

## 10. Ausgaben und Finanzierung

### 10.1 Ausgewählte Schwerpunkte

#### 10.1.1 Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) - Erste Bilanz für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Berlin

##### *Gesetzliche Neuregelungen für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versicherten*

Das *Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)* trat zum 01. Januar 2004 mit dem Ziel in Kraft, den solidarischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft zu erhalten und zu stabilisieren. Das GMG umfasst strukturelle Reformen, um Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und Anreize zu schaffen, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Gleichzeitig werden die Eigenverantwortung und die Beteiligungsrechte der gesetzlich Versicherten gestärkt. Durch die Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll das Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragssätzen auch weiterhin gesichert werden. Die Krankenkassen werden mit einem Bündel von Maßnahmen entlastet, zu dem die Kassen selbst und ihre Versicherten sowie die Leistungserbringer und der Bund ihren Beitrag leisten müssen. Hier die wichtigsten Neuregelungen:

##### *Modernisierung der Strukturen des Gesundheitssystems*

*Einführung von medizinischen Versorgungszentren:* Mit der Gesundheitsreform wird bundesweit die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht. In den MVZ arbeiten Ärztinnen und Ärzte vertragsärztlich oder angestellt in unterschiedlichen Fachrichtungen und andere Leistungserbringer - wie z. B. Physiotherapiepraxen und andere nichtärztliche Heilberufe - unter einem Dach eng zusammen. Die Patientinnen und Patienten sowie die Leistungserbringer profitieren von dieser Versorgungsform. So werden z. B. Medikamente besser abgestimmt und Doppeluntersuchungen vermieden. Der Weg zur Gesundheit ist kürzer. Bis Ende 2004 waren bereits bundesweit 70 MVZ rechtskräftig zugelassen (vgl. auch Schwerpunkt 6.1.1).

*Strukturierte Behandlungsprogramme:* Seit der Gesundheitsreform können die Krankenkassen chronisch Kranken einen Bonus gewähren, wenn diese in einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm - DMP) für bestimmte chronische Krankheiten wie u. a.

Disease-Management-  
Programm für chroni-  
sche Krankheiten

Diabetes mellitus, Brustkrebs, koronare Herzkrankheiten eingeschrieben sind. Zur Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung arbeiten in diesen Programmen Ärztinnen/Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Vertreter/innen anderer Gesundheitsberufe koordiniert zusammen. Dadurch wird den chronisch Kranken die bestmögliche medizinische Versorgung gewährt. Nach Aussagen der gesetzlichen Krankenkassen waren bis Ende 2004 insgesamt über 1,3 Millionen Versicherte in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben. Um diese Disease-Management-Programme finanzieren zu können, erhalten die Krankenkassen einen Finanzausgleich im Rahmen des bundesweiten Risikostrukturausgleichs.

*Integrierte Versorgung:* Mit dem GMG soll der Abschluss neuer Verträge zur integrierten Versorgung vorangetrieben werden. Die engmaschige Kooperation von Klinik- und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten sowie weiteren Gesundheitsberufen ist ein Schritt zur besseren und effizienteren Versorgung von Patientinnen und Patienten. Mit dem GMG werden finanzielle Anreize geschaffen, die der patientenorientierten und sektorenübergreifenden integrierten Versorgung den Weg ebnen. Am Jahresende 2004 waren insgesamt bundesweit 342 Verträge gemeldet mit einem Finanzvolumen von rd. 157 Millionen Euro.

### Finanzierung der GKV

**Beitragsatzsenkungen und Schuldenabbau:** Das GMG verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der finanziellen Entlastungseffekte, die sich durch eine Reihe von Maßnahmen ergeben, zur Senkung der Beitragsätze. Sie haben damit auch zur Senkung der Lohnnebenkosten ihren Beitrag zu leisten. Zugleich besteht für sie die gesetzliche Verpflichtung zum stufenweisen Abbau der Verschuldung sowie zur Auffüllung der Rücklagen bis Ende 2007. Im Jahr 2004 hat es bereits Beitragsatzsenkungen für rund 28 Millionen Versicherte gegeben. Anfang 2005 haben Kassen mit rund 3,5 Millionen Versicherten ihre Beitragssätze gesenkt.

**Begrenzung der Verwaltungskosten 2004 - 2007:** Mit dem GMG ist die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen und ihrer Verbände zur Begrenzung der Verwaltungskosten weiter modifiziert worden, um dem überdurchschnittlichen Anstieg der Verwaltungsausgaben der letzten Jahre entgegenzusteuern. Das bedeutet, dass die Verwaltungskosten je Versicherten in den Jahren 2004 - 2007 nicht stärker steigen dürfen als die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Liegen die Verwaltungskosten einer Krankenkasse je Versicherten mehr als zehn Prozent über dem Durchschnitt, dann werden sie auf dem gegebenen Niveau eingefroren.

**Herstellung von Finanztransparenz:** Das GMG verpflichtet die Krankenkassen, ihre Mitglieder in der Mitgliederzeitschrift über die Verwendung der Mittel im Vorjahr zu unterrichten, dabei sind die Verwaltungsausgaben gesondert auszuweisen, und zwar auch bezogen auf den Beitragssatz. Ebenfalls besteht die Pflicht zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter für Krankenkassen und ihre Verbände.

Kassen erhalten Ausgleich der Ausgaben für gesamtgesellschaftliche Leistungen

**Bundeszuschuss zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen:** Der Bund zahlt ab 01.01.2004 aus Steuermitteln einen Zuschuss an die Krankenkassen zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes und die beitragsfreie Versicherung während der Elternzeit. Damit erhalten die Kassen erstmals einen Ausgleich der Ausgaben für gesamtgesellschaftliche Leistungen zum Wohle der Allgemeinheit. Die Gegenfinanzierung des Bundeszuschusses erfolgt durch eine stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer.

### Was ändert sich für die gesetzlich Versicherten ab 01.01.2004

#### Praxisgebühr

Die Einführung der Praxisgebühr soll zu einem bewussteren Umgang mit dem Gesundheitssystem führen und zugleich die Rolle des Hausarztes als Partner stärken. Seit 01.01.2004 müssen alle gesetzlich Versicherten - außer Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr - eine Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal für die Inanspruchnahme der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen zahlen. Bei Überweisungen wird keine weitere Praxisgebühr für das jeweilige Quartal fällig. Ausnahmen: Kontrollbesuche beim Zahnarzt (2-jährlich), Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen (vgl. auch Schwerpunkt 11.1.2 - Teilindex Gesundheitspflege).

#### Zuzahlungsregelungen

Die Zuzahlungsregelungen seit dem 01.01.2004 gelten für nahezu alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierunter fallen Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalte, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe. Grundsätzlich leisten die Versicherten Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Es sind jedoch nie mehr als die jeweiligen Kosten des Mittels zu entrichten. Bei Krankenhausbehandlung und bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sind 10 EUR pro Tag, jedoch begrenzt

auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr zu entrichten. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich zuzahlungsfrei.

#### *Zuzahlungsbefreiung*

Frühere Zuzahlungsbefreiungen in Form von Befreiungskarten haben zum 01.01.2004 ihre Gültigkeit verloren. Damit bei den Zuzahlungen die soziale Balance gewahrt bleibt, wurden Belastungsgrenzen festgelegt. Kein Versicherter muss in einem Kalenderjahr mehr als zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung leisten. Für schwerwiegend chronisch kranke Menschen gilt eine Belastungsgrenze von einem Prozent. Diese Grenze gilt für den gesamten Familienhaushalt. Sobald die Belastungsgrenzen aufgrund der erfolgten Zuzahlungen im Laufe des Jahres erreicht sind, stellt die Krankenkasse nach Prüfung der Voraussetzungen einen Befreiungsausweis aus, der den Versicherten und die mitversicherten Familienmitglieder für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

#### *Leistungseinschränkungen*

*Fahrkosten zur ambulanten Behandlung* werden grundsätzlich nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. In besonderen Fällen - wenn es medizinisch zwingende Gründe gibt - kann die Krankenkasse eine Genehmigung zur Übernahme der Fahrkosten erteilen. In diesen Fällen müssen die Versicherten zehn Prozent der Fahrkosten, aber mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro zuzahlen. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen.

Für *Sehhilfen und Brillen* wird grundsätzlich kein Zuschuss mehr von den Krankenkassen gewährt. Eine Leistungsanspruchnahme besteht jedoch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.

*Sterbegeld und Entbindungsgeld* sind seit dem 01.01.2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Die Finanzierung muss zukünftig von den Versicherten selbst übernommen werden, wie zum Beispiel durch eine privat finanzierte Sterbegeldversicherung. Weitere *Leistungseinschränkungen* bestehen für künstliche Befruchtung, Sterilisation, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Lifestyle Präparate. Hier gibt es zum Teil Ausnahmeregelungen zur Kostenübernahme, über die sich die Versicherten bei den Krankenkassen informieren können.

#### *Stärkung der Patientenrechte*

Die Stärkung der Rechte und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform.

*Patientenbeauftragte der Bundesregierung:* Mit der neu geschaffenen Funktion werden die Interessen der Versicherten gestärkt. Sie vertritt die Belange der Versicherten im ständigen Dialog mit Patientenverbänden, den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Die Patientinnen und Patienten können sich mit Anfragen und Beschwerden direkt an sie wenden (vgl. auch Schwerpunkt 5.1.10).

*Patientenquittung:* Mit der Einführung der Patientenquittung hat jeder Versicherte das Recht und die Möglichkeit sich vom behandelnden Arzt bescheinigen zu lassen, welche Leistungen dieser erbracht hat und welche Kosten hierdurch für die Krankenkasse entstehen. Dies bedeutet mehr Transparenz für die Versicherten und fördert den bewussteren Umgang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.

Förderung eines bewussteren Umgangs mit der Leistungsanspruchnahme

*Patienteninteressen:* Die organisierten Patienteninteressen, d. h. Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeorganisationen, werden durch die Stärkung der Mitspracherechte in die Entscheidungsprozesse der verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens eingebunden.

## **Die wichtigsten Änderungen im Jahr 2005**

### *Festzuschüsse beim Zahnersatz*

Ab 01.01.2005 erhalten alle gesetzlich Versicherten einen Festzuschuss bei Zahnersatz (für Brücken, Kronen und Prothesen), der sich an dem jeweiligen Befund orientiert. Die Zuschüsse decken mindestens 50 Prozent der vorher festgelegten, medizinisch notwendigen Regelversorgung. Weiterhin gilt die Bonusregelung bei regelmäßiger Zahn-Vorsorge, d. h. einen Bonus auf den Festzuschuss von bis zu 15 Prozent erhalten die Patientinnen und Patienten, die in den letzten fünf bzw. zehn Jahren mindestens einmal jährlich beim Zahnarzt waren.

Versicherte, die sich für eine höherwertige Versorgung (z. B. Implantat statt Brücke) entscheiden, müssen für die Mehrkosten gegenüber dem Festzuschuss aufkommen.

### *Arzneimittel-Festbeträge*

Für bestimmte patentgeschützte Arzneimittel gelten ab 01.01.2005 Festbeträge, soweit sie nicht einen therapeutischen Zusatznutzen beinhalten. Die Krankenkassen übernehmen für diese Medikamente die Kosten jeweils nur bis zu den dafür festgelegten Beträgen. Verschreibt der Arzt/die Ärztin ein Arzneimittel, dessen Preis über diesem Festbetrag liegt, bezahlt der Versicherte die Differenz. Die Ärzte/Ärztinnen sind verpflichtet, den Patienten/die Patientin vorab über diese Kosten aufzuklären. Die gesetzlichen Vorgaben sehen vor, dass eine ausreichende Auswahl von vergleichbaren Arzneimitteln unter oder zum Festbetrag zur Verfügung steht.

### *Sonderbeitrag von 0,9 Beitragssatzpunkten*

Alle gesetzlich Krankenversicherten müssen ab 1. Juli 2005 einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens zahlen. Daran beteiligen sich die Arbeitgeber nicht. Die Krankenkassen sind per Gesetz dazu verpflichtet, gleichzeitig eine Beitragssatzsenkung um 0,9 Beitragssatzpunkte vorzunehmen. Der Beitrag der Versicherten steigt dadurch letztlich um 0,45 Prozentpunkte, die Arbeitgeber werden um 0,45 Prozentpunkte entlastet.

### *Elektronische Gesundheitskarte*

Das GMG hat die rechtliche Grundlage für die schrittweise Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Jahr 2006 geschaffen. Sie wird die bisherige Krankenversicherungskarte ablösen und technisch so entwickelt sein, dass neben ihren administrativen Daten auch Gesundheitsdaten gespeichert werden können. Der medizinische Teil darf nur auf freiwilliger Basis genutzt werden. Ziele der elektronischen Gesundheitskarte sind:

- Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, insbesondere der Arzneimittelsicherheit,
- Verbesserung patientenorientierter Dienstleistungen (z. B. elektronisches Rezept),
- Stärkung der Eigenverantwortung und Mitwirkungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten,
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen.

## **Bisherige Bilanz der Gesundheitsreform: Nach kurzer Atempause im Jahr 2004 erneute Beschleunigung der Ausgabendynamik**

### *Trotz positiver Finanzentwicklung nur geringe Spielräume für Beitragssatzsenkungen*

GKV-Einnahmen zu  
97 % aus Beiträgen

**Einnahmeentwicklung:** Die Einnahmen der Kassen werden zu rd. 97 % aus Beiträgen und zu 3 % aus sonstigen Einnahmen aufgebracht. Der mit dem GMG eingeführte Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung von versicherungsfremden Leistungen betrug im Jahr 2004 1 Mrd. Euro - dies entsprach einem Viertel der sonstigen Einnahmen - und im Jahr 2005 2,5 Mrd. Euro - dies entsprach rund der Hälfte der sons-

tigen Einnahmen. Im Jahr 2004 erzielten die Kassen gegenüber dem Vorjahr Mehreinnahmen in Höhe von 2,6 Mrd. Euro. Diese sind insbesondere auf die Erhöhung der Beiträge für Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit sowie auf die Einführung des Bundeszuschusses zurückzuführen.

Im Jahr 2005 stiegen die Einnahmen zwar erneut, blieben aber hinter den Erwartungen zurück, weil u. a. der Anteil beitragsfreier Mitglieder sowie Versicherte mit niedrigen Beiträgen zunahm und die Anzahl der Versicherten sank.

*Ausgabenentwicklung:* Im Jahr 2004 war ein Ausgabenrückgang um 4,9 Mrd. Euro zu verzeichnen, der insbesondere auf geringere Leistungs- und Verwaltungsausgaben zurückzuführen war.

Die Leistungsausgaben je Mitglied konnten insgesamt um 3,5 % abgesenkt werden, wobei insbesondere in den Leistungsbereichen ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld und Fahrkosten GMG-Entlastungseffekte erzielt werden konnten.

Die AOK Berlin liegt mit einem Rückgang der Leistungsausgaben um 3,2 % je Mitglied im Bundes-trend, wobei die Mitgliedsausgaben mit 3.406 Euro noch weit über dem GKV-Bundesdurchschnittswert von 2.591 Euro liegen (vgl. Tabellen 10.2.1 und 10.2.3).

Im Jahr 2005 nahmen bundesweit die Ausgaben wieder zu. Mit ca. 3,3 % Steigerung je Mitglied liegt die Ausgabendynamik 2005 nach der Atempause im Jahr 2004 wieder über dem Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2003 und konnte trotz der strukturellen Reformen nicht nachhaltig gebremst werden.

*Rechnungsergebnisse:* Die Kassen hatten das Jahr 2003 mit einem Defizit in Höhe von 3,4 Mrd. Euro abgeschlossen. Aufgrund der Mehreinnahmen und der Minderausgaben erreichten sie im Jahr 2004 einen Überschuss von rund 4,02 Mrd. Euro (alte Bundesländer 2,88 Mrd. Euro, neue Bundesländer 1,14 Mrd. Euro). Mit diesem Finanzergebnis konnte ein erheblicher Teil des zum Jahresende 2003 saldierten Schuldenstandes in der GKV von knapp 6 Mrd. Euro auf 1,8 Mrd. Euro zurückgeführt werden.

Im Jahr 2005 haben die Kassen nach den vorliegenden vorläufigen Finanzergebnissen mit einem Überschuss von rd. 1,8 Mrd. Euro abgeschlossen (alte Bundesländer rd. 1,1 Mrd. Euro, neue Bundesländer rd. 700 Mio. Euro). Ohne den Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung von versicherungsfremden Leistungen in Höhe von 2,5 Mrd. Euro hätte die GKV das Jahr 2005 jedoch mit einem negativen Finanzsaldo abgeschlossen (vgl. Tabelle 10.2.17).

Positiver Finanzsaldo  
2005 aufgrund des  
Bundeszuschusses für  
versicherungsfremde  
Leistungen

*Beitragssatzentwicklung in der GKV:* Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV von 14,31 % Ende des Jahres 2003 konnte im Folgejahr auf 14,22 % zurückgeführt werden. Anstatt der vom Gesetzgeber prognostizierten 0,7 Beitragssatzpunkte sank der Beitragssatz im Jahresdurchschnitt 2004 damit lediglich um 0,09. Ohne die Einsparungen aus der Gesundheitsreform wäre der Durchschnittsbeitragssatz jedoch auf 15 Prozent gestiegen. Auch im zweiten Jahr nach dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes sind die ursprünglich angestrebten Beitragssatzsenkungen ausgeblieben. Bis zum Ende 2005 sank der durchschnittliche Beitragssatz nur um 0,17 Beitragssatzpunkte von 14,31 % im Jahre 2003 auf 14,14 %<sup>1</sup> im Jahresdurchschnitt 2005 anstatt um die vom Gesetzgeber prognostizierten 1,0 Beitragssatzpunkte (vgl. Tabelle 10.2.16).

Die Ursache für diese Entwicklung ist vor allem in der weiteren Verschlechterung der Einnahmesituation der GKV zu sehen, bedingt durch anhaltende Konjunkturschwäche und Verschiebung von Leistungen zwischen den Sozialversicherungen zu Lasten der GKV. Zudem hat die Gesundheitsreform zwar eine Reduktion des Ausgabenniveaus, aber keine nachhaltige Verlangsamung der Ausgabendynamik bewirkt.

<sup>1</sup> Summe des allgemeinen Beitragssatzes und des zusätzlichen Beitragssatzes von 0,9 % zum 01.07.2005.



### *Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die AOK Berlin*

Die AOK Berlin liegt mit ihrem Beitragssatz von 15,5 % weiterhin erheblich über dem GKV-Bundesdurchschnitt und den Beitragssätzen der Barmer Ersatzkasse mit 14,7 %, der Technikerkrankenkasse mit 13,7 % und der BKK Verkehrsbau-Union mit 13,6 %, die den Wettbewerb in der Kassenlandschaft von Berlin maßgebend mitbestimmen (vgl. Tabelle 10.2.19).

Obwohl die Jahresbilanz 2004 der AOK Berlin unter Berücksichtigung der Strukturhilfefzahlungen aus dem AOK-System in Höhe von rd. 63 Mio. Euro ein positives Ergebnis ausweist und auch 2005 ein Überschuss erzielt werden konnte, besteht für eine Beitragssatzsenkung angesichts der weiterhin angespannten Finanzlage und des laut GMG verpflichtenden Schuldenabbaus - schrittweise Entschuldung bis Ende 2007 - kein Spielraum.

#### **Geringe Entlastungseffekte durch das GMG bei der AOK Berlin**

Die Entlastungseffekte der Gesundheitsreform wirken bei der AOK Berlin weitaus geringer als bei anderen gesetzlichen Krankenkassen. So sind die Zuzahlungen der AOK-Versicherten (darunter ein hoher Anteil Rentner) im stärkeren Umfang als bei anderen Krankenkassen durch die gewährten Zuzahlungsbefreiungen begrenzt. Weiterhin ist die AOK Berlin durch den hohen Anteil an kranken - vor allem chronisch und schwerkranken - Versicherten belastet. Diese Morbiditätsrisiken werden im Risikostrukturausgleich bisher nicht berücksichtigt und führen zu überdurchschnittlich hohen Ausgaben für diesen Versichertenkreis.

Infolge des weiter anhaltenden Mitgliederrückgangs (2004: -3,6 % zum Vorjahr) und des steigenden Rentneranteils, der bei rd. 52 % liegt, sowie der gesamtwirtschaftlichen schwierigen Rahmenbedingungen in Berlin hat die Kasse gegenüber 2003 Beitragsmindereinnahmen von 22,1 Mio. Euro zu verzeichnen, die nicht durch die Einspareffekte der Gesundheitsreform kompensiert werden konnten (vgl. Tabellen 10.2.12 und 10.2.15).

### *Ausgabenentwicklung in ausgewählten Leistungsbereichen*

**Praxisgebühr entfaltet Steuerungsfunktion:** Im ambulanten Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sind im GKV-Bundesdurchschnitt Ausgabenrückgänge je Mitglied von 6,0 % bzw. 5,3 % gegenüber 2003 zu verzeichnen.

Bei der AOK Berlin konnten die Ausgaben je Mitglied für ärztliche Behandlung um 2,5 % und für zahnärztliche Behandlung um 3,7 % reduziert werden (vgl. Tabelle 10.2.1). Die vereinnahmte Praxisgebühr für Versicherte der AOK Berlin wird mit rd. 22,4 Mio. Euro beziffert. Bundesweit ist aufgrund der Einführung der Praxisgebühr im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der Behandlungsfälle 2004 um 8,7 % zu verzeichnen. Bei den Fachärzten gab es teilweise zweistellige Fallzahlrückgänge. In Berlin suchten im ersten Quartal 2004 rund 9 % weniger Patientinnen und Patienten eine Arztpraxis auf. Dieser Trend hielt das gesamte Jahr 2004 an und führte im 4. Quartal 2004 über alle Fachgruppen hinweg zu einem Rückgang der Behandlungsfälle um 9,5 % und im fachärztlichen Bereich sogar um 10,5 % (vgl. auch Tabellen 7.2.29 und 7.2.30).

**Arzneimittelausgaben:** Im Arzneimittelbereich, der ca. 20 % der gesamten Leistungsausgaben abdeckt, lagen die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied im Jahr 2004 um 9,7 % bzw. um insgesamt rd. 2,4 Mrd. Euro unter denen des Jahres 2003.

Hier liegt die AOK Berlin mit einem Ausgabenrückgang von 11,7 % je Mitglied noch über dem Bundesrend. Die Ausgaben je Mitglied in Höhe von 570 Euro betragen jedoch deutlich mehr als im GKV-Bundesdurchschnitt, der 2004 bei 431 Euro je Mitglied lag. Zurückzuführen ist dies vor allem auf die ungünstige Versichertenstruktur und höhere Inanspruchnahme (vgl. Tabellen 10.2.1 und 10.2.3). Entscheidenden Anteil an der Ausgabenreduzierung haben die Neuregelungen für Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandsmitteln, die Wiedereinführung der Festbetragsregelungen und die Streichung der Finanzierung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch die Kassen. Diese führten zu einem Mengenrückgang sowie zu Preis- und Struktureffekten.

Ein weiteres Einsparpotential brachte die Zusammenarbeit mit Versandhandelsapotheken. Bundesweit wurde im Jahr 2004 über 1.000 Apotheken die Genehmigung zum Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln erteilt.

Bei der positiven Ausgabenentwicklung im Jahr 2004 ist jedoch der hohe Vorzieheffekt zum Jahresende 2003 zu berücksichtigen. Hier wurden im Vorgriff auf die zusätzlichen Belastungen der Versicherten im Jahr 2004 bundesweit für rd. 600 Mio. Euro zusätzlich Arzneimittel durch die Ärztinnen und Ärzte im vierten Quartal 2003 verordnet.

Im Jahr 2005 kehrte sich die Entwicklung im Arzneimittelbereich um. Die Ausgabensteigerung betrug knapp 17 %. Damit liegen die Arzneimittelausgaben über denen des Jahres 2003. Dies hat zu Mehraufwendungen von rd. 3,5 Mrd. Euro bei den Krankenkassen geführt.

Ausgabenexplosion  
bei Arzneimitteln 2005

Hauptursachen hierfür waren zum einen die Absenkung des gesetzlich vorgeschriebenen Herstellerabatts von 16 auf 6 %, was - entgegen der Zielsetzung des GMG - nicht durch Einsparungen aufgrund der Ausweitung der Festbetragsregelung kompensiert werden konnte, zum anderen die starke Zunahme von Verordnungen neu eingeführter und in der Regel teurerer Arzneimittel (Strukturkomponente).

Die AOK Berlin liegt mit einer Steigerungsrate von 16,8 % je Mitglied voll im Bundestrend, was zu Mehrausgaben im Arzneimittelbereich von rd. 53 Mio. Euro gegenüber 2004 führte.

*Ausgaben für Krankengeld weiterhin stark rückläufig:* Im Jahr 2004 wurde bundesweit der niedrigste Krankenstand bei den gesetzlich pflichtversicherten Mitgliedern mit rund 2,9 % seit der Wiedervereinigung erreicht. Dies hat zu einem Ausgabenrückgang um 8,5 % je Mitglied geführt. Im Jahr 2005 ist ein weiterer Rückgang um 7,4 % zu verzeichnen.

Ursächlich hierfür dürfte die angespannte Lage auf dem Arbeitsmarkt und die damit verbundene Angst vor dem Arbeitsplatzverlust im Krankheitsfall sein.

Die AOK Berlin hat einen überdurchschnittlichen Rückgang der Krankengeldausgaben je Mitglied von 19,7 % zu verzeichnen und liegt auch mit den Je-Mitgliedsausgaben von 77,74 Euro weit unter dem GKV-Bundesdurchschnitt von 126 Euro (vgl. Tabellen 10.2.1 und 10.2.3). Der Krankenstand lag dagegen bei den pflichtversicherten Mitgliedern der AOK Berlin im Jahresdurchschnitt mit 4,4 % über dem Bundestrend.

*Kosten für Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrkosten 1005 erneut angestiegen:* Bundesweit waren im Jahr 2004 Ausgabenreduzierungen je Mitglied bei den Hilfsmitteln um 15,9 % und bei Heilmitteln um 5,8 % gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Auch die AOK Berlin konnte in diesen Leistungsbereichen die Ausgaben je Mitglied bei Hilfsmitteln um 17,6 % und bei Heilmitteln um 8,4 % reduzieren. Hier wirken die durch das GMG bedingten Leistungseinschränkungen bei Sehhilfen und die Zuzahlungen bei Verordnungen, z. B. von Massagen und Krankengymnastik kostenreduzierend.

Neuregelungen des  
GMG zu Heil- und  
Hilfsmitteln und Fahr-  
kosten senken nur  
kurzfristig die Kosten

Dieser Trend hat sich allerdings nach den vorläufigen Finanzergebnissen im Jahr 2005 nicht fortgesetzt. So ist im Hilfsmittelbereich nur noch ein geringer Ausgabenrückgang um -0,4 % je Mitglied, im Heilmittelbereich sogar eine Steigerung um 3,4 % je Mitglied zu verzeichnen.

Die Neuregelungen der Leistungsbegrenzungen und Zuzahlungen im Fahrkostenbereich haben auch in diesem Bereich zunächst zu spürbaren Rückgängen der Kosten geführt. Sowohl im GKV-Bundesdurchschnitt als auch bei der AOK Berlin konnten im Jahr 2004 die Ausgaben je Mitglied um 8,5 % gesenkt werden, wobei die Fahrkosten je Mitglied mit 79,72 Euro bei der AOK Berlin noch weit über dem GKV-Bundeswert von 52,00 Euro liegen.

Im Jahr 2005 sind jedoch die Ausgaben auch in diesem Bereich wieder um 7,9 % je Mitglied gestiegen (vgl. Tabellen 10.2.1 und 10.2.3).

*Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich:* Die Krankenhausausgaben, die in den letzten Jahren im GKV-Bereich eher moderat verliefen, sind im Jahr 2005 um 3,3 % je Mitglied gestiegen. Dies hat in

diesem Bereich, der ca. ein Drittel der gesamten Ausgaben der GKV ausmacht, zu Mehraufwendungen in Höhe von rd. 1,4 Mrd. Euro geführt.

Dagegen hat die AOK Berlin einen vergleichsweise niedrigen Kostenanstieg von 0,4 % bei den Je-Mitgliedswerten zu verzeichnen, was aufgrund der Mitgliederrückgänge zu einer Ausgabenreduzierung von rd. 3,55 Mio. Euro führte. Dennoch ist die Kasse gemessen an den Leistungsausgaben insgesamt mit rd. 44,7 % der Kosten für den Krankenhausbereich überproportional belastet (vgl. auch Tabelle 10.2.2).

#### Geringere Inanspruchnahme von Zahnersatz

*Ausgabenrückgänge beim Zahnersatz:* Einen markanten Ausgabenrückgang im Jahr 2005 gab es bei Leistungen für Zahnersatz mit einer GKV-bundesweiten Veränderungsrate von -32,3 % je Mitglied, was zu Minderausgaben von knapp 1,2 Mrd. Euro führte.

Die AOK Berlin kann einen Rückgang von rd. 24,2 % bei den Je-Mitgliedswerten und damit eine Ausgabenreduzierung von rd. 15,3 Mio. Euro für Zahnersatzleistungen gegenüber dem Vorjahr verzeichnen. Für den hohen Kostenrückgang ist in erster Linie die mit der Umstellung auf die befundorientierten Festzuschüsse - Festbetragsregelung - einhergehende Mehrbelastung der Versicherten und damit verbundene Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Zahnersatz ausschlaggebend.

#### **Fazit: Weiterer Reformbedarf in der GKV**

Das GMG hat der GKV zu einer kurzfristigen Stabilisierung und raschen Entschuldung verholfen. Die Hauptlast dabei trug die Versichertengemeinschaft. Bereits zum Zeitpunkt der Verabschiedung des GMG war klar, dass eine mittel- bzw. langfristige Stabilisierung der GKV einer grundlegenden Finanzierungsreform bedarf. Diese will die Regierungskoalition noch im Jahr 2006 in Angriff nehmen.

Bis dahin soll durch kurzfristige gesetzliche Maßnahmen verhindert werden, dass es zu einer erneuten Defizitentwicklung mit damit verbundenen Beitragssatzerhöhungen in der GKV kommt.

So soll das im April 2006 verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu einem Entlastungseffekt in der GKV im Jahr 2006 in Höhe von ca. 1 Mrd. Euro führen. Außerdem erhalten die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 221 Abs. 1 SGB V in der Folge des GMG einen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 4,2 Mrd. Euro. Damit hat sich die Regierungskoalition die notwendige Atempause verschafft, um die finanzielle Konsolidierung fortzuführen und die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die anstehende Finanzierungsreform in der GKV auf den Weg zu bringen.

Dem Beitrag zugrunde liegende Quellen sind in der Fußnote<sup>2</sup> aufgeführt.

<sup>2</sup> AOK Berlin (2005): Jahresrechnung 2004 der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse.

AOK-Bundesverband (2005): Geschäftsbericht zur Bilanz 2004/2005. Stand: Juni 2005.

BMG (2005): Statistische Daten der GKV - Kennzahlen und Faustformeln 2005.

BMGS (2005): Pressemitteilung vom 02.03.2005.

BMGS (2005): Artikel „Ein Jahr Gesundheitsreform“ vom 07.04.2005.

BMGS (2005): Pressemitteilung vom 29.06.2005.

BMG (2006): Pressemitteilung vom 03.03.2006.

BMGS (2004): Broschüre - Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Ersatzkasse, Nr. 3/2006.

Kruse, Hänlein (Hrsg.) (2004): Das neue Krankenversicherungsrecht. 1. Auflage. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Bundesrat (2006): Jahreswirtschaftsbericht 2006 der Bundesregierung. Drucksache 59/06 vom 25.01.06.