

Problemstellungen, Akteure und Entscheidungsprozesse der Gesundheitspolitik

- Problemstellungen
- Fragestellungen
- Erklärungen

Ausgewählte Problemstellungen

- Kostenentwicklungen
- Effizienzprobleme
- Qualitätsprobleme
- Verteilungsprobleme
- Reformblockaden

Ausgewählte politikwissenschaftliche Fragestellungen

- Wie und warum unterscheiden sich die Ergebnisse verschiedener Gesundheitsreformen?
- Welche Interessengruppen prägen die gesundheitspolitische Auseinandersetzung?
- Welche Bedeutung hat die parteipolitische Zusammensetzung von Regierungen für Gesundheitsreformen?
- Unter welchen Bedingungen sind Gesundheitsreformen durchzusetzen?
- Inwiefern bestehen (demokratische) Legitimationsprobleme im Gesundheitswesen (nicht Politikfeldanalyse im engeren Sinn)?

Ausgewählte politikwissenschaftliche Erklärungen

- Macht der Lobby
 - Leistungsanbieter
 - Krankenkassen und Tarifparteien
 - Patientenverbände
- Strukturelle Reformblockaden
 - asymmetrischer Korporatismus,
 - Verhandlungsföderalismus,

Verhandlungsdemokratische Arenen im Gesundheitswesen

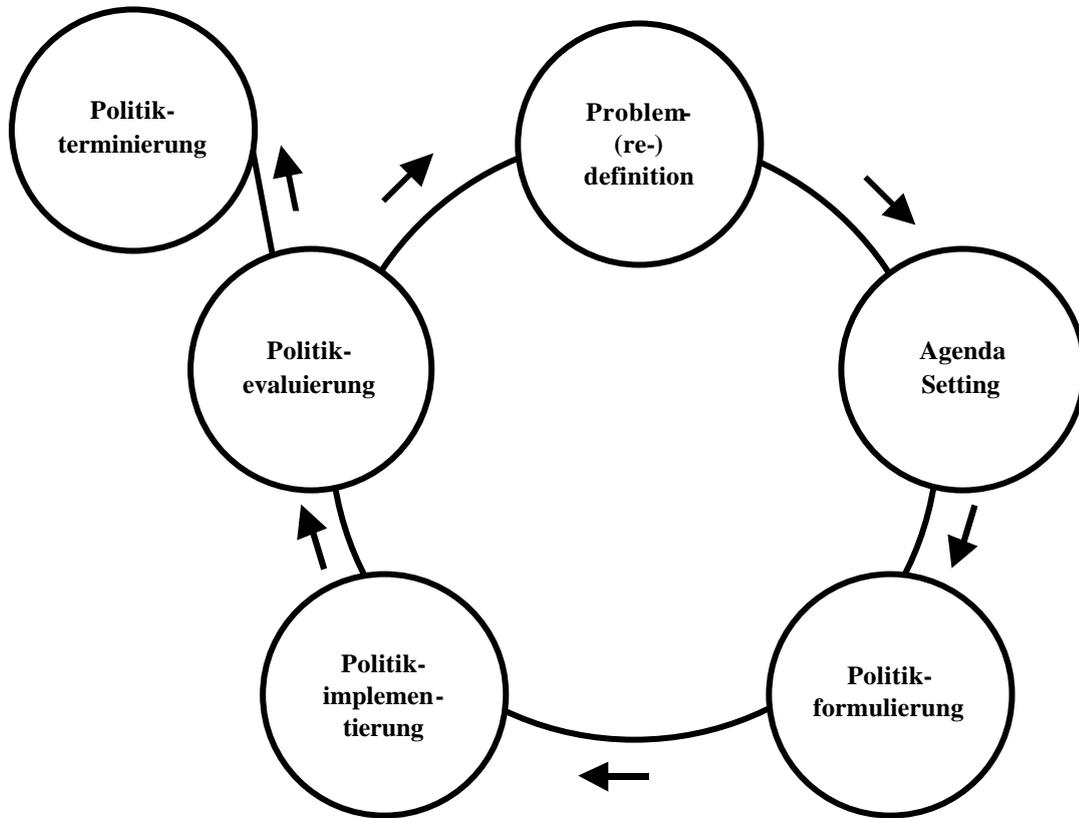
		Ziele der Verhandlungen	
		Formulierung von Gesundheitsreformen	
		Ressourcenverteilung und Qualitätssicherung innerhalb des Systems	
Beteiligte Akteure	Parteien – Parteien („Parteienkonkordanz“)	Lahnsteiner Kompromiss zum Gesundheitsstrukturgesetz 1992	Verabschiedung zustimmungspflichtiger Rechtsverordnungen
	Staat – Verbände („Mesokorporatismus“)	Runder Tisch, früher Herbstsitzungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	früher Frühjahrssitzungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
	Verbände – Verbände („Selbstverwaltung“)	z. B. Modellversuche	z. B. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Beschäftigungseffekte bei Variation der Gesundheitsausgaben

Gesundheitsausgaben	Beschäftigungseffekt im Gesundheitssektor	Beschäftigungseffekt in der gewerblichen Wirtschaft (ohne Bergbau)	Saldo
+ 1 Mrd. DM	+ 9.212	- 3.676	+ 5.536
Ein Beitragssatzpunkt der GKV (+17,3 Mrd. DM)	+ 159.368	- 63.576 (verarb. Gewerbe)	+ 95.773

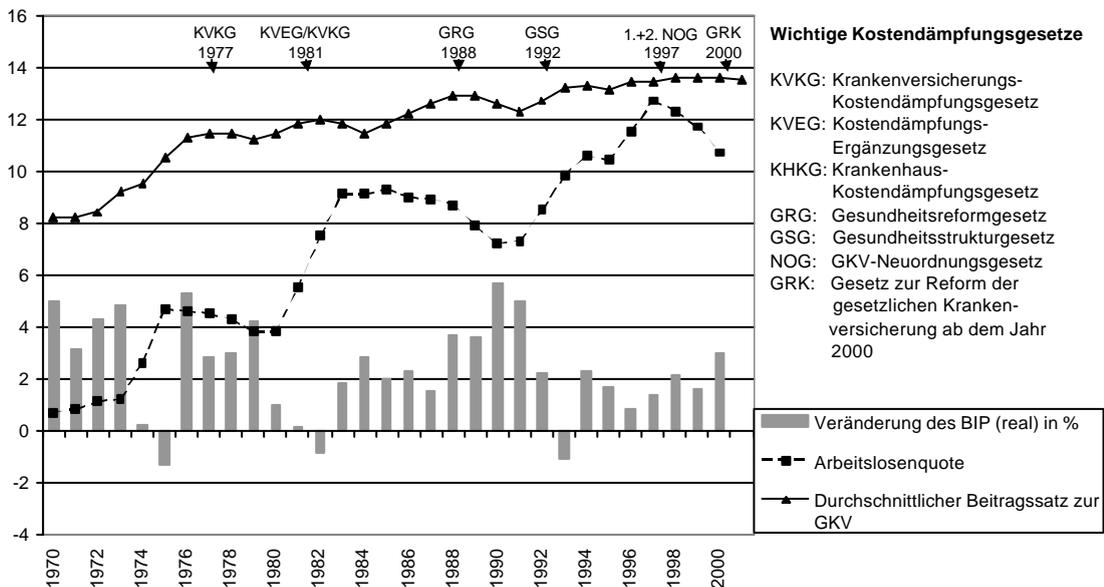
Quelle: SVRKAiG 1996: 242.

Der idealtypische Policy Cycle



Quelle: Lehrbuch der Politikfeldanalyse, S. 82.

Übersicht 3: Beitragssatzentwicklung der GKV und wichtige Bestimmungsfaktoren



Ziele von Akteuren im Gesundheitswesen

	Niedergelassene Ärzte	Pharmaindustrie	Arbeitgeber (BDA)	Krankenkassenverbände	Gewerkschaften (DGB)
Allgemeine Interessenlage	Hohe Einkommen (innerhalb der Ärzteschaft bestehen Verteilungskämpfe); Statuserhalt als Freiberufler	Gewinne; Wettbewerbsfähigkeit; Gegensätze bei großen/kleinen und (nicht-)/forschenden Unternehmen	Geringe Lohnnebenkosten; Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer	Wirtschaftliche Leistungserbringung; Niedrige Beitragssätze; Mehr Versicherte; Oft gegensätzliche Interessen	Geringe Sozialabgaben; Umfassender und gleichmäßiger Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer
Allgemeine Ziele in der Gesundheitspolitik	Stärkung von Eigenverantwortung, Wettbewerb und Selbstverwaltung; Begrenzung des Solidarausgleichs auf Grundlage des Subsidiaritätsprinzips; Sicherung der Freiberuflichkeit und freien Arztwahl	Stärkung von Eigenverantwortung, Wettbewerb und Selbstverwaltung; Begrenzung des Solidarausgleichs auf Grundlage des Subsidiaritätsprinzips; Abbau von Beschränkungen auf dem Arzneimittelmarkt	Stärkung von Eigenverantwortung, Wettbewerb und Selbstverwaltung; Begrenzung des Solidarausgleichs auf Grundlage des Subsidiaritätsprinzips	Erhalt des umfassenden Solidarausgleichs; Wettbewerb bei Solidarität, Sachleistungsprinzip, Vielfalt und Selbstverwaltung; Viele unterschiedliche, oft gegensätzliche Ziele	Umfassende Reformen bei GKV und allen verbundenen Politikbereichen; Stärkung des Solidarprinzips; Ausbau der Selbstverwaltung; Qualitätsverbesserung des Gesundheitsschutzes; Erhöhte Wirtschaftlichkeit

Wichtige gesundheitspolitische Maßnahmen seit 1977 in Deutschland (ohne spezifische Maßnahmen in den neuen Ländern)

Krankenhaussektor	Ambulante Versorgung	Arzneimittelversorgung	Krankenkassenorganisation	Selbstbeteiligungen
1985: Rückzug des Bundes aus der Finanzierung von KH-Investitionen	1993-1995: Verschärfte Budgetierung	1978: Generelle Qualitäts-, Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsprüfung für neue Arzneimittel	1977: Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben für ältere Versicherte zwischen den Kassen (KVdR-Ausgleich)	1977: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1993, 2000: Stärkere Verzahnung mit der ambulanten Versorgung	1995, 2000: Aufwertung der allgemeinärztlichen Tätigkeit und sprechender Medizin in der Vergütung	1983: Indikationsbezogene Negativliste	1994: Ersetzung des KVdR-Ausgleichs durch den alle Versicherten umfassenden einnahme seitigen Risikostrukturausgleich (RSA)	1982: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1993-1995: Verschärfte Budgetierung	1999: Einschränkung der Zulassungsfreiheit für Kassenärzte	1989: Festbeträge für gleiche oder vergleichbare Arzneimittelgruppen	1996: Ausweitung der Kassenwahlrechte auf fast alle Versicherten	1983: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1996: Schrittweise Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten	1989, 1993, 2001: Verschiedene Modellversuche mit neuen Versorgungs- und Finanzierungsformen	1993: Preismoratorium für Arzneimittel bis 1994	1996: Neuordnung der Kassenselbstverwaltung u. a. durch Einführung eines hauptamtlichen Vorstands	1989: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
1999: Verschärfte Budgetierung	2001: Ermöglichung von integrierter Versorgung als zusätzlicher Form von Leistungserbringung und Finanzierung	1993: Praxis-bezogene Budgetierung (1998 ausgesetzt, 1999 wieder eingeführt, 2001 wieder ausgesetzt. Die Budgets wurden oft ohne Sanktionen überschritten.)	2000: Stufenweiser Ost-West-RSA bis 2007	1993: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
2003: Berichte über Qualitätsmanagement				1997: Erhöhung der Selbstbeteiligungen
2004: Vollständige Finanzierung der Behandlungskosten über abteilungsübergreifende DRG-Fallpauschalen				1999: Senkung der Selbstbeteiligungen
				2004: Zusätzliche Selbstbeteiligungen (Praxisgebühr)

Jahreszahlen bezeichnen jeweils das Inkrafttreten der Regelungen. Quelle: Eigene Darstellung.

Prognosen zur Entwicklung der Anteile von über 60-jährigen an der deutschen Gesamtbevölkerung (ohne Berücksichtigung von Migrationsentwicklungen)

Jahr	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Anteile nach Prognose 1	21,0	23,5	25,5	29,0	34,1	34,0	34,3
Anteile nach Prognose 2	21,0	23,5	25,9	29,9	35,5	36,0	37,0

Quelle: Hof 2001: 116.

Anteile der GKV-Ausgaben am BIP und Anteile der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland

Jahr	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
GKV	6,5	6,7	6,6	6,9	6,9	7,0	6,6	6,7	6,6	6,5	6,3
gesamt	9,1	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7

Erste Spalte: Anteile der GKV-Ausgaben am BIP, Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft (IWD): Deutschland in Zahlen, Köln, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen.

Zweite Spalte: Anteil der gesamten Ausgaben für gesundheitliche Sachleistungen am BIP, Quelle: OECD Health Data, Paris, 2002 und 2003. Zu beachten ist, dass die GKV-Ausgaben im Gegensatz zu den OECD-Daten (noch) Lohnersatzleistungen enthalten.

Krankenhaussektor	Ausgewählte aktuell diskutierte Reformvorschläge und mögliche Alternativen			
	Ambulante Versorgung	Arzneimittelversorgung	Krankenkassenorganisation/ Finanzierung/ Übergreifendes	Selbstbeteiligungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiteres Qualitätsmanagement bei Krankenhausleistungen ▪ Weitere Professionalisierung der Krankenpflege ▪ Weitere Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung ▪ Rückzug der Länder aus der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen (monistische Finanzierung) ▪ Ausweitung der Kassenausgaben ▪ Verschärfte Budgetierung <p><i>Alternativen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbau von Hierarchien und vor allem Chefarztprivilegien in Krankenhäusern ▪ Ausweitung von Interessenvertretungen der Patienten in Krankenhäusern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarztssystem ▪ Stärkung von Elementen der Kopf- und Fallpauschalen oder Einführung von Festgehältern für Vertragsärzte ▪ Änderung des Ausbildungssystems für Mediziner im Hinblick auf qualitative und quantitative Bedürfnisse des Gesundheitswesens ▪ Vollständige Aufhebung des Sicherstellungsauftrags für Kassenärztliche Vereinigungen ▪ Reduktion des Leistungskatalogs der GKV ▪ Ausweitung der Kassenausgaben ▪ Verschärfte Budgetierung <p><i>Alternativen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschaffung des Status der Freiberufler für niedergelassene Ärzte ▪ Polikliniken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aut-Idem-Regelung ▪ Absenkung der Hersteller-Abgabepreise um 4 % für Nicht-Festbetragsarzneimittel ▪ Stärkung der sprechenden Medizin in Ausbildungen und Gebührenordnungen ▪ Verschärfte Budgetierung ▪ Zulassung von Versandapotheken ▪ Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel ▪ Integration der Pharmaindustrie in die Selbstverwaltung ▪ Änderungen bei Patentschutz und Zulassungszeiten <p><i>Alternativen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausweitung der staatlichen Kontrolle der Arzneimittelpreise ▪ Stärkere Verlagerung der pharmazeutischen Forschung von Privatunternehmen auf öffentliche Institutionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erweiterung des Wettbewerbs zwischen den Kassen etwa durch Einkaufsmodelle nach Schweizer Vorbild, evtl. verbunden mit umfassender Umstellung auf integrierte ambulante und stationäre Versorgung in einzelnen Systemen mit neuen Finanzformen ▪ Globales Budget für alle Bereiche ▪ Ausweitung der Beitragsgrundlage auf alle Einnahmen, auch außerhalb abhängiger Erwerbseinkommen ▪ Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten auf Besserverdienende, Selbstständige und Beamte ▪ Mindestbeitragssätze der Kassen ▪ Progressive Beitragssätze ▪ Rückführung der GKV auf eine Notfallsicherung <p><i>Alternativen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärkung der Kassen-Nachfragemacht und des Solidarprinzips durch Zusammenschluss der Kassen zu einer Einheitskasse ▪ Einführung eines staatlichen Gesundheitsdienstes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonus-/Malus-Regelungen (ähnlich wie beim Zahnersatz) ▪ Beschränkung oder Konzentration der Selbstbeteiligungen auf umstrittene Therapieelemente ▪ Erhöhung der Selbstbeteiligungen ▪ Senkung der Selbstbeteiligungen <p><i>Alternativen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnoseabhängige Selbstbeteiligungen ▪ Verzicht auf Selbstbeteiligungen

Quelle: Eigene Darstellung.