied ohne Rentner	2,2	3,4	3,5	5,1	4,8

*) Vorläufige Werte KV 45,
Vergleich der KV 45-Werte mit entsprechendem Vorjahreszeitraum

Tabelle 19

Stand: Oktober 1991

	Zahl der Krankenkassen im Beitrittsgebiet	Zahl der Mitglieder einschließlich Rentner ohne Familienange- hörige nach Kassenarten im Beitrittsgebiet	Anteil der Mitglieder einschließlich Rentner ohne Familienangehörige nach Kassenarten an den Versicherten insgesamt in Prozent im Beitrittsgebiet
Insgesamt	187	11 680 164	100,0
davon			
Ortskrankenkassen	13	7 153 666	61,3
Betriebskrankenkassen	123	902 120	7,7
Innungskrankenkassen	36	295 737	2,5
landwirtschaftliche Krankenkassen	2	7 911	0,0
Seekrankenkasse	1	11 638	0,1
Bundesknappschaft	1	418 719	3,6
Ersatzkassen für Arbeiter	5	42 656	0,4
Angestellten-Ersatzkassen	6	2 847 717	24,4

Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen

10. April 1989

Qualitätssicherung

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen begrüßt die Initiative, die der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1989 durch seine Analysen und Vorschläge zur Qualitätssicherung ergriffen hat. Sie betont die Bedeutung der Qualitätssicherung für die wirtschaftliche Erbringung gesundheitlicher Leistungen auf einem hohen Stand.

Die Konzertierte Aktion fordert alle Beteiligten auf, in ihren jeweiligen Bereichen eine Bestandsaufnahme der Arbeiten zur Qualitätssicherung durchzuführen und über die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme in der Herbstsitzung 1989 zu berichten.

Die Konzertierte Aktion fordert alle Beteiligten auf, ausgehend von dieser Bestandsaufnahme alsbald die Vorarbeiten zur Umsetzung der Bestimmungen des Gesundheits-Reformgesetzes zur Qualitätssicherung in Angriff zu nehmen.

Empfehlung zum Bereich Gesamtvergütung Ärzte**Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 10. April 1989**

1. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß auf der Grundlage der Vereinbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vergütungsverträge geschlossen wurden, die den Anstieg der ärztlichen Gesamtvergütung im Rahmen der Grundlohnentwicklung gehalten und damit die Stabilisierung der Beitragssätze unterstützt haben. Gleichzeitig wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen vollständig überarbeitet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zu den Auswirkungen dieser Reform am 21. Februar 1989 eine Gemeinsame Erklärung abgegeben.
2. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen teilt die Auffassung der Partner dieser Erklärung, daß ein Ziel der EBM-Reform, die Steuerung der Mengenentwicklung, nicht erreicht wurde. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen begrüßt, daß sich die Partner der Erklärung über Rahmenbedingungen und Maßnahmen verständigen wollen, die einer medizinisch nicht vertretbaren Mengenentwicklung im ärztlichen Bereich entgegenwirken.
3. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vertritt nach wie vor die Auffassung, daß die Sicherung einer hohen fachlichen Qualifikation des Hausarztes wesentliche Voraussetzung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ist. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es
 - a) einer Ausrichtung der Zugangskriterien zum Medizinstudium an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten, wobei auf die für die Ausbildung geeigneten Akutkrankenbetten unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit von Ausbildungsmaßnahmen für die Patienten abzustellen ist
 - b) im Zusammenhang mit der Umsetzung der EG-Richtlinie „Allgemeinmedizin“ als Zugangsvoraussetzung zur hausärztlichen Tätigkeit in der kassenärztlichen Versorgung einer Regelung, die den derzeitigen Qualitätsstandard der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nicht gefährdet; ggfs. muß eine inhaltliche Reform und Verkürzung des Medizinstudiums die Voraussetzungen dafür schaffen. Dabei soll die Gesamtzeit der Aus- und Weiterbildung acht Jahre nicht überschreiten.
 - c) der Sicherstellung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten an Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung.
4. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf, das Instrumentarium des Gesundheits-Reformgesetzes für den Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für die Gewährleistung einer ausreichenden Qualifikation des Arztes für bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Interesse einer bedarfsgerechten und damit wirtschaftlichen Leistungserbringung zu nutzen.
5. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, durch geeignete Maßnahmen die Kooperation niedergelassener Ärzte auch mit dem Ziel der gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Geräte zu fördern.
6. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf, die Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zur Transparenz zügig umzusetzen.
7. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht davon aus, daß dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität durch die Empfehlungsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21. Februar 1989 Rechnung getragen wird. Auf der Grundlage dieser Vereinbarung empfiehlt die Konzertierte Aktion, die geltenden Vereinbarungen zur Ermittlung und Anpassung der kassenärztlichen Gesamtvergütungen bzw. der Gesamthonorarzahlung der Ersatzkassen bis zum 31. Dezember 1989 beizubehalten. Gesondert zu vergüten sind vom 1. Juli 1989 an die Leistungen der Prävention (Mutterschaftsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung) und die Zuschläge zum ambulanten Operieren. Die Ausgangsbeträge für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen sind entsprechend zu berichtigen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erwartet, daß auch in den Vergütungsvereinbarungen für die Zeit vom 1. Januar 1990 an der gesetzliche Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachtet wird. Die Vertragspartner streben Vereinbarungen an, die die Ersparnisse bei der Menge der veranlaßten Leistungen auch den Veranlassern zugute kommen lassen. Sie werden die durch das Gesundheitsreformgesetz angestrebten Einsparpotentiale zügig angehen.

Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Gesamtvergütung Zahnärzte

10. April 1989

1. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erwartet, daß besonders der zahnprothetische Bereich in den kommenden Jahren mit einem deutlich gesenkten Ausgabenniveau zur Beitragssatzstabilität beitragen wird und die für die Zeit ab 1990 zu treffenden Vergütungsvereinbarungen dieses Ziel nicht gefährden.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß aufgrund des Ankündigungseffektes des Gesundheits-Reformgesetzes die Ausgaben für Zahnersatzleistungen im Jahre 1988 um über 38 v. H. bzw. um mehr als 2,3 Mrd. DM höher sind als 1987.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, daß die Gesamtvergütung der Zahnärzte für konservierend-chirurgische Behandlungen im Jahre 1990 mit der Grundlohnentwicklung in Einklang bleibt, soweit nicht unvorhersehbare Mengenentwicklungen im kurativen Bereich durch die neuen Präventionsmaßnahmen ein Überschreiten rechtfertigen. Für den Bereich der kieferorthopädischen Behandlung empfiehlt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, daß die Ausgaben aufgrund der Umsetzung der vom Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Indikationseinschränkung geringer ausfallen.

2. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nimmt zur Kenntnis, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV darum bemüht sind, entsprechend § 30 Abs. 2 SGB V eine Zuschußdifferenzierung bzw. Festzuschüsse beim

Zahnersatz vorzunehmen, um entsprechend dem Aufwand für die Zahnersatzversorgung eine differenzierte Bezuschussung durchführen zu können. Die Höhe der Zuschüsse sind so zu bemessen, daß die Ausgabenbegrenzung nach § 30 Abs. 3 SGB V im Jahre 1990 eingehalten werden kann.

3. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Spitzenverbände und die KZBV auf, die nach § 29 und § 30 SGB V vorgeschriebene Kostenerstattung bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung entsprechend den Vorstellungen des Gesetzgebers zügig umzusetzen. Dabei ist zu beachten, daß die kassenzahnärztlichen Bezüge gewahrt bleiben (sachliche und rechnerische Richtigkeit, Statistik, Stichprobenprüfung) und daß eine unzumutbare Belastung der Versicherten vermieden wird.

4. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV auf, das Instrumentarium des Gesundheits-Reformgesetzes für den Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Interesse einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu nutzen.

In diesem Zusammenhang stellt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fest, daß eine hohe fachliche Qualifikation des Zahnarztes notwendig macht, die Ausrichtung der Zugangskriterien zum Studium der Zahnmedizin an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten vorzunehmen.

Dieser Empfehlung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV zugestimmt.

Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen**hier: Empfehlung für den Bereich Arzneimittel**

10. April 1989

Ausgabenentwicklung 1988 und 1989

Die Ausgaben der GKV für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken sind insgesamt um 8,7 v.H. (IMS 7,3 v.H.) gestiegen. Dies bedeutet einen Ausgabenzuwachs je Mitglied von 7,9 v.H. Damit liegt der Zuwachs bei den Arzneimittelausgaben erneut erheblich über der Erhöhung der Grundlohnsomme (3,3 v.H.).

Der Ausgabenzuwachs kam vor allem zustande, weil die Zahl der verordneten Packungen um rund 4,2 v.H. (IMS 2,4 v.H.) zunahm. Die Strukturkomponente mit + 2,4 v.H. (IMS 3,4 v.H.) resultiert in erster Linie aus dem Packungsgrößeneffekt (+ 1,4 v.H.) (IMS + 2,2 v.H.), in dem sich die weitere Verlagerung von Kleinpackungen zu Großpackungen ausdrückt. Die Preise der Fertigarzneimittel sind im Jahre 1988 um 1,4 v.H. (IMS 1,5 v.H.) gestiegen.

Die Diskussion um das Gesundheitsreformgesetz hat in einigen Leistungsbereichen zu einer mit anderen Jahren nicht vergleichbaren Sonderentwicklung geführt. Dadurch steht die Marktentwicklung 1988 im deutlichen Widerspruch zur letztjährigen Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, wonach eine Senkung des Arzneimittelverbrauchs und der Ausgaben für Arzneimittel als notwendig angesehen wurde. Gleichwohl erwartet die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, daß ihre in der Frühjahrsempfehlung 1988 erhobene Forderung nach einer Senkung der Ausgaben für Arzneimittel erfüllt werden muß.

Wegen der noch nicht exakt abschätzbaren Wirkungen des Gesundheitsreformgesetzes auf die Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln verzichtet die Konzertierte Aktion in diesem Jahr auf die Abgabe einer konkreten Empfehlung für die Höhe einer erwarteten Senkung der Arzneimittelausgaben. Allerdings geht die Konzertierte Aktion für das Jahr 1989 davon aus, daß die Ausgaben zumindest unter das Niveau von 1988 sinken.

Aktuelle Situation Umsetzung GRG

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat für 18 Wirkstoffe Festbetragsgruppen gebildet und die Anhörungsverfahren dazu eingeleitet. Der Bundesausschuß sowie die Krankenkassen sind bestrebt, bereits bis zur Jahresmitte 1989 Festbeträge zu etablieren. Das aus diesem ersten Schritt resultierende Einsparvolumen ist beträchtlich. Die Festbeträge werden dazu beitragen, daß das in der Frühjahrserklärung 1988 postulierte Ziel erreicht werden kann.

Die organisatorischen Vorkehrungen zur Festsetzung weiterer Festbetragsgruppen sind getroffen. Es

kann davon ausgegangen werden, daß noch im Jahre 1989 für weitere Anteile des Marktes wirkstoffgleicher Arzneimittel Festbeträge beschlossen werden.

Bei der Festlegung von Festbeträgen wird darauf geachtet, daß die qualitativ einwandfreie Versorgung der Versicherten auch zukünftig sichergestellt wird und die Therapiefreiheit des Arztes auf der Grundlage einer wirtschaftlichen Verordnungsweise gewährleistet bleibt.

In den letzten drei Jahren ist eine zunehmende Mengenentwicklung festzustellen. Hier sollte insbesondere die Arzneimittelinformation durch die Kassenärztlichen Vereinigungen intensiviert werden. Der Anstieg der Mengenkomponekte ist in diesem Jahr zu einem erheblichen Teil auf den Ankündigungseffekt der durch die Diskussion um das Gesundheitsreformgesetz hervorgerufen wurde, zurückzuführen.

Die Gespräche zwischen der GKV und den Apothekern sowie den pharmazeutischen Herstellern über den Abschluß von Rahmenverträgen über die Arzneimittelversorgung werden mit der Zielsetzung geführt, innerhalb des Empfehlungszeitraumes zu einem Vertragsabschluß zu kommen.

Die Konzertierte Aktion appelliert an alle Beteiligten, das mit dem GRG bereitgestellte Instrumentarium zur Eingrenzung der Ausgaben für Arzneimittel konsequent umzusetzen:

- Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird aufgefordert, Festbetragsgruppen auch für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Gruppe 2) und Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkungen (Gruppe 3) vorzubereiten.
- Die Partner der Gesamtverträge werden aufgefordert, die Voraussetzungen zur Vereinbarung von Richtgrößen für verordnete Arzneimittel zu schaffen.
- Die behandelnden Ärzte und die Apotheker werden aufgefordert, nach Festlegung von Festbeträgen die Patienten im Zusammenhang mit der Festbetragsregelung sachgerecht zu informieren, um Zuzahlungen über den Festbetrag hinaus, soweit möglich, zu vermeiden.
- Die Pharmazeutische Industrie wird aufgefordert, insbesondere an den gesetzlich vorgesehenen Anhörungsverfahren vor der Festbetragsfestsetzung konstruktiv mitzuwirken und das Festbetragskonzept des GRG für einen intensiven Preiswettbewerb zu nutzen.
- Der BMA wird aufgefordert, beim Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel darauf zu achten, daß unerwünschte Substitutionseffekte vermieden werden.

Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Heil- und Hilfsmittel

10. April 1989

- I. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß im Bereich der Heil- und Hilfsmittel in 1988 ein ungewöhnlich starker Ausgabenanstieg zu verzeichnen war, der insbesondere auf einer Zunahme der Mengen beruhte. Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel haben sich je Mitglied im Jahre 1988 gegenüber dem Vorjahr um 11,6 v.H. erhöht. Dem steht eine Grundlohnsummenentwicklung von nur + 3,3 v.H. gegenüber.
- Die Sehhilfen (+ 19,9 v.H.) und Hörhilfen (+ 34,5 v.H.) haben die Ausgabenentwicklung in besonderem Maße beeinflusst. Der größte Teil der hier zu verzeichnenden Mengenzunahmen ist auf Ankündigungseffekte des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) zurückzuführen. Auch die weiterhin zu beobachtende Kapazitätsausweitung dürfte zu den Ausgabensteigerungen beigetragen haben; insoweit bedarf es nach wie vor zumindest flankierender Maßnahmen zu einer Begrenzung der Zahl der Leistungserbringer.
- II. Dem im SGB V verankerten Grundsatz der Beitragssatzstabilität müssen alle Beteiligten Rechnung tragen. Alle vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven müssen mobilisiert werden.
- Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht davon aus, daß die im folgenden angesprochenen Empfehlungen und die mit dem Gesundheits-Reformgesetz geschaffenen Instrumentarien zur Ausgabenbegrenzung bei Heil- und Hilfsmitteln geeignet sind, zur Beitragssatzstabilität im Jahre 1989 beizutragen. Die Konzertierte Aktion erwartet, daß dadurch die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel insgesamt in 1989 ohne Qualitätsverlust niedriger sein werden als in 1988, zum Teil auch deshalb, weil damit der Ankündigungseffekt durch das GRG aus dem Jahre 1989 kompensiert wird.
- III. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hält weiterhin Maßnahmen zur Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise der Kassenärzte für notwendig; sie erinnert in diesem Zusammenhang nochmals an folgende Vorschläge:
1. eine verbesserte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte zur gezielten Verordnung und zum wirtschaftlichen Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln;
 2. eine Verbesserung der Datenaufbereitung und -auswertung;
 3. Aufbau eines spezifischen Beratungsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere für den Bereich der orthopädie-technischen Leistungen.
- IV. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht davon aus, daß in Umsetzung des GRG insbesondere folgende Maßnahmen getroffen werden:
1. Um die Wirtschaftlichkeit im Bereich Versorgung mit Heilmitteln zu verbessern, sind — soweit möglich —
 - Vereinbarungen über das Volumen verordneter Leistungen (Richtgrößen) zu treffen,
 - arztgruppenspezifische Durchschnittswerte zu ermitteln,
 - Abweichungen von den Richtgrößen bzw. von den Durchschnittswerten festzustellen und zu bewerten.
 2. Den Ärzten ist möglichst schnell ein Hilfsmittelverzeichnis an die Hand zu geben, das umfassend alle verordnungsfähigen Hilfsmittel, deren Festbeträge oder die vereinbarten Preise beinhaltet.
 3. Im Bereich der Sehhilfen sind so schnell wie möglich Festbeträge einzuführen. Die Angebotsdichte ermöglicht es den Versicherten im Regelfall, unter mehreren Anbietern eine Auswahl zu treffen und Preis- und Qualitätsvergleiche anzustellen.
 4. Das für den Bereich der Hörhilfen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedete Festbetragsgruppensystem sollte von den für die Festbetragsfestsetzung verantwortlichen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene schnellstens umgesetzt werden. Hier sind Einsparpotentiale vorhanden.
 5. In einigen anderen Bereichen, wie z.B. bei der Inkontinenzversorgung und bei Stomartikeln, bei Bandagen, Krankenfahrzeugen und Krankenbetten, sind ebenfalls Wirtschaftlichkeitsreserven zu vermuten, die es durch eine möglichst zügige Festlegung von Festbeträgen auszuschöpfen gilt.
 6. Alle Beteiligten sollten sich darum bemühen, die Versicherten sachgerecht über die Festbeträge zu informieren. Die Krankenkassen sollten die Versicherten darüber aufklären, welche Lieferanten bereit sind, zu Festbeträgen oder zu darunter liegenden Preisen zu liefern.
 7. Die Neubestimmung des Leistungsvolumens der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Heil- und Hilfsmitteln hat erheblichen Einfluß auf die finanzielle Entwicklung, die in diesem Sektor 1989 zu verzeichnen sein

wird. Eine rasche Klärung der künftigen Rahmenbedingungen im Sinne des § 34 Abs. 4 SGB V durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist daher dringend erforderlich. Sie ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil davon das Vorgehen der Krankenkassen bei der Schaffung von Festbetragsregelungen mitbestimmt wird.

- V. Bei noch ausstehenden Preisverhandlungen im Bereich der Heilmittel sollte im Interesse der Beitragssatzstabilität von einer Preisanhebung grundsätzlich abgesehen oder bei absolut nicht

vermeidbaren Anhebungen nur maßvoll angepaßt werden. Gesetzwidrig ist, daß Inkassogebühren für die Einbehaltung der 10 v. H.-Zuzahlung vereinbart oder in Rechnung gestellt werden.

- VI. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hält es für erforderlich, die Mengen- und Strukturkomponente in den Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und den Erbringern von Heilmitteln (ggfs. auch von Hilfsmitteln) zu berücksichtigen.

Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Krankenhausbereich

10. April 1989

Die der Konzertierten Aktion vorliegenden Zahlen weisen aus: 1988 betrug der Ausgabenzuwachs der Krankenkassen für die stationäre Behandlung je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr 3,0 v.H. (nach + 3,8 v.H. 1987 und + 6,3 v.H. 1986).

Das Ergebnis liegt damit deutlich unter dem in der Frühjahrsempfehlung 1988 vorausgesehenen Wert von + 4 v.H. und unterhalb des Grundlohnsummenanstiegs im Jahre 1988 von + 3,3 v.H.

Die Konzertierte Aktion stellt mit Befriedigung fest, daß aufgrund dieser Entwicklung von seiten der Krankenhäuser im Jahre 1988 kein Druck auf die Beitragssätze der GKV ausgeht.

Im Ausgabenzuwachs für 1988 von + 3,0 v.H. sind die durch den Fallzahlenanstieg bedingten Mehrkosten enthalten. Auch 1988 ergab sich ein weiterer auf hohem Niveau ansetzender Fallzahlenanstieg von ca. 1,7 v.H. (ca. 220 000 neue Fälle). Seit 1984 ist somit die Patientenzahl um über 1 Million gestiegen. Sie erreichte 1988 die 13-Millionen-Grenze (1980 11,5; 1970 9,3; 1960 7,3 Mio.).

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wiederholt eindringlich ihre bereits mehrfach an die Beteiligten gerichtete Empfehlung, alle Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte auszuschöpfen und Krankenhauseinweisungen auf den medizinisch notwendigen Umfang zu beschränken. Sie weist auf die nach § 73 Abs. 4 SGB V gegebene Rechtslage hin, nach der Krankenhausbehandlung nur verordnet werden darf, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hält es angesichts des unverminderten Fallzahlenanstiegs für geboten, die Ursachen für die erhebliche Zunahme der Kurzlieger um ca. 13 v.H. aufzuklären. Sie begrüßt die Initiative des BMA, dies durch eine wissenschaftliche Untersuchung aufzuhellen und geht davon aus, daß die Beteiligten die Ergebnisse in Kürze erhalten.

Ursachen für die günstige Entwicklung im Jahre 1988 waren neben den Auswirkungen des neuen Pflegesatzrechts und begrüßenswerten Effizienz- und Kostendämpfungsbemühungen der Krankenhäuser eine Reihe singulärer Faktoren, die in ihrer Kombination dazu beitrugen, daß 1988 die Ausgabenentwicklung für Krankenhauspflege sich unterhalb des Anstiegs der Grundlohnsummensteigerung hielt. Dazu gehören die von der konjunkturellen Entwicklung und der Arbeitsmarktentwicklung abhängige positive Entwicklung der Grundlohnsumme, die nahezu konstante Preisentwicklung

sowie eine Pflegesatzrunde, die durch Behutsamkeit bei der Personalausweitung gekennzeichnet war. Die Beteiligten schätzen übereinstimmend die künftige Entwicklung so ein, daß diese Kombination günstiger Faktoren außergewöhnlich war.

Für 1989 sind die Pflegesatzverhandlungen bis auf Ausnahmen abgeschlossen. Nach den zur Verfügung stehenden Daten ergeben sich für 1989 Budgetsteigerungen von ca. 3,5 v.H. Den Vereinbarungen liegen Fallzahlsteigerungen von 2,5 v.H., eine Verweildauerreduktion von 2,5 v.H. und eine Reduktion der Berechnungstage von 0,1 v.H. zugrunde. Es waren die tariflichen Änderungen ab 1. Januar 1989, die Arbeitszeitverkürzung ab 1. April 1989 von 40 auf 39 Wochenstunden sowie erste Auswirkungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (zu Beginn und Ende der Arbeitszeit; Pausenregelung im Nacht- und Bereitschaftsdienst) zu berücksichtigen.

In den kommenden Jahren ist bei voraussichtlich weiter steigendem Bedarf an Pflegekräften ein Rückgang der zur Berufsausbildung nachwachsenden Jahrgänge zu erwarten. Angesichts dieser Entwicklung müssen alle Anstrengungen unternommen werden, das krankenpflegerische Berufsbild attraktiv zu gestalten und genügend Nachwuchs zu gewinnen. Zu den notwendigen Maßnahmen gehören:

- verstärkte Förderung der Ausbildung in Berufen der Krankenpflege;
- Ausbildung von Schülerinnen/Schülern, die die Krankenpflegeausbildung abbrechen, zur Krankenpflegehelferin bzw. zum Krankenpflegehelfer;
- Förderung der betrieblichen bzw. außer- oder überbetrieblichen Fortbildung;
- vermehrte Einrichtung und Förderung fachlicher Weiterbildungen;
- Förderung des beruflichen Aufstiegs;
- Bereitstellung der erforderlichen Mittel für die Umschulung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger durch die Arbeitsverwaltung;
- unverzügliche Umsetzung des Sonderprogramms des BMJFFG vom 15. August 1988 zur Wiedereingliederung von ausgebildeten Krankenschwestern nach der Familienphase (Berufsrückkehrerinnen);
- eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf u. a. durch ein vermehrtes Angebot von Teilzeitstellen im Rahmen der Gestaltung des Dienstplanes.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen appelliert an alle Beteiligte, in ihrem Bereich die erforderlichen Maßnahmen in die Wege zu leiten bzw. zu

unterstützen, damit das Ziel erreicht wird, auch in Zukunft in ausreichender Zahl qualifizierte Krankenpflegekräfte zur Verfügung zu haben.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nimmt die Bereitschaft des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zum alsbaldigen Erlaß von Rechtsverordnungen nach § 19 Abs. 2 KHG für die Personalbemessung im Bereich der stationären Psychiatrie und für die Abrechnung von Schülerinnen/Schülern zur Kenntnis.

Die Konzertierte Aktion ist sich im klaren, daß für die im Herbst anstehenden Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 1990 eine Reihe von Unwägbarkeiten bestehen (konjunkturelle und arbeitsmarktpolitische Entwicklung, Grundlohnsummenentwicklung, Ergebnis der angelaufenen Tarifverhandlungen über die Arbeitsbedingungen im Krankenpflagedienst, Auswirkungen der Arbeitszeitverkürzung und Anforderungen an eine angemessene Personalausstattung unter Berücksichtigung der Leistungs- und Fallzahlentwicklung). Die Konzertierte Aktion appelliert an die Vertragspartner, unter Berücksichtigung der bei den Pflegesatzverhandlungen möglichen Einschätzung der genannten Faktoren auch für das Jahr 1990 alles daranzusetzen, den Ausgabenanstieg der GKV

für die stationäre Behandlung — wie schon 1988 unter Beweis gestellt — möglichst niedrig zu halten. Sie erwartet, daß sich die Vertragsparteien an diesem Ziel bei den künftigen Pflegesatzverhandlungen — unbeschadet der Beachtung von § 109 Abs. 4 SGB V — orientieren.

Die Zielsetzung des GRG zwingt dazu, alle Möglichkeiten der Rationalisierung in den einzelnen Krankenhäusern auszuschöpfen. Dies sollte vor Ort möglichst partnerschaftlich gelöst werden. Die dafür erforderlichen Investitionsmittel sind von den Ländern nach dem KHG und den Krankenhausgesetzen der Länder im erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind von den Vertragsparteien die Möglichkeiten zu prüfen, Investitionsverträge nach § 18b KHG abzuschließen, wodurch notwendige Investitionen gefördert werden sollen, die geeignet sind, alsbald die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen (Rationalisierungsinvestitionen), Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen.

Die Konzertierte Aktion erwartet im übrigen, daß die Länder ihre Bemühungen um einen Abbau nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten fortsetzen.

**Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu TOP 3 der Sitzung
am 4. Dezember 1989**

1. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur häuslichen Pflegehilfe eingeführt worden. Vom 1. Januar 1991 an besteht — zusätzlich zu der seit 1. Januar 1989 geltenden Urlaubshilfe für Pflegenden — ein Anspruch auf 25 Pflegeeinsätze pro Monat. Damit sollen diejenigen entlastet werden, die einen Schwerpflegebedürftigen pflegen. Durch die häusliche Pflegehilfe wird ein zusätzlicher Bedarf an Pflegekräften im Bereich der ambulanten Pflege ausgelöst, der im einzelnen bislang noch nicht quantifiziert ist. Er wird insbesondere bestimmt durch den Umfang der Inanspruchnahme der im Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Geldleistung von 400 DM anstelle der Sachleistung.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hält eine zügige Umsetzung der neuen Pflegeleistungen für notwendig. Sie empfiehlt den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Erbringern von Pflegeleistungen, in Abstimmung mit der Bundesanstalt für Arbeit rechtzeitig die offenen Fragen zu klären und Vorsorge zu treffen, damit qualifizierte Pflegekräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Es wird begrüßt, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung dieses Ziel durch die Finanzierung von 2 Modellprojekten unterstützt.

2. Der durch die häusliche Pflegehilfe ausgelöste zusätzliche Bedarf an Pflegekräften trifft auf einen zunehmenden generellen Personalbedarf in der ambulanten und stationären Pflege, den Altenheimen und den Krankenhäusern. Bereits heute können vor allem in Krankenhäusern der Ballungszentren die vorhandenen Stellen für Pflegekräfte nicht mehr in vollem Umfange besetzt werden. Hinzu kommen Bestrebungen in allen Ländern, die vorhandene Personalausstattung in den verschiedenen Bereichen zu erhöhen, um dem auch

durch die demographische Entwicklung wachsenden Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege gerecht zu werden und um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern.

Die Konzertierte Aktion stimmt vor diesem Hintergrund darin überein, daß umfassende und aufeinander abgestimmte Maßnahmen von allen Beteiligten einzuleiten sind, um in allen Bereichen dem wachsenden Bedarf an Pflegekräften gerecht zu werden. Hierzu müssen Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Arbeit in der Kranken- und Altenpflege geschaffen werden, die den Pflegeberuf in der Konkurrenz mit anderen Berufen attraktiv erhalten.

3. Die Konzertierte Aktion hat einen Gesamtkatalog der in Frage kommenden Maßnahmen erörtert (Anlage). Sie fallen in die Zuständigkeit von Bund, Ländern und Kommunen, der Bundesanstalt für Arbeit, der Krankenhäuser, der Träger stationärer und ambulanten Pflege, der Krankenkassen, der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenhäusern, Krankenkassen und Kassenärzten sowie der Tarifparteien.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Beteiligten auf dieser Grundlage auf, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Vorschläge zu prüfen und soweit wie möglich umzusetzen. Vorrangig sind Maßnahmen zur Besetzung offener Stellen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege.

4. Die Konzertierte Aktion betrachtet eine umfassende Lösung des Problems der finanziellen Absicherung der Pflegebedürftigkeit als wichtige Aufgabe der Politik für die nahe Zukunft.
5. Spätestens in der Frühjahrssitzung 1991 soll eine Bilanz der erreichten Maßnahmen gezogen werden.

Anlage zur Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu TOP 3**Gesamtkatalog der Maßnahmen und Zuständigkeiten**

Entsprechend dem breiten Spektrum des Tätigkeitsfeldes der Pflegekräfte und der Aufgaben ergeben sich für einen Gesamtkatalog der Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege unterschiedliche Zuständigkeiten. Nur im Zusammenwirken aller können Erfolge erzielt werden.

1. Bundesregierung**a) BMA**

- Verordnung „Anrechnung von Schülern und Schülerinnen für Berufe der Krankenpflege auf den Stellenplan der Krankenhäuser“ im Verhältnis 7:1. Inkrafttreten 1. Januar 1990. Schaffung von bundesweit 5000 zusätzlichen Stellen und Verbesserung der Ausbildungsbedingungen.
- Verordnung nach § 19 KHG über den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie ist mit dem Ziel einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Vorbereitung.
- Verordnung über den Personalbedarf für ärztliches und pflegerisches Personal in Akutkrankenhäusern — nach § 19 KHG. Hier besteht noch keine Zuständigkeit des BMA; die Selbstverwaltung von Krankenhäusern (DKG) und Kassen (Spitzenverbände) verhandelt derzeit über Empfehlungen.
- Förderung von Modellversuchen zur Sicherstellung der Pflegeleistungen nach §§ 53 ff. SGB V.
- Gemeinsam mit Ländern:
Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeiten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung unter Einbeziehung des Arbeitsförderungsgesetzes sowie für Aktivitäten der Träger zur Personalgewinnung
- Prüfung, wie die Alterssicherung der Pflegenden verbessert werden kann.

b) BMJFFG

- Bundesgesetzliche Regelung der Altenpflegeausbildung mit dem Ziel einer strukturellen Anpassung an die Krankenpflegeausbildung (drei Jahre, kostenlos, mit Ausbildungsvergütung).
- Verkürzte Umschulungsmöglichkeiten in der Krankenpflege, insbesondere aus verwandten Berufen; entsprechende Regelung in der Altenpflege.
- Das Modellprogramm zur Wiedereingliederung von Berufsrückkehrerinnen wird gezielt auch für Pflegeberufe angeboten.

- Erlaß einer Verordnung nach dem Heimgesetz über die Qualifikation des Heimpersonals.

2. Länder

Grundlage koordinierter Maßnahmen in den Ländern ist insbesondere die Entschließung der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder vom 28./29. September 1989.

- Umwidmung von nicht bedarfsnotwendigen Betten in Akutkrankenhäusern bzw. deren Abbau.
- Förderung von Investitionen zur Entlastung des Pflegepersonals
- Erlaß von Weiterbildungsordnungen zur Verbesserung der beruflichen Perspektiven in der Kranken- und Altenpflege
- Koordinierung der Maßnahmen in den Ländern.

3. Länder und Kommunen

- Quantifizierung des Bedarfs und Ausbau eines bedarfsdeckenden Angebots an Einrichtungen, insbesondere für ambulante und stationäre Pflege sowie für Tagespflege; auch mit dem Ziel einer Entlastung der Krankenhäuser
- Ausbau eines ausreichenden Angebots an Kinderbetreuungseinrichtungen im Hinblick auf berufstätige Mütter und Väter.

4. Bundesanstalt für Arbeit

- Gezielte Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege, um Angebot und Bedarf an Pflegekräften näher zusammenzubringen.
- Besondere Initiativen zur Information über Pflegeberufe und über die Hilfen des Arbeitsamtes
 - bei der Wiedereingliederung von Berufsrückkehrerinnen
 - bei der Eingliederung von Aussiedlern und Übersiedlern
 - bei Arbeitslosen
 - bei Berufsanfängern
- intensiver Einsatz von Maßnahmen zur
 - Fortbildung und Umschulung
 - Einarbeitung
 - Förderung von Arbeitsaufnahme.

5. Krankenhäuser

- Patienten- und personalgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen sowie von Arbeitszeit und Dienstplänen (z. B. Einführung der Fünf-Tage-Woche und Leistungen von Dienst höchstens sieben Tage hintereinander, langfristige Festlegung des Dienstplans, Planung von zusammenhängenden Freizeitblöcken)
- Entlastung des Pflegepersonals von pflegefremden Tätigkeiten
- kooperative Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Krankenhaus
- Ausweitung von Teilzeitangeboten
- Ausschöpfung der Wartelisten für die Krankenpflegeausbildung
- Reaktivierung der Krankenpflegehilfeausbildung
- Wiedereingliederungsmaßnahmen für rückkehrwillige ehemalige Krankenpflegekräfte mit Unterstützung der Arbeitsämter
- Fortbildungs- und Umschulungsangebote in Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern; Intensivierung innerbetrieblicher Fortbildungsmaßnahmen
- Betriebskindergärten und -kindertagesstätten, ggf. im Verbund mit anderen Einrichtungen
- Bereitstellung oder Hilfe bei der Beschaffung preiswerten Wohnraums, insbesondere in Ballungsgebieten
- Meldung aller offenen Stellen an Arbeitsämter
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Trägern ambulanter und stationärer Pflege.

6. Träger von stationärer und ambulanter Pflege

- Patienten- und personalgerechte Gestaltung von Arbeitszeit und Dienstplänen
- Ausweitung von Teilzeitangeboten
- Ausweitung des Angebots an ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflege sowie an Kurzzeitpflege
- Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen
- Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften

- Zusammenarbeit und Abstimmung der Versorgung
- Koordination des Zugangs zu Versorgungseinrichtungen und der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Pflege.

7. Krankenkassen

- Rechtzeitige und bedarfsgerechte Sicherstellung der Pflegeleistungen nach §§ 53ff. SGB V zum 1. Januar 1991 (frühzeitige Klärung der Zahl der Leistungsberechtigten, Verträge mit den Leistungserbringern)
- Sicherstellung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), insbesondere auch im Rahmen der Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V
- Finanzierung einer ausreichenden Personalbesetzung in Krankenhäusern unter Berücksichtigung insbesondere
 - der zum 1. Januar 1990 verbesserten Anrechnung von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern auf die Stellenpläne
 - der tariflich vereinbarten Arbeitszeitverkürzung
 - konkret ermittelter Ausfallzeiten des Pflegepersonals
- Finanzierung von pflegepersonalentlastenden Investitionen im Rahmen des § 18 b KHG.

8. Krankenkassen, Krankenhäuser, Kassenärzte

- Konkretisierung des Vorrangs der ambulanten kassenärztlichen Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege vor der Krankenhausbehandlung, insbesondere im Rahmen der zwei- und dreiseitigen Verträge und Empfehlungen nach §§ 112 und 115ff. SGB V sowie der Richtlinien für die Kassenärzte nach § 92 SGB V
- Empfehlungen nach § 19 KHG (Personalanhaltszahlen), insbesondere für ärztliches und pflegerisches Personal in Allgemeinkrankenhäusern durch die Spitzenverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen
- Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern (§ 113 SGB V) und Abbau der Umwidmung nicht bedarfsnotwendiger Betten in Akutkrankenhäusern (§ 110 SGB V) auf der Landesebene.

Erklärung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu den gesundheitspolitischen Aufgaben im vereinten Deutschland

5. November 1990

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat auf ihrer Sitzung am 5. November 1990, an der erstmals Vertreter aus ganz Deutschland teilnahmen, die folgende Erklärung verabschiedet:

I.

Nach Herstellung der staatlichen Einheit muß auch das Gesundheitswesen in Deutschland wieder zusammenwachsen. Dabei kann es auf bewährten Grundlagen aufbauen, die sich im freien Teil Deutschlands entwickelt haben. Das Gesundheitswesen ist Teil unserer freiheitlichen, sozialverpflichteten Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Es sichert im Grundsatz den Bürgern ein hohes Niveau der medizinischen Versorgung. Es wird geprägt durch freie Arztwahl, Therapiefreiheit, freiberuflich tätige Ärzte als Träger der ambulanten Versorgung. Trägervielfalt im stationären Bereich, eine gegliederte Krankenversicherung auf den Grundlagen von Solidarität und Sachleistung¹⁾ mit einer starken Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten, Vertragspartnerschaft zwischen Kassen und Leistungserbringern sowie durch Eigenverantwortung des Versicherten. Das Zusammenspiel der verantwortlichen Kräfte in diesem pluralistischen System ist notwendig mit Spannungen verbunden, gerade auch wo es um Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung geht. Unser Gesundheitswesen steht deshalb unter ständigem Reformdruck. Es hat seine Reformfähigkeit auch in Zukunft unter Beweis zu stellen.

Dem stand im anderen Teil Deutschlands ein staatlich verwaltetes Gesundheitswesen mit zentralistischen Entscheidungsstrukturen und fehlender Verantwortung der Versorgungsträger gegenüber. Ungleichgewichte in der Versorgung, Verfall der baulichen Substanz, rückständige technische Ausstattung und unwirtschaftlicher Einsatz der begrenzten Mittel waren weitere Ursachen für Versorgungsdefizite. Auf der anderen Seite haben sich auch hier, z. B. im Bereich der Prävention oder beim Funktionsverbund in der gesundheitlichen Versorgung (räumliche und fachliche Nähe von Prävention, ärztlicher Versorgung und medizinischer Rehabilitation), Strukturen entwickelt, deren Weiterentwicklung im Interesse der Patienten geprüft werden muß.

Die Konzertierte Aktion sieht es als wichtigste Aufgabe an, die gesundheitliche Versorgung in den neuen Bundesländern so rasch wie möglich an das

¹⁾ Hinweis: § 29 SGB V sieht bei kieferorthopädischer Behandlung, § 30 SGB V beim Zahnersatz Kostenerstattung vor

Versorgungsniveau im bisherigen Bundesgebiet heranzuführen und den westdeutschen Versorgungsstrukturen anzupassen, ohne hier vorhandene Mängel zu übertragen.

Hier sind alle Beteiligten gefordert. Auch die Konzertierte Aktion wird hierzu ihren Beitrag leisten. Die Bundesregierung hat 1990 in der Krankenversicherung Betriebsmittel in Höhe von 3 Mrd. DM zur Verfügung gestellt und wird auch für die Liquidität der neuen Krankenkassen sorgen.

Die Überleitung des Sozialgesetzbuchs — Fünftes Buch — schafft den rechtlichen Rahmen, das grundsätzlich bewährte Leistungs-, Beitrags-, Mitgliedschafts-, Organisations- und Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, ihre Selbstverwaltung und das Zusammenspiel von Krankenkassen und Leistungserbringern auch im anderen Teil Deutschlands zur Geltung zu bringen. Dieser Rahmen ist auch flexibel genug, positive Ansätze medizinischer Versorgungsformen, die sich im Beitrittsgebiet entwickelt haben, in unser Gesundheitswesen zu integrieren.

Die Konzertierte Aktion bekräftigt die Verantwortung aller Beteiligten, diesen Rahmen mit Leben zu erfüllen. Sie ist sich bewußt, daß dies mit schwierigen Problemen verbunden ist. Dabei handelt es sich jedoch um Übergangsprobleme, die in Solidarität und gemeinsamer Verantwortung zu meistern sind. Die Konzertierte Aktion ist dazu bereit.

II.

Von vorrangiger Bedeutung sind nach Auffassung der Konzertierten Aktion folgende Maßnahmen:

1. Aufbau des organisatorischen Rahmens für die Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB V ab 1. Januar 1991, insbesondere durch
 - ein flächendeckendes Netz von funktionsfähigen Krankenkassen mit ihrer Selbstverwaltung,
 - Kassenverbände auf Landesebene,
 - Medizinische Dienste,
 - Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen,
 - Bildung von Landeskrankenhausgesellschaften,
 - Bildung der gemeinsamen Selbstverwaltungsgremien.
2. Rechtzeitiger Abschluß der Vergütungsvereinbarungen in allen Leistungsbereichen für das Jahr

1991; die Leistungsausgaben im Beitrittsgebiet sind grundsätzlich mit den dortigen Beitragseinnahmen zu finanzieren, Leistungseinschränkungen kommen nicht in Betracht. Ein rascher Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen ermöglicht entsprechende Vergütungen der Leistungserbringer.

3. Aufklärung und Beratung von Versicherten und Leistungserbringern über die Regelungen des SGB V.

4. Entstaatlichung und Dezentralisierung durch Förderung freiberuflicher bzw. selbständiger Tätigkeit von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Erbringern von Heilmitteln und Gesundheitshandwerkern unter Einbeziehung des ERP-Kreditprogramms und des Eigenkapitalhilfeprogramms des Bundesministers für Wirtschaft; bei der Umwandlung von Polikliniken und Ambulatorien müssen Engpässe in der ambulanten Versorgung durch

überstürzten Abbau und Freisetzung von dort Beschäftigten vermieden werden. Die Leistungsstrukturen der poliklinischen Versorgung müssen unter gleichen Bedingungen im Wettbewerb eine Chance erhalten. Die Vertragspartner sollten daher bei ihren Vereinbarungen über die Vergütung der von den Polikliniken erbrachten Kassenleistungen für eine Übergangszeit auch zu pauschalierten Vergütungsformen kommen.

5. Verbesserung der stationären Versorgung durch ein regional abgestuftes Netz leistungsfähiger

Krankenhäuser in pluraler Trägerschaft; wirtschaftliche Sicherung der für eine ausreichende stationäre Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser durch Bereitstellung der notwendigen Mittel für den investiven Nachholbedarf über die normale Krankenhausversorgung hinaus. Die Konzertierte Aktion bittet die Bundesregierung, hierzu Finanzhilfen zu leisten.

6. Einbeziehung der neuen Bundesländer in die Modellprogramme der Bundesregierung zu Drogen, AIDS sowie zur besseren Versorgung von Krebspatienten und chronisch Kranken.

III.

Zur Konkretisierung dringend erforderlicher Aufgaben, insbesondere zur Sicherstellung der Finanzierung der Polikliniken/Ambulatorien, haben die Vertragspartner folgende Absprachen getroffen:

- Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern;
- Erklärung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zum Krankenhauswesen in den neuen Bundesländern.

Die Konzertierte Aktion begrüßt diese Vereinbarungen. Sie sind geeignet, bestehende Unsicherheiten bei den Betroffenen zu beseitigen.

Anlage 1

Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost

2. November 1990

Vorbemerkung

1. Auf der Grundlage des Einigungsvertrages sind die in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien u.a.) kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung zugelassen. Mit dem Ziel, die Niederlassung als Arzt in freier Praxis zu fördern, soll der Anteil dieser Gesundheitseinrichtungen an der ambulanten Versorgung verringert und ihre Umwandlung in Gemeinschaftseinrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften u.a.) gefördert werden. Nach Ablauf der fünf Jahre entscheidet der Zulassungsausschuß in der Besetzung mit drei Vertretern der Krankenkassen und drei Vertretern der Ärzte unter Einschluß eines Poliklinikfacharztes über eine Verlängerung der Zulassung der zu diesem Zeitpunkt bestehenden ambulanten Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung des Anteiles der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte und des Bedarfs für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.
2. Auf der Grundlage des in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost fortgeltenden Kommunalverfassungsgesetzes der DDR vom 17. Mai 1990 gehört die gesundheitliche und soziale Betreuung zu den Selbstverwaltungsaufgaben der Gemeinden. Die kommunalen oder an die Kommunen übergegangenen staatlichen ambulanten Gesundheitseinrichtungen sind danach Sonder- oder Treuhandvermögen der Gemeinde, für das die Gemeinde Sonderrechnungen und Sonderkassen zu bilden hat. Dabei gilt der Grundsatz der Einnahmebeschaffung aus speziellen Entgelten für die erbrachten Leistungen entsprechend. Die Höhe der Entgelte für Leistungen der Krankenversicherung richtet sich nach den noch abzuschließenden Verträgen (Nr. 2).
3. Die im Einigungsvertrag verankerte Möglichkeit, durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Treuhandgesellschaft zu vorübergehenden Übernahme der Trägerschaft zur ambulanten Versorgung erforderlicher Gesundheitseinrichtungen zu errichten, kann, von begründeten Ausnahmen abgesehen, grundsätzlich nicht für kommunale oder

staatliche Gesundheitseinrichtungen in Betracht kommen. Dort, wo der Einigungsvertrag eine Treuhandgesellschaft für staatliche Einrichtungen vorsieht, werden kraft Gesetzes die bestehenden staatlichen Einrichtungen und ihr Vermögen auf eine Treuhandanstalt übertragen (z. B. für staatliche Apotheken). Im Gegensatz dazu werden staatliche ambulante Gesundheitseinrichtungen ausdrücklich bis zum 1. Januar 1995 zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen. Die Bildung einer Treuhandgesellschaft als vorübergehender Träger ambulanter Gesundheitseinrichtungen soll daher für Einrichtungen in Betracht kommen, deren Rechtsträger z. B. durch Betriebsstillegung aufgelöst wird.

Empfehlungen

1. Soweit die Rechtsträgerschaft öffentlich-rechtlicher ambulanter Gesundheitseinrichtungen zweifelhaft ist, muß sie auf der Grundlage der Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die dafür zuständigen Stellen (allgemeine Treuhandanstalt/Länder) unverzüglich geklärt werden. Nach Maßgabe des Kommunalverfassungsrechtes ist im Zweifelsfall davon auszugehen, daß die Rechtsträgerschaft ambulanter Gesundheitseinrichtungen auf die Gemeinde oder bei Einrichtungen, die der Versorgung und Betreuung der Einwohner eines Landkreises dienen, auf diesen Landkreis übergegangen ist, soweit es sich nicht um überörtliche Spezialeinrichtungen, z. B. der psychiatrischen Versorgung, handelt, bei denen auch in den Ländern der bisherigen Bundesrepublik das Land Rechtsträger ist. Die Klärung der Trägerschaft öffentlich-rechtlicher Gesundheitseinrichtungen ist auch deswegen erforderlich, um für die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und andere Kostenträger der ambulanten Versorgung den Leistungserbringer und Vergütungsempfänger eindeutig festzulegen.
2. Für die zugelassenen ambulanten Gesundheitseinrichtungen werden in Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zeit ab 1. Januar 1991 leistungsgerechte Entgelte vereinbart. Mangels ausreichend verfügbarer Daten über die bestehenden Leistungsstrukturen dieser ambulanten Gesundheitseinrichtungen werden zunächst auf der Grundlage der für die bisherige Bundesrepublik (arztgruppenspezifisch) ermittelten durchschnittlichen Behandlungsfall-

werte unter Einschluß der Überweisungsanteile für ärztliche Leistungen eine Behandlungsfallpauschale sowie auf der Basis der für die Bundesrepublik bestehenden Abgabepreise für die vom Arzt veranlaßten Leistungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel) Leistungsentgelte vereinbart, die in ihrer Höhe an das Grundlohniveau der Krankenkassen in den neuen Bundesländern anzupassen sind. Die Abrechnung dieser Leistungsentgelte erfolgt jeweils zum Ende des Abrechnungsquartals. Die vereinbarten Entgelte sollen vierteljährlich daraufhin überprüft werden, ob sie in Angleichung an die Entwicklung des Grundlohniveaus und die insgesamt für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Einnahmen der Krankenkassen zu verändern sind.

3. Die bestehende Unsicherheit über die Finanzierung von Leistungen der zur ambulanten Versorgung zugelassenen Einrichtungen nach dem 1. Januar 1991 soll dadurch beseitigt werden, daß zunächst auf der Grundlage der Haushaltsansätze dieser Einrichtungen für den Monat November 1990 jeden Monat über die Kassenärztlichen Vereinigungen Abschlagszahlungen in Höhe eines noch zu bestimmenden, auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallenden Kostenanteiles gezahlt werden. Dabei ist der Wechsel von Ärzten und Mitarbeitern in eine eigene Niederlassung oder ein anderes Beschäftigungsverhältnis zu berücksichtigen.

Es wird erwartet, daß für Leistungsbereiche, die nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, vergleichbare Abschlagszahlungen mit den zuständigen Kostenträgern vereinbart werden bzw. die Gemeinde/der Kreis/das Land selbst die Kosten für die in ihren eigenen Aufgabenbereich fallenden Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege übernimmt. Den ambulanten Gesundheitseinrichtungen wird eine Auflistung möglicher Leistungsbereiche und der für deren Finanzierung zuständigen Kostenträger als Hilfestellung übermittelt.

Die geleisteten Abschlagszahlungen werden nach Ablauf des jeweiligen Abrechnungsquartals mit den von den jeweiligen ambulanten Gesundheitseinrichtungen abgerechneten Leistungsentgelten verrechnet. Entstehende Unterdeckungen sind sofort auszugleichen, Überdeckungen sind mit dem Folgequartal zu verrechnen. Die an den Haushaltsansätzen orientierten Abschlagszahlungen sind spätestens zum 1. Juli 1991 durch Abschlagszahlungen auf der Grundlage der Fallzahlungen und der daran zu berechnenden Leistungsentgelte zu ersetzen.

4. Das bei den Gemeinden für ambulante Gesundheitseinrichtungen gebildete Sondervermögen oder Treuhandvermögen soll ausschließlich für Zwecke der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung verwandt werden. Niederlassungswilligen Ärzten soll durch die Gemeinde in den diesem Sonder- bzw. Treuhandvermögen zugehö-

rigen Einrichtungen der erforderliche Raumbedarf zur Verfügung gestellt werden.

Soweit die Mehrheit der an einer ambulanten Gesundheitseinrichtung tätigen Ärzte die Umwandlung dieser Einrichtung in eine Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis wünscht, soll diesem Anliegen durch Vermietung benötigter Räume stattgegeben werden, wobei für nicht niederlassungswillige Ärzte und Mitarbeiter die Möglichkeit der Versetzung in andere Einrichtungen, die Weiterbeschäftigung in einem als kommunale Einrichtung weiterbetriebenen Teilbereich oder die Weiterbeschäftigung in einem Anstellungsverhältnis zur Praxisgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft geprüft werden muß.

5. Soweit sich aufgrund der den ambulanten Gesundheitseinrichtungen für die einzelnen Leistungsbereiche gezahlten Entgelte ergibt, daß aufgrund bisheriger unwirtschaftlicher Organisationsstrukturen ein personeller Überhang besteht, kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Zahlung von Kurzarbeitergeld unter gleichzeitiger Einleitung von Umschulungsmaßnahmen nach dem Arbeitsförderungsgesetz
- vorzeitige Versetzung in den Ruhestand bei älteren Mitarbeitern
- Versetzung in andere Einrichtungen desselben Trägers
- betriebsbedingte Kündigung auf der Grundlage eines Sozialplanes.

6. Die Partner dieser Empfehlung warnen vor der vorschnellen und unkritischen Veräußerung kommunaler ambulanter Gesundheitseinrichtungen an private Investmentfirmen oder an ihre Einbringung in gemeinsam mit solchen Investmentfirmen betriebene Gesellschaften. Die insoweit angebotenen Verträge entsprechen zum großen Teil nicht den berufsrechtlichen und kassenarztrechtlichen Anforderungen an die Leistungserbringung im System der sozialen Sicherung und gefährden die Gemeinnützigkeit sowie den rechtlichen Fortbestand der Einrichtung als zugelassene Gesundheitseinrichtung im Sinne des Einigungsvertrages.

Aus den vorstehenden Gründen halten die Partner dieser Empfehlung die in den vergangenen Wochen aus Unsicherheit über die finanzielle Zukunft ausgesprochenen, nicht betriebsbedingten pauschalen Kündigungen aller Mitarbeiter einer Poliklinik nicht für vertretbar. Sie appellieren daher an die Träger staatlicher, kommunaler und freigemeinnütziger ambulanter Gesundheitseinrichtungen, sich ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bewußt zu bleiben und alles erforderliche zu tun, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der zur Aufrechterhaltung der Versorgung notwendigen Einrichtungen auch nach dem 1. Januar 1991 zu sichern.

Anlage 2

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 5. November 1990 in Bonn

Erklärung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zum Krankenhauswesen in den neuen Bundesländern

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung sehen als eine vordringliche Aufgabe, die stationäre Versorgung in den neuen Bundesländern möglichst bald an das Versorgungsniveau der übrigen Bundesländer anzugleichen. Zu diesem Zweck müssen alle Beteiligten eng zusammenwirken. Sollte sich der Anpassungsprozeß verzögern, ergäben sich nicht nur Versorgungsprobleme mit der Folge einer starken Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen in den bisherigen Bundesländern, sondern auch Beschäftigungsprobleme, da mit einer Abwanderung von Krankenhauspersonal zu rechnen ist. Letztlich ist ein funktionierendes Krankenhauswesen auch eine wichtige Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung im beigetretenen Gebiet.

Eine wesentliche Voraussetzung der Anpassung des stationären Versorgungsniveaus in den neuen Bundesländern ist die öffentliche Förderung. Nach Schätzungen sind in einem Zeitraum von ca. 10 Jahren insgesamt 30 bis 35 Mrd. DM an Fördermitteln notwendig, um eine adäquate Versorgungsstruktur aufzubauen. Die Größe der Aufgabe und die im Einigungsvertrag genannte Zielsetzung (Niveau der stationären Versorgung zügig und nachhaltig verbessern und der Situation im Bundesgebiet anpassen, Artikel 33 Abs. 1) macht zweierlei dringend notwendig:

1. Ausreichend mit Finanzmitteln ausgestattete Bundesländer sowie ein
2. finanzielles Engagement des Bundes zum Ausgleich der unterschiedlichen Wirtschaftskraft im Bundesgebiet (Artikel 104a Abs. 4).

Es ist sicherzustellen, daß diese Mittel — insbesondere die vorgesehenen Pauschalen — den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern schnell für notwendige Investitionen zur Verfügung stehen.

Die Förderung muß auf der Grundlage einer Krankenhausplanung erfolgen. Diese ist unerläßlich, um Fehlentwicklungen abzubauen und Strukturverbesserungen einzuleiten. Es ist nicht sinnvoll, die bestehenden Strukturen unbesehen zu übernehmen. Nachträgliche Korrekturen erfordern sehr viel Kraft aller Beteiligten, die vorausschauende Festlegung der Krankenhauskapazitäten ist daher wichtig.

Da die für die Krankenhausplanung benötigten Daten weitgehend vorliegen, wird es mit relativ wenig Aufwand kurzfristig möglich sein, vorläufige Krankenhauspläne (Förderlisten) für das beigetretene

Gebiet zu erstellen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung fordern die neuen Bundesländer auf, die Krankenhauspläne unverzüglich zu erstellen, damit von vornherein Klarheit und Perspektive gegeben ist. Die Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und die Verbände der Ersatzkassen sowie die Verbände der privaten Krankenversicherung sind bereit, bei der Erstellung der Krankenhauspläne mitzuwirken.

Angesichts der Tatsache, daß die deutsche Einheit sehr hohe Finanzmittel erfordert wird, sollten Überkapazitäten im Krankenhausbereich unbedingt vermieden werden, um so die öffentlichen Fördermittel auf die für die Versorgung notwendigen Krankenhäuser zu konzentrieren. Der Krankenhausbereich bedarf im Rahmen der Verantwortung der neuen Bundesländer der strukturellen Anpassung. Von den vorhandenen Krankenhausbetten sind nach vorsichtigen Schätzungen mindestens 15000 entbehrlich. Ihre Umwidmung sollte geprüft werden. Die neuen Bundesländer werden aufgefordert, bei der Vergabe von Fördermitteln sicherzustellen, daß keine Überkapazitäten entstehen.

Am 1. Januar 1991 sind auch in den neuen Bundesländern Pflegesatzvereinbarungen zu schließen. Der Umstieg von der alten staatlichen Globalfinanzierung auf das Verfahren nach der BPfIV — im Übergang nach § 19a Abs. 3 BPfIV gem. Einigungsvertrag — stößt auf objektive Schwierigkeiten. Die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung empfehlen daher:

1. Es sind möglichst frühzeitig erste Kontakte zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern herzustellen, um die aktuelle Situation, die bestehenden Schwierigkeiten und zu bewältigenden Probleme zu beraten und um insgesamt eine Vertrauensbasis für die für 1991 zu treffenden Budget- und Pflegesatzvereinbarungen zu schaffen.
2. Die Vertragspartner führen baldmöglichst insbesondere über die Kosten- und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser Gespräche, um die Pflegesatzvereinbarungen vorzubereiten. Krankenhäuser, die dazu bereit und in der Lage sind, sollten die Pflegesatzvereinbarungen für 1991 möglichst bis Anfang Januar 1991 abschließen, damit sie unverzüglich genehmigt werden können. Für alle anderen Krankenhäuser wird nach § 19a Abs. 3 BPfIV (Einigungsvertrag), ab 1. Januar 1991 eine

monatliche Abschlagzahlung in Höhe des Budget-Anteils Dezember 1990 gezahlt, um die Liquidität der Krankenhäuser zu Beginn des Jahres 1991 zu sichern.

3. Die Pflegesatzvereinbarungen für 1991 werden voraussichtlich nur auf unsicheren Kalkulationsgrundlagen getroffen werden können. Um das Risiko bei gravierenden Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung von den der Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Kalkulationsgrößen einzugrenzen, sollte in den Pflegesatzver-

einbarungen die Bereitschaft der Parteien zu einer partnerschaftlichen Vorgehensweise in diesen Fällen — flexible Laufzeiten, Neuvereinbarungen etc. — dokumentiert werden.

Die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung drücken ihre Erwartung auf faire Verhandlungen und Vereinbarungen aus, die dem Ziel der Hebung des Niveaus der stationären Versorgung und der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser entsprechen.

Anlage 3

DEUTSCHER STÄDTETAG

Anlage zum Protokoll der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen vom 5. November 1990

Protokoll-Erklärung zu der gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost

1. Die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen worden. Im Rahmen dieses Sicherstellungsauftrages sind u. a. die Polikliniken und Ambulatorien für eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1995 zugelassen. Auf die Weiterführung dieser Einrichtungen über diesen Zeitpunkt hinaus haben die Kommunen keinen Einfluß, da darüber allein der Zulassungsausschuß entscheidet. Die Verantwortung für die gesamte kassenärztliche Versorgung liegt damit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenwirken mit den Krankenkassen.
2. In § 311 Abs. 2 SGB V sind konkret die kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien u. a.) genannt. Auf diesen Abs. 2 bezieht sich ausdrücklich der § 311 Abs. 3, in dem die Gründung von Treuhandgesellschaften zur Übernahme der o. g. Einrichtungen geregelt wird. Wäre eine Einschränkung der Treuhandgründung beabsichtigt gewesen, wie sie in Ziff. 3 der gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung behauptet wird, hätte der Gesetzgeber dies im Gesetzestext zum Ausdruck gebracht.
3. Wegen der unterschiedlichen Größe und Struktur der Polikliniken und Ambulatorien ist es notwendig, ihre jeweiligen Träger bei der Vereinbarung der Vergütungen zu beteiligen. Diese Möglichkeit ist ausdrücklich in § 13 Abs. 2 des Krankenkassenvertragsgesetzes vom 13. September 1990 vorgesehen.
4. Es kann nicht hingenommen werden, daß die kommunalen Gebietskörperschaften als Träger von Einrichtungen allein die Kosten einer aus 40jähriger sozialistischer Mißwirtschaft entstandenen Unwirtschaftlichkeit zu tragen haben. Es wird daher erwartet, daß für eine angemessene Übergangszeit sich auch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen an der Defizitfinanzierung beteiligen, um die Umstrukturierung und Überführung z. B. in Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen zu erleichtern. Bei der Ermittlung der Abschlagszahlungen müssen die Träger der Einrichtungen bzw. deren Verbände beteiligt werden. Wir gehen davon aus, daß die Liquidität der Einrichtungen durch Abschlagszahlungen gewährleistet wird.

Erklärung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Pflege

5. November 1990

1. Im Bereich der Pflege ist die Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes noch nicht abgeschlossen:

Ab 1. Januar 1991 besteht Anspruch auf die häusliche Pflege Schwerpflegebedürftiger als Dauerleistung in Form von 25 Pflegeeinsätzen oder 400 DM Pflegegeld monatlich. Die Versicherten und die Leistungserbringer müssen umfassend über die neue Leistung unterrichtet werden. Die verstärkte Nachfrage nach Pflegeleistungen erfordert einen gezielten Ausbau einer pluralistischen Infrastruktur für ihre Erbringung. Bei der Anwendung der Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen sollen psychisch Kranke und Behinderte, die der ständigen Betreuung und Pflege bedürfen, auch wenn sie in ihrer Beweglichkeit nicht beeinträchtigt sind, nicht von der Leistung ausgeschlossen werden.

2. Der Sozialstaat bedarf der ständigen Fortentwicklung. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Pflege:

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung wird infolge der Verschiebung der Altersstruktur und der weiter steigenden Lebenserwartung wachsen. Schon heute sind für viele Betroffene die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit aus dem eigenen Einkommen nicht

¹⁾ Ablehnung durch den Vertreter der Arbeitgeber im AOK-Bundesverband, durch BDA, DAG und Verband der privaten Krankenversicherung; Enthaltung von KBV, KZBV, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, Bundesverband der pharmazeutischen Industrie; Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände; Prüfvorbehalt der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz.

mehr aufzubringen. Dies gilt insbesondere bei stationärer Pflege. Eine umfassende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ist deshalb eine der wichtigsten sozialpolitischen Aufgaben der nächsten Wahlperiode.

Dabei sollen insbesondere folgende Überlegungen berücksichtigt werden¹⁾:

- Verzahnung der Pflege mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Prävention, Rehabilitation und Krankenhausbehandlung unter dem Dach der GKV; damit auch Mitgestaltung der GKV im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen; daraus darf sich keine finanzielle Belastung für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben.
- Weiterhin Vorrang der häuslichen Pflege; hierzu gehört auch die Verbesserung der Hilfen für die Pflegenden.
- Die Finanzierung der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller. Deshalb müssen sich neben den Beitragszahlern auch Bund, Länder und Gemeinden sowie die Pflegebedürftigen selbst an der Finanzierung beteiligen.
- Bedarfsdeckender Ausbau eines pluralistischen Angebotes von Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege sowie von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeheimen in den Ländern und Kommunen.
- Ideelle und materielle Aufwertung der Pflegeberufe.
- Geld- und Sachleistung müssen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

Entschließung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

6. Juni 1991

1. In den alten Bundesländern ermöglichte das Gesundheits-Reformgesetz in den Jahren 1989 und 1990 sinkende Beitragssätze bei gleichzeitiger Auffüllung der Rücklagen der Krankenkassen. Im Jahresverlauf 1990 wurde ein Ausgabenanstieg in der Mehrzahl der Leistungsbereiche erkennbar, der über der Entwicklung der beitragspflichtigen Entgelte (Grundlohn) lag. Die jetzt aufgrund der KV 45 geschätzten Zahlen für das 1. Quartal 1991 lassen erkennen, daß sich diese Entwicklung zunächst fortgesetzt hat. Eine Steigerung der Leistungsausgaben je Mitglied von 8,4 v.H. steht einem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von nur 3,3 v.H. gegenüber, was zu einem Defizit von über 1,8 Mrd. DM für das 1. Quartal 1991 geführt hat. Es muß vermieden werden, daß dieser ungünstige Trend im weiteren Verlauf des Jahres 1991 anhält.

Das Ziel, die notwendige leistungsfähige medizinische Versorgung zu gewährleisten, setzt voraus, daß die Grundsätze der Gesundheitsreform weiter beachtet und — soweit noch nicht geschehen — umgesetzt werden. Die weiterhin gute Konjunktur und die damit einhergehende günstige Entgeltentwicklung im weiteren Jahresverlauf erleichtern außerdem die Bemühungen um Beitragssatzstabilität.

2. Die Konzertierte Aktion bekräftigt ihre im November 1990 ausgesprochene Feststellung, daß es die wichtigste Aufgabe bleibt, die gesundheitliche Versorgung in den neuen Bundesländern so rasch wie möglich an das Versorgungsniveau im bisherigen Bundesgebiet heranzuführen.

Bis jetzt ist es gelungen, die notwendigen — und teilweise tiefgreifenden — Umstellungen voranzutreiben, ohne die gesundheitliche Versorgung der Patienten zu beeinträchtigen.

Die Vorgabe des Einigungsvertrages, auch in den neuen Bundesländern ausgeglichene Haushalte bei einem Beitragssatz von 12,8 v.H. im Jahre 1991 zu erreichen, wird von der Konzertierten Aktion

als gesetzliche Orientierungsmarke behandelt. Die Tarifabschlüsse der letzten Zeit zeigen, daß die Einkommen der Arbeitnehmer in den neuen Bundesländern sich schneller an das Niveau im übrigen Bundesgebiet angleichen, als es noch vor wenigen Monaten den Anschein hatte. Gleichzeitig macht die bisherige Beschäftigungsentwicklung deutlich, daß der Angleichungsprozeß sich noch über mehrere Jahre hinziehen wird.

Die finanzielle Lage der Krankenkassen in den neuen Bundesländern hängt 1991 auch davon ab, daß Zahlungen und Abschlagszahlungen an die Leistungserbringer für zwölf Monate zu leisten sind, während Beitragseinnahmen nur in elf Monaten eingehen. Deshalb bittet die Konzertierte Aktion zu prüfen, ob der GKV im Beitrittsgebiet Rückzahlungen aus der Anschubfinanzierung erlassen werden können.

Die Konzertierte Aktion ist der Auffassung, daß die Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ein tragendes Element der Selbstverwaltung auch in den neuen Bundesländern ist. Sie fordert die Beteiligten auf, alle Anstrengungen zu unternehmen, um auch in den neuen Bundesländern dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung zu tragen. Die besonderen Bedingungen in den neuen Bundesländern machen es erforderlich, die weitere Entwicklung dazu aufmerksam zu verfolgen und etwaige Konsequenzen rechtzeitig zu ziehen.

Der von allen Seiten unbestrittene investive Nachholbedarf in den Gesundheitseinrichtungen, vor allem in den Krankenhäusern, wird nicht ohne weitere Hilfen des Bundes und der jeweiligen Länder zügig abgebaut werden können. Die im Kommunalprogramm des Gemeinschaftswerkes „Aufschwung-Ost“ für 1991 geschaffenen Möglichkeiten leisten hierzu einen Beitrag; sie sind über einen mehrjährigen Zeitraum erforderlich und bedürfen einer Einordnung in die Strukturen von Krankenhausplanung und -förderung.

Entschließung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Situation der Pflegeberufe

6. Juni 1991

1. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bekräftigt ihre Empfehlung vom 4. Dezember 1989, die umfassende und aufeinander abgestimmte Maßnahmen aller Beteiligten vorsieht, um die Pflegeberufe in der Konkurrenz mit anderen Berufen attraktiv zu halten.
 2. Die Konzertierte Aktion stellt fest, daß seit der Empfehlung vom 4. Dezember 1989 Fortschritte erzielt werden konnten, beispielsweise
 - bei der Tarifgestaltung,
 - bei der Schaffung zusätzlicher Personalstellen in den Krankenhäusern infolge des verbesserten Anrechnungsschlüssels für Krankenpflegeschüler und der neuen Personalbemessung in der Psychiatrie,
 - bei der Vorbereitung eines an den Leistungen des Personals im Pflegedienst orientierten Konzepts zur Personalbedarfsermittlung in den Krankenhäusern,
 - bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und der allgemeinen Rahmenbedingungen.
 3. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Beteiligten auf, die in ihren Verantwortungsbereich fallenden Maßnahmen auf der Grundlage des vereinbarten Gesamtkatalogs vom 4. Dezember 1989 weiterhin zügig umzusetzen.
Vorrangig sind insbesondere
 - die schnelle Verabschiedung des leistungsorientierten Konzepts zur Personalbedarfs-
- ermittlung für das Pflegepersonal in den Krankenhäusern,
 - eine bundesgesetzliche Regelung der Altenpflegeausbildung,
 - die Schaffung weiterführender übereinstimmender berufsbezogener Bildungsabschlüsse in der Kranken- und Altenpflege in den Ländern, die auch eine Weiterbildung/Ausbildung zur Unterrichtsschwester/Unterrichtspfleger sowie zur Pflegedienstleitung auf Fachhochschul-, Universitäts- oder Akademie-Ebene vorsehen.
 - die verstärkte Einführung attraktiver Teilzeitmodelle, der Ausbau von Teamarbeit sowie kooperativer Strukturen in den Krankenhäusern,
 - die Vermehrung von Umschulungsmaßnahmen zu Krankenschwestern und Krankenpflegern sowie die Wiedereingliederung von Frauen nach der Kindererziehung,
 - Investitionsmaßnahmen mit dem Ziel pflegetentlastender Maßnahmen und der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
 - Stärkung und Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit.
4. Der notwendige Ausbau der Pflege erfordert nach Auffassung der Konzertierten Aktion schon jetzt, Vorbereitungen zu treffen, damit ausreichende Angebote an Pflegemöglichkeiten rechtzeitig zur Verfügung stehen.
 5. In ihrer Herbstsitzung 1992 wird die Konzertierte Aktion erneut eine Bilanz des Erreichten ziehen.

