

1. Kapitel: Knappe Ressourcen, Kostenanstieg und Reaktionen des Gesetzgebers

A. Erscheinungsformen von Ressourcenknappheit

Die Diskussion um Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen konzentriert sich in Deutschland in erster Linie auf den Finanzierungssektor. Es sind aber auch andere Erscheinungsformen von Ressourcenknappheit zu verzeichnen. Etwa der Mangel an Pflegekräften oder an sozialen Diensten in poststationären Versorgungseinrichtungen. Unzureichend ist auch die Möglichkeit, unheilbar Kranke auf Palliativstationen zu begleiten.¹ Ein weiteres Beispiel für „naturegegebene“ Knappheit findet sich im Bereich der Organtransplantation, da ein Missverhältnis zwischen Transplantationsbedarf auf der einen und verfügbaren Organen auf der anderen Seite besteht.² Allerdings sind bis auf die letztgenannte Erscheinungsform alle Knappheitserscheinungen auf fehlende finanzielle Mittel zurückzuführen. Schließlich ließe sich durch die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel mehr Pflegepersonal beschäftigen, mehr soziale Dienste in poststationären Versorgungseinrichtungen schaffen und auch mehr Palliativstationen einrichten.³

B. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind in den vergangenen Jahrzehnten nominal stetig angestiegen. Zwischen 1970 und 1985 ist ein Anstieg von 35,6 Mrd. Euro (69,7 Mrd. DM) auf 123,5 Mrd. Euro (241,5 Mrd. DM) zu verzeichnen gewesen.⁴ Im wiedervereinigten Deutschland stiegen die Gesamtausgaben von 163,2 Mrd. Euro (319,2 Mrd. DM) im Jahre 1992⁵ auf 252,75 Mrd. Euro für das Jahr 2007.⁶

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist dagegen weitgehend konstant. In dem Zeitraum von 1997 bis 2006 wurden bspw. zwischen

¹ Ch. Fuchs, MedR 1993, 323.

² Taupitz, in: Wolter/Riedel/Taupitz, Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht, S.113, 116.

³ Vgl. Breyer/Schultheiss, in: Wille, Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, S. 169, 171; Schöne-Seifert, in: Kirch/Kliemt, Rationierung im Gesundheitswesen, S. 42, 44.

⁴ Künschner, Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl, S. 48.

⁵ StBA, Statistisches Jahrbuch 2001, S. 458.

⁶ StBA, Statistisches Jahrbuch 2009, S. 255. Allerdings ist zu beachten, dass das StBA seit 2001 eine neue Gesundheitsausgabenrechnung vornimmt, bei der so genannte Einkommensleistungen (z.B. Zahlung von Krankengeldern oder Entgeltfortzahlungen) nicht mehr mit einfließen, s. hierzu die Erläuterungen in StBA, Statistisches Jahrbuch 2001, S. 432. Vergleichbare Daten liegen zudem erst ab dem Berichtsjahr 1992 vor, vgl. StBA, Statistisches Jahrbuch 2009, S. 239.

10,2 % und 10,8 % des Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen aufgewendet.⁷ Deswegen wird in der Literatur vielfach der Begriff der „Kostenexplosion“ als fragwürdig dargestellt.⁸ Vielmehr liege eine Effizienz- und Leistungsexplosion vor.⁹

Auch und gerade im Bereich der GKV konnte ein Kostenanstieg nicht verhindert werden. Während sich die Ausgaben im Jahr 1970 noch auf 12,6 Mrd. Euro (24,7 Mrd. DM) beliefen,¹⁰ betrugen sie 1992 schon 99 Mrd. Euro (193,6 Mrd. DM)¹¹ und stiegen bis zum Jahr 2007 auf 145,36 Mrd. Euro an.¹² Ein wesentliches Problem für die Finanzierung der GKV stellt die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit dar. Die GKV versorgt ungefähr 90 % der Bevölkerung als Versicherte oder mit-versicherte Familienangehörige mit medizinischen Leistungen.¹³ Sie finanzieren sich hauptsächlich aus den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber,¹⁴ welche sich an der Lohnquote orientieren.¹⁵ Deswegen leidet die GKV angesichts von aktuell 3.215.000 Arbeitslosen im November 2009¹⁶ an einer nur begrenzten Mittelzufuhr.¹⁷ Somit müssen diejenigen, die Arbeit haben, diese Einnahmeverluste kompensieren.¹⁸ Infolge dessen und aufgrund des skizzierten Ausgabenanstiegs wurden die Beitragssätze immer wieder angehoben. Im Jahr 1970 betrug der durchschnittliche Beitragssatz 8,2 % des Bruttoarbeitentgelts, 1992 waren es 12,7 % und 13,95 % im März 2008.¹⁹ Zum 1.1.2009 wurde der Beitragssatz durch die Bundesregierung erstmalig einheitlich auf 15,5 % festgelegt, ehe er im Juli 2009 wieder auf 14,9 % abgesenkt wurde.²⁰

⁷ Der niedrigste Anteil stammt aus den Jahren 1997 und 1998, der Höchstwert wurde im Jahr 1988 erreicht, Angaben nach dem StBA, Tabelle abrufbar unter www.destatis.de; vgl. auch Wenner, GesR 2009, 169.

⁸ So z.B. Künschner, Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl, S. 48; Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315, 321 Fn. 29.

⁹ Krämer, MedR 1998, 1, 2; ders., BKK 2005, 491, 492.

¹⁰ StBA, Statistisches Jahrbuch 2001, S. 442.

¹¹ StBA, Statistisches Jahrbuch 2003, S. 458.

¹² StBA, Statistisches Jahrbuch 2009, S. 255.

¹³ Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315, 320; Schlegel, in: Küttner/Röller, Personalbuch 2007, Krankenversicherungsbeiträge Rn. 51.

¹⁴ Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315, 320.

¹⁵ Schanz, AuW 1999, 112.

¹⁶ Der jeweils aktuelle Monatsberichte der BA ist abrufbar im Internet unter www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/monat/aktuell.pdf

¹⁷ Beske/Hallauer/Kern, Rationierung im Gesundheitswesen?, S. 16; Schanz, AuW 1999, 112; Henke/Borchardt/Schreyögg/Farhauer, Journal of Public Health 12/2004, 10; Schriebers, AuK 1999, 143.

¹⁸ Schanz, AuW 1999, 112 f.

¹⁹ Statistik des BMG, Allgemeiner Beitragssatz 1991 bis 2007, März 2008, S. 1, abrufbar unter www.bmg.bund.de (Abrufdatum 21.12.2009).

²⁰ Vgl. dazu näher 1. Teil Kap. 1 D. VIII., S. 31 f.

Die Prognosen für die Zukunft sagen einen weiteren Anstieg voraus. Unter Beibehaltung des gegenwärtigen Leistungsumfangs dürfte der Beitragssatz zur GKV im Jahr 2030 bei etwa 25-30 % liegen.²¹

C. Ursachen für den Kostenanstieg

Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen lässt sich auf unterschiedliche Ursachen zurückführen.

I. Der medizinische Fortschritt

Einen der gewichtigsten Gründe stellt der zunehmende medizinische Fortschritt dar.²² Das anzuwendende medizinische Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre.²³ Neue und verbesserte Behandlungsmethoden sind im Vergleich zu herkömmlichen Methoden regelmäßig kostenintensiver.²⁴ Die Angebote der Apparate- und Präparate-Medizin steigern sich fortwährend und wecken neue Ansprüche.²⁵ Krankheiten, die zuvor unbekannt waren, sind diagnostizierbar; früher unheilbare Krankheiten nunmehr behandelbar.²⁶ Hinzu kommt, dass die moderne Medizin mit ihren Technologien dazu beiträgt, dass sich die Zeitspanne vom Beginn einer Krankheit bis zum Tod verlängert, ohne die Krankheit abschließend zu heilen. „Fortschritt = Zusatzkosten“²⁷ lautet die wohl kürzeste der verwendeten Formeln.

II. Demographische Entwicklung

Ein mit dem medizinischen Fortschritt unmittelbar verknüpfter Grund für den Kostenanstieg ist die Tatsache, dass die Menschen immer älter werden.²⁸ Die

²¹ Breyer, ZRP 2003, 300; s. auch eine nach drei Varianten aufgeschlüsselte Prognose mit leicht abweichenden Zahlen bei Breyer/Franz/Homburg/Schnabel/Wille, Reform der sozialen Sicherung, S. 146, die für das Jahr 2050 einen Beitragssatz von bis zu 29,8 % vorhersagt.

²² M. Arnold, in: Häfner, Gesundheit – unser höchstes Gut?, S. 247, 250; Ulsenheimer, MedR 1995, 438; den medizinischen Fortschritt generell als Kostenfaktor erwähnend etwa Schneider, NZS 1997, 267; v. Maydell, ArztR 2005, 88.

²³ Dietzel, DÄBl. 2002, A-1417.

²⁴ Kramer, MedR 1993, 345; Uhlenbruck, MedR 1995, 427; Marckmann, in: Kick/Taupitz, Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, S. 179, 180; Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315, 321.

²⁵ Laufs, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 2 Rn. 6.

²⁶ Katzenmeier, Arzthaftung, S. 11; Kopetsch, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 63; Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315, 321.

²⁷ Oberender, in: Nagel/Ch. Fuchs, Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, S. 10, 11 f.

²⁸ M. Arnold, in: Häfner, Gesundheit – unser höchstes Gut?, S. 247, 250.

durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in Deutschland seit dem Jahr 1800 von 35 Jahren auf über 70 Jahre mehr als verdoppelt.²⁹ Im Zeitraum von 1951 (früheres Bundesgebiet ohne West-Berlin und das Saarland) bis 2007 (gesamtes Bundesgebiet) stieg die Lebenserwartung für Neugeborene bei Frauen von 68 Jahren auf 82 Jahre, bei Männern von 65 auf 77 Jahre.³⁰ Für das Jahr 2050 geht eine Schätzung des Statistischen Bundesamtes von einer Lebenserwartung für Neugeborene von 88 Jahren (Frauen) und 83,5 Jahren (Männer) aus. Im Alter von 60 Jahren besteht dieser Schätzung zufolge eine fernere Lebenserwartung von 29,1 Jahren für Frauen und 25,3 Jahren für Männer.³¹ Mit der Zunahme der Lebenserwartung erhöht sich das Krankheitsvolumen,³² steigt die Zahl der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen sowie der multimorbiden Menschen an. Durch das Erreichen eines hohen Alters wird das Gesundheitssystem von immer mehr Menschen länger³³ und auch immer häufiger in Anspruch genommen.³⁴ Untersuchungen haben ergeben, dass 70 % der Arzneimittel im Bereich der GKV von Versicherten über 50 Jahren beansprucht werden. Versicherte über 60 Jahren beanspruchen mehr als 50 % aller Krankenhausaussgaben der Kassen.³⁵ Die höchsten Ausgaben der Krankenversicherung fallen in den letzten anderthalb Jahren des Lebens an.³⁶ Die Gesundheitsausgaben korrelieren daher nicht primär mit dem Alter, sondern vor allem mit der Nähe zum Tod.³⁷ Gleichwohl gibt es eine altersbedingte Ausgabensteigerung für die mit erheblichem medizinischem Aufwand überlebenden Patienten.³⁸ Auch betragen die Gesundheitskosten eines 90-Jährigen durchschnittlich das über 6-fache der Gesundheitskosten eines 12-jährigen Kindes.³⁹

Außerdem verschiebt sich die demographische Struktur der Gesellschaft weg von einer Alterspyramide hin zu einem Alterspilz.⁴⁰ Die Geburtenrate geht zurück und die Lebenserwartung steigt,⁴¹ so dass immer weniger junge Menschen immer mehr Älteren gegenüberstehen. Bei einer Einwohnerzahl von 69,35 Mio. waren in Deutschland im Jahr 1950 nur 6,75 Mio. (9,73 %) älter als 65 Jahre, dafür aber

²⁹ Uhlenbruck, MedR 1995, 427.

³⁰ Gerundete Werte nach StBA, Statistisches Jahrbuch 2009, S. 58.

³¹ StBA, Bericht über die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausentwicklung (2006), S. 17, als PDF-Datei kostenlos abrufbar unter www.destatis.de/shop - Suchbegriff „Bevölkerung2050“ (Abrufdatum: 21.12.2009)

³² Laufs, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 2 Rn. 5.

³³ Oberender, in: Nagel/Ch. Fuchs, Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen S. 12 f.

³⁴ Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315, 321; FAZ v. 4.9.2003, S. 12.

³⁵ Uhlenbruck, MedR 1995, 427.

³⁶ Richter, DStR 2007, 810.

³⁷ Marckmann, in: Schöne-Seifert/Buyx/Ach, Gerech behandelt?, S. 163, 165.

³⁸ Marckmann, in: Kick/Taupitz, Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, S. 179, 181.

³⁹ Dibbern, ZVersWiss 2004, 639, 640.

⁴⁰ Isensee, in: GS für Heinze, S. 417, 418; V. Neumann, NZS 2003, 113, 119; vgl. auch die anschauliche Grafik des StBA, Statistisches Jahrbuch 2009, S. 37.

⁴¹ Dibbern, ZVersWiss 2004, 639, 640.

22,1 Mio. Bundesbürger (31,87 %) jünger als 21. Im Jahr 2007 waren 16,52 Mio. (20,09 %) der 82,22 Mio. Einwohner älter als 65 Jahre, wohingegen 16,91 Mio. (20,57 %) jünger als 21 waren.⁴² Der prozentuale Anteil der genannten Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung hat sich demnach fast bis zur Egalität aufeinander zubewegt. 51,2 Millionen Menschen (62,2 % der Gesamtbevölkerung) befanden sich im Jahr 2000 im erwerbsfähigen Alter. Im Jahr 2050 werden es hingegen nur noch 35,5 Millionen (51,7 %) sein. Gleichzeitig aber steigt die Zahl der nicht mehr Erwerbsfähigen von 13,7 auf 22,9 Millionen (von 16,6 auf 33,3 % der Gesamtbevölkerung).⁴³

„Da viele Innovationen gerade älteren Patienten zugute kommen, wird vor allem die Interaktion von medizinischem Fortschritt und demografischem Wandel die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in die Höhe treiben.“⁴⁴

III. Defensivmedizin

Als ein weiterer zur Kostensteigerung beitragender Faktor wird mitunter die Haftungsjudikatur in Arztsachen und eine von dieser herrührende Verhaltensweise der Ärzteschaft, welche als „Defensivmedizin“ bezeichnet wird, angeführt.⁴⁵ Darunter versteht man ein Verhalten des Arztes, welches bei der Behandlung seines Patienten nichts mehr wagt oder vor allem die Absicherung gegen eine etwaige eigene Haftung verfolgt,⁴⁶ sei es als tatsächliche oder nur vermeintlich gebotene Konsequenz der Rechtsprechung zu Behandlungsfehlern.⁴⁷ Da sich der Haftungsmaßstab der Ärzte vereinfacht gesagt am medizinischen Standard orientiert, der mit fortschreitenden medizinischen Erkenntnis und Möglichkeiten ansteigt, wachsen auch die haftungsrechtlichen Anforderungen an die Ärzteschaft.⁴⁸ Anstatt sich alleine von ärztlichen Indikationen leiten zu lassen, spielen bei defensiver Medizin auch

⁴² Eigene Berechnung nach *StBA*, Statistisches Jahrbuch 2009, S. 42.

⁴³ *Beske*, *Rheinisches Ärzteblatt* 1/2008, 10.

⁴⁴ *Marckmann*, in: *Kick/Taupitz*, Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, S. 179, 181.

⁴⁵ *Brogli*, *ZaeFQ* 1997, 639, 641; *Ch. Fuchs*, Allokation der Mittel im Gesundheitswesen, S. 2; *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, S. 294; *ders.*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, X. Rn. 36; *Künschner*, *Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl*, S. 214; *Ulsenheimer*, *MedR* 1995, 438, 439; *ders.*, *Ausgreifende Arzthaftpflichtjudikatur und Defensivmedizin*, S. 23; *Sternberg-Lieben*, in: *FS für Weber*, S. 69, 70; a.A. *D. Giesen*, *JZ* 1990, 1053, 1064: Die Rechtsprechung zur Arzthaftung könne keine Grundlage für eine Defensivmedizin abgeben.

⁴⁶ *Künschner*, *Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl*, S. 214; *Ulsenheimer*, *MedR* 1995, 438, 439; *ders.*, *Ausgreifende Arzthaftpflichtjudikatur und Defensivmedizin*, S. 8 f.

⁴⁷ *Sternberg-Lieben*, in: *FS für Weber*, S. 69, 70.

⁴⁸ Einzelheiten zu den haftungsrechtlichen Anforderungen an den Arzt und zum medizinischen Standard wird im zweiten Teil der Untersuchung nachgegangen.

forensische Indikationen eine Rolle.⁴⁹ Im Extremfall therapiert oder diagnostiziert der Arzt ohne jede medizinische Indikation. Genaue Untersuchungen darüber, wie viele Mittel auf diese Art und Weise verschwendet werden, anstatt an anderer Stelle besser eingesetzt zu werden, existieren nicht. Die ausufernde Haftungsjudikatur zwingt die Ärzte aber zu einem übermäßigen Einsatz der zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren und trägt damit ihrerseits zur Ressourcenknappheit und zu einer Erhöhung der Ausgaben im Gesundheitswesen bei.⁵⁰ „Noch vor wenigen Jahren glaubten wir, daß Defensivmedizin in unserem Land kaum Bedeutung bekommen kann. Heute ist die Gefahr für eine solche Handlungsweise gegeben, da sich bei größeren, risikoreichen Eingriffen Sorge vor juristischen Folgen und hohe Behandlungskosten summieren“, so der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie *Rudolf Pichlmayr* im Jahre 1996.⁵¹ In einer aktuellen Interviewstudie zur Situation in deutschen Krankenhäusern wird das Haftungsrecht zwar kaum als Bedrohung wahrgenommen. Ganz oben stehe die medizinische beeinflusste Entscheidung.⁵² Ganz anders lautet der Tenor hingegen im „Ulmer Papier“, dem Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages. Dort heißt es: „Der Zielkonflikt zwischen ärztlicher Sorgfaltspflicht und Wirtschaftlichkeitsdruck belastet das Patient-Arzt-Verhältnis inzwischen in einem unerträglichen Ausmaß.“⁵³

Auf die zivilrechtliche Haftung des Arztes, auf Einzelheiten zum Begriff des medizinischen Standards sowie auf eine mögliche Konfliktsituation, der sich der Arzt aufgrund der immer höheren Haftungsanforderungen einerseits und dem damit verbundenen finanziellen Mehraufwand andererseits ausgesetzt sehen könnte, wird die Bearbeitung im zweiten Teil zurückkommen.

⁴⁹ *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 107 Rn. 7. Zu den konkreten Folgen einer defensiven Haltung vgl. *Ulsenheimer*, Ausgreifende Arzthaftpflichtjudikatur und Defensivmedizin, S. 9 f.

⁵⁰ *Ulsenheimer*, MedR 1995, 438, 439.

⁵¹ Zitiert nach *Zylka-Menhorn*, DÄBl. 1996, A-1087, A-1088; zu der Gefahr einer Defensivmedizin vgl. auch *Ulsenheimer*, Ausgreifende Arzthaftpflichtjudikatur und Defensivmedizin, S. 9; von *Franzki*, MedR 1994, 171, 177 hingegen stammt das Zitat: „Es ist ein Mißverständnis, wenn vielfach behauptet wird, die Rechtsprechung zwingt den Arzt zur vorsorglichen Abklärung auch entferntester Risiken und damit zu einer kostenaufwendigen Defensivmedizin.“

⁵² *Huster/Strech/Marckmann/Freyer/Börchers/A. Neumann/Wasem/Held*, MedR 2007, 703, 705.

⁵³ „Ulmer Papier“, Beschluss des 111. DÄT, DÄBl. 2008, A-1189, A-1195.

D. Die Reaktion des Gesetzgebers: Kostendämpfungsgesetze

I. Frühphase der Kostendämpfungsgesetzgebung

Nachdem der Gesetzgeber jahrelang mit lediglich selektiven Einzelmaßnahmen auf die zunehmenden Kosten reagierte,⁵⁴ begann im Jahre 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz⁵⁵ eine Phase der Ausgabendämpfung. 1982 folgte das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz,⁵⁶ 1983 und 1984 jeweils Haushaltsbegleitgesetze.⁵⁷ Diese Gesetze führten unter anderem zu einer Reihe von Selbstbeteiligungen, beim Zahnersatz, bei Brillen, Arznei- und Heilmitteln aufgrund von Gebühren pro verschriebener Leistung sowie bei Krankenfahrtkosten und Krankenhausaufenthalten. Bagatellarzneimittel wurden aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen und der Kreis der einbezogenen Einkommen in die Beitragspflicht wurde ausgeweitet.⁵⁸

II. Gesundheitsreformgesetz

Mit dem zum 1.1.1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz (GRG)⁵⁹ wurde die bisher in der RVO geregelte GKV im SGB V kodifiziert. Hauptziel des GRG war es, „die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken und dauerhaft zu stabilisieren“. ⁶⁰ Eingeführt wurden Festbeträge bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Veränderungen am System der Zuzahlungen wurden in Form der Erhöhung der Selbstbeteiligungen für Zahnersatz, Arznei- und Heilmittel sowie der stationären Behandlung vorgenommen.⁶¹

⁵⁴ *Jensen*, ZfSH/SGB 1986, 537, 542.

⁵⁵ Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG) v. 27.6.1977, BGBl. I 1977, S. 1069.

⁵⁶ Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz – KVEG) v. 22.12.1981, BGBl. I 1981, S. 1578.

⁵⁷ Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushaltes (Haushaltsbegleitgesetz 1983) v. 20.12.1981, BGBl. I 1982, S. 1857 u. Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitionshilfeabgabe (Haushaltsbegleitgesetz 1984) v. 22.12.1983, BGBl. I 1983, S. 1532.

⁵⁸ *Jensen*, ZfSH/SGB 1986, 537, 544; dort findet sich auch eine ausführliche Darstellung der einzelnen Maßnahmen der Kostendämpfungsgesetze.

⁵⁹ Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) v. 20.12.1988, BGBl. I 1988, S. 2477.

⁶⁰ Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, BT-Drs. 11/2237.

⁶¹ *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 17; *Kruse*, in: *LPK-SGB V*, Einf. Rn. 3; *Moormann*, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 114.

Schließlich trugen Leistungskürzungen (beim Sterbegeld, bei den Fahrkosten, den Badekuren, bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Brillen und Kontaktlinsen) dazu bei, dass das GRG insgesamt die Kosten primär auf die Patienten abwälzte.⁶²

Nachfolgend soll ein Überblick über die weiteren gesetzgeberischen Schritte zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erbracht werden. Da alleine das SGB V seit dem GRG bis Mitte des Jahres 2007 in rund 120 Gesetzen geändert wurde, was rund sieben ändernde Gesetze pro Jahr bedeutet,⁶³ wird sich die Darstellung auf die wichtigsten Gesetze beschränken. Der teilweise enorme Regelungsumfang von Reformgesetzen im Gesundheitswesen zwingt weiterhin dazu, nur auf die wesentlichen, für die weitere Untersuchung relevanten Maßnahmen der ausgewählten Gesetze einzugehen.

III. Gesundheitsstrukturgesetz

Auch die Bemühungen des GRG vermochten der Ausgabendynamik nicht entscheidend entgegenzuwirken. Schnell zeigte sich, dass die Maßnahmen des GRG nur kurzzeitig wirksam waren und die Ausgaben der Krankenkassen den Einnahmen in dramatischer Weise davonliefen.⁶⁴ Deshalb trat nur vier Jahre später, am 1.1.1993, das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)⁶⁵ in Kraft. Mit diesem wurde mit verschiedenen Mitteln versucht, den steigenden Beitragssätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenzuwirken.⁶⁶ Erklärtes Ziel der Bemühungen war es, die Bezahlbarkeit des Gesundheitswesens zu sichern.⁶⁷ Das GSG wendete sich mit seinen Maßnahmen gegen Unwirtschaftlichkeiten und Verschwendung, gegen Überkapazitäten und fehlgesteuerte Entwicklungen der Vergangenheit.⁶⁸

Das Gesetz brachte eine Budgetierung in nahezu allen Leistungsbereichen.⁶⁹ Zu nennen sind etwa ärztliche Honorare,⁷⁰ Krankenhausausgaben⁷¹ und Ausgaben für Arzneimittel.⁷² Ebenfalls budgetiert wurden die Verwaltungsausgaben der Kran-

⁶² Moormann, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 114

⁶³ Peters, in: KassKomm, Vor § 1 SGB V Rn. 5.

⁶⁴ Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 21; Moormann, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 115; Peters, in: KassKomm, Vor § 1 SGB V Rn. 29.

⁶⁵ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) v. 21.12.1992, BGBl. I 1992, S. 2266.

⁶⁶ Rüfner, NJW 1993, 753.

⁶⁷ Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 22.

⁶⁸ Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 26.

⁶⁹ Peters, in: KassKomm, vor § 1 SGB V Rn. 31.

⁷⁰ Ebsen, in: v. Maydell/Ruland/Becker, Sozialrechtshandbuch, § 15 Rn. 20; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25; Rüfner, NJW 1993, 753.

⁷¹ Genzel, MedR 1994, 83, 85; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25; Moormann, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 115; Rüfner, NJW 1993, 753, 754.

⁷² Ebsen, in: v. Maydell/Ruland/Becker, Sozialrechtshandbuch, § 15 Rn. 20; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25; Moormann, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 115; Rüfner, NJW 1993, 753, 755.

kenkassen je Mitglied.⁷³ Die Ausgaben dieser Bereiche durften im Zeitraum von 1993 bis 1995 jeweils nicht stärker steigen als das beitragspflichtige Lohnneinkommen.⁷⁴ Das Gesetz zielte auch insgesamt auf eine dauernde Anbindung der Ausgaben an die Grundlohnentwicklung.⁷⁵ In der Krankenhausfinanzierung wurden stufenweise das Selbstkostendeckungsprinzip aufgehoben und für die Zeit nach dem Auslaufen der Budgetierung leistungsorientierte Fallpauschalen eingeführt.⁷⁶

Für Arzneimittel sollte vom neu zu gründenden Institut für Arzneimittel in der Krankenversicherung eine Positivliste erstellt werden, die alle verschreibungsfähigen Arzneimittel enthalten sollte.⁷⁷ Die Regelung wurde allerdings Ende 1995 wieder gestrichen, nachdem das Institut einen ersten Entwurf vorgelegt hatte.⁷⁸

Für die Patienten wurden die Zuzahlungen für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte und Kuren erhöht⁷⁹ und die Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen für Erwachsene und für Zahnersatz eingeschränkt.⁸⁰ Für die Jahre 1993 und 1994 wurde eine Preissenkung von fünf Prozent auf verschreibungspflichtige und zwei Prozent auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel verfügt, soweit keine Festbeträge festgesetzt wurden.⁸¹

Die Zahl der zugelassenen Ärzte wurde begrenzt und im Bereich der Kassenorganisation eine Neuordnung der Selbstverwaltung vorgenommen.⁸² Das GSG

⁷³ *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25; *Rüfner*, NJW 1993, 753, 756.

⁷⁴ *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25, *Moormann*, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 115; *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer* GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 c.

⁷⁵ *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 22; *Rüfner*, NJW 1993, 753, 757. Als Grundlohnsumme wird die Summe der beitragspflichtigen Einkommen aller Mitglieder der Krankenkassen in einer Zeitperiode bezeichnet, vgl. *Preusker*, Lexikon Gesundheitsmarkt, Grundlohnsumme, S. 196.

⁷⁶ *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 24; *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer* GKV-Kommentar SGB V SGB V, Einf. Rn. 16 d.

⁷⁷ *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 24 f., *Rüfner*, NJW 1993, 753, 755, *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 h, 214, 401.

⁷⁸ *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 25, *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 h; wie sich zeigen wird, ist die Einführung oder Streichung einer Positivliste regelmäßig Gegenstand von Reformen.

⁷⁹ *Ebsen*, in: v. *Maydell/Ruland/Becker*, Sozialrechtshandbuch, § 15 Rn. 20; *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25; *Rüfner*, NJW 1993, 753, 757.

⁸⁰ *Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 24; *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 25; *Rüfner*, NJW 1993, 753, 754.

⁸¹ *Moormann*, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 115; *Rüfner*, NJW 1993, 753, 755; *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 c.

⁸² *Peters*, in: *KassKomm*, vor § 1 SGB V Rn. 31; *Rüfner*, NJW 1993, 753, 754, 756.

fürhte außerdem einen kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich ein, der dem Abbau extrem hoher Unterschiede bei den Beitragssätzen dienen sollte, die aus dem beitragspflichtigen Einkommen, der Zahl der mitversicherten Angehörigen, dem Alter und dem Geschlecht resultieren. Ab 1996 bestand ein freies Kassenwahlrecht für gesetzlich Krankenversicherte.⁸³

Die mit 10 Mrd. DM angegebenen Einsparungen des GSG wirkten sich nur bis 1994 aus. Schon 1995 wies die GKV wieder ein Defizit von sieben Mrd. DM auf, was Beitragssatzerhöhungen nach sich zog.⁸⁴

IV. Krankenversicherungsneuordnungsgesetze

Als sogenannte dritte Stufe der Gesundheitsreform traten am 1.7.1997 das Erste und das Zweite Krankenversicherungsneuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG) in Kraft.⁸⁵ Da der Bundesrat gegen das ursprünglich zur Fortführung der Reformen vorgesehene Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (GKVWG)⁸⁶ Einspruch einlegte, der Vermittlungsausschuss dem Bundestag die Ablehnung des Gesetzentwurfes empfahl und das Gesetzgebungsverfahren scheiterte,⁸⁷ stellten die beiden mit der Mehrheit der Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP verabschiedeten Gesetze nur noch Rudimente des ursprünglich weiterreichenden Konzeptes des GKVWG dar.⁸⁸ Das Hauptanliegen der dritten Reformstufe war wieder einmal die Beitragsstabilität.⁸⁹ Während das GSG versuchte, hauptsächlich auf der Angebotsseite anzusetzen, fanden sich insbesondere im 2. GKV-NOG auf der Nachfrageseite ansetzende Instrumente.⁹⁰

⁸³ Ebsen, in: v. Maydell/Ruland/Becker, Sozialrechtshandbuch, § 15 Rn. 20; Kopetsch, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 24; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 23; Moormann, Rationierung im deutschen Gesundheitswesen?, S. 116; Peters, in: KassKomm, vor § 1 SGB V Rn. 31; Rüfner, NJW 1993, 753, 756; Schlegel, in: Küttner/Röller, Personallbuch 2007, Krankenversicherungsbeiträge Rn. 68; Wasem, in: Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 f, 16 i.

⁸⁴ Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 26.

⁸⁵ Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. GKV-Neuordnungsgesetz – 1. NOG) v. 23.6.1997, BGBl. I 1997, S. 1518 u. Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. NOG), v. 23.6.1997, BGBl. I 1997, S. 1520.

⁸⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG) v. 30.1.1996, BT-Drs. 13/3608.

⁸⁷ Wasem, in: Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 j.

⁸⁸ Kruse, in: Kruse/Hänlein, LPK-SGB V, Einl. Rn. 7.

⁸⁹ Krasney, NJW 1998, 1737, 1738; Kruse, in: Kruse/Hänlein, LPK-SGB V, Einl. Rn. 7.

⁹⁰ Wasem, in: Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 16 l.

Im 1. GKV-NOG wurde eine Koppelung von Beitragssatzerhöhungen einzelner Krankenkassen an Zuzahlungserhöhungen geregelt. Jede Erhöhung des Beitragssatzes um jeweils 0,1 Prozentpunkte zog eine um eine DM bzw. um einen Prozentpunkt höhere Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationskosten und zu den Fahrtkosten nach sich. Ausnahmen bestanden nur bei nachweislich durch höhere Verpflichtungen aufgrund des Risikostrukturausgleichs erforderlichen⁹¹ und durch das GKV-Finanzierungsstärkungsgesetz (GKVFG)⁹² bedingten Beitragserhöhungen.⁹³ Für den Fall einer Beitragserhöhung wurde sowohl Pflicht- als auch freiwillig Versicherten ein außerordentliches Kündigungsrecht eingeräumt.⁹⁴

Zugunsten chronisch Kranker wurde in § 62 SGB V eine Härtefallregelung geschaffen, nach der diese, wenn sie wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze (zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) aufgebracht haben, nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer der Behandlung nunmehr nur noch ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zuzuzahlen haben.⁹⁵

Neben einer erneuten einmaligen Anhebung der Zuzahlungen um fünf DM bzw. fünf Prozentpunkte⁹⁶ wurde mit dem 2. GKV-NOG auch neue Zuzahlungen eingeführt⁹⁷ und eine dynamisierte Erhöhung alle zwei Jahre festgelegt.⁹⁸ Im Bereich des Zahnersatzes wurden die prozentualen Zuschüsse der Krankenkassen durch Festzuschüsse abgelöst.⁹⁹

Zunehmend hielten Elemente der privaten Krankenversicherung (PKV) im System der GKV Einzug. Anstelle von Sachleistungen konnten fortan nicht nur die freiwillig Versicherten, sondern alle Mitglieder der GKV Kostenerstattung wäh-

⁹¹ *am Orde*, SozSich 1997, 241, 243; *Krasney*, NJW 1998, 1737, 1738; *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 36.

⁹² Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzierungsstärkungsgesetz – GKVFG) v. 24.3.1998, BGBl. I 1998, S. 526.

⁹³ *Krasney*, NJW 1998, 1737, 1738.

⁹⁴ *Krasney*, NJW 1998, 1737, 1738; *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 36; *am Orde*, SozSich 1997, 241, 245; *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 249.

⁹⁵ *Krasney*, NJW 1998, 1737 f.; *am Orde*, SozSich 1997, 241, 246.

⁹⁶ *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37; *am Orde*, SozSich 1997, 241, 243, 247, eine tabellarische Übersicht der Zuzahlungen findet sich auf S. 244; *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 258 f., 261, 267.

⁹⁷ Für Einlagen, Bandagen und Kompressionstherapie, vgl. die tabellarische Darstellung bei *am Orde*, SozSich 1997, 241, 244; s. ferner *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 260.

⁹⁸ *Wasem*, in: *Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer*, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 270.; *am Orde*, SozSich 1997, 241, 243, 247.

⁹⁹ *Krauskopf*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37; *am Orde*, SozSich 1997, 241, 248.

len.¹⁰⁰ Für den Bereich des Zahnersatzes wurde die Kostenerstattung zwingend vorgeschrieben,¹⁰¹ der Versicherte also diesbezüglich im Verhältnis zum Zahnarzt Privatpatient.¹⁰² Als Satzungsleistungen wurde die Einführung von erhöhten Selbstbehalten, Beitragsrückzahlungen,¹⁰³ Zuzahlungsdifferenzierungen (mit Beitragsermäßigung) und erweiterte Leistungen¹⁰⁴ ermöglicht.

Auf dem Krankenhaussektor wurde die Festsetzung neuer und die Fortentwicklung bereits bestehender Fallpauschalen und Sonderentgelte der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Krankenhäusern übertragen. Instandhaltungskosten wurden in den Jahren 1997 bis 1999 pauschal mit 1,1 % der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung im Pflegesatz berücksichtigt, solange nicht das zuständige Bundesland diese Kosten trug.¹⁰⁵ In demselben Zeitraum hatten Versicherten jährlich als „Notopfer“ 20 DM selbst zu tragen, die ebenfalls für die Instandhaltung von Krankenhäusern gedacht waren.¹⁰⁶

Zahlreiche Maßnahmen der beiden GKV-NOG hatten nach dem Regierungswechsel im Jahr 1998 keinen Bestand mehr. Ende 1998 schaffte die neue Bundesregierung, bestehend aus SPD und Bündnis 90 / Die Grünen, mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)¹⁰⁷ die Koppelung von Beitragssatzerhöhungen an die Erhöhung von Zuzahlungen,¹⁰⁸ die dynamische Erhöhung der Zuzahlungen alle zwei Jahre,¹⁰⁹ die Festzuschüsse beim Zahnersatz,¹¹⁰ die privatversicherungsrechtlichen Elemente der Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung auch

¹⁰⁰ Ebsen, in: v. Maydell/Ruland/Becker, Sozialrechtshandbuch, § 15 Rn. 21; Krasney, NJW 1998, 1737, 1738; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37; am Orde, SozSich 1997, 241, 247.

¹⁰¹ Am Orde, SozSich 1997, 241, 247.

¹⁰² Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37, 49.

¹⁰³ Krasney, NJW 1998, 1737, 1740 f.; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37, am Orde, SozSich 1997, 241, 247; Wasem, in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 265.

¹⁰⁴ Krasney, NJW 1998, 1737, 1741; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37, Wasem, in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 265 f.

¹⁰⁵ Krasney, NJW 1998, 1737, 1744; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37.

¹⁰⁶ Krasney, NJW 1998, 1737, 1744, der auf die Bezeichnung „Notopfer“ verzichtet; Krauskopf, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 23 Rn. 37; am Orde, SozSich 1997, 241, 249.

¹⁰⁷ Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsgesetz – GKV-SolG) v. 19.12.1998, BGBl I 1998, S. 3853; dazu Krasney, NJW 1999, 1745.

¹⁰⁸ Wasem, in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 250, 371.

¹⁰⁹ Wasem, in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 270.

¹¹⁰ Wasem, in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Einf. Rn. 257.

Kostendruck und Standard

Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den
Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen
und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard
Arnade, J.

2010, XVIII, 271 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-11945-3