

1 Architektur des Buches

Gesundheits- und Sozialpolitik ist ein Thema, mit dem ein Politiker keine Wahl gewinnen kann. Ein Thema, das so vielschichtig ist wie kaum eines in der sozialen Sicherung. Ein Thema, welches wie kein anderes mit anderen Disziplinen verwoben ist und von vielen Seiten betrachtet werden kann. Ein Querschnittsthema, aber ein Thema mit extrem hoher Relevanz.

Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland ist ein maßgeblicher Bereich unseres deutschen Sozialstaats. Gleichzeitig ist die Gesundheits- und Sozialpolitik von elementarer Bedeutung für die gesamte Bevölkerung eines Landes. Dieses Instrument schützt die Bürgerinnen und Bürger in Risikolagen und bietet die Grundlage für die gesunde Produktivität einer Volkswirtschaft.

Wir danken den Autoren der verschiedenen Artikel von ganzem Herzen, dass sie aus ihrer Perspektive sich dem Gesundheitswesen gewidmet haben und die verschiedenen Problemlagen in ihrem Bereich benennen. So ist ein vielschichtiges Werk entstanden, welches die Gesundheits- und Sozialpolitik vorstellt, Steuerungsprobleme benennt, Erfolge beleuchtet und Herausforderungen für die Zukunft aufzeigt.

In den ersten beiden Artikeln des Buches erfolgt zum einen eine temporäre Betrachtung der Gesundheitspolitik ausgehend von den Ursprüngen des 19. Jahrhunderts, und zum anderen geht der Blick über die letzten Reformen hinweg zu den großen ungelösten Problemen im Kontext des deutschen Sozialstaats. Typische Steuerungsprobleme der Gegenwart finden dabei genauso Erwähnung wie ein optionaler Blick in die Zukunft des Gesundheitswesens.

Eva-Marie Torhorst befasst sich in ihren Ausführungen u. a. mit der potenziellen Steigerung des Patientennutzens, aber auch mit dem Abbau möglicher Fehlsteuerungselemente sowie Fehlanreize, wie mit der nach wie vor bestehenden sektoralen Fragmentierung oder, wie sie es nennt, der zersplitterten Versorgungslandschaft. Dabei geht der Blick auf die Vernetzung der Akteure wie auch auf die Art und Weise der derzeitigen Versorgung mit ihren Stärken und Schwächen. Ihre Forderung konzentriert sich auf die Entwicklung systematischer Kooperationen, Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie einer deutlich höheren Gesundheitskompetenz aller Beteiligten.

Lilia Waehlert schärft den Blick für eine gerechte Gesundheitsversorgung als das wesentliche Merkmal des Sozialstaats und diskutiert die Rahmenbedingungen einer gerechtigkeitsorientierten Gesundheitspolitik. Dabei widmet sie sich der Fragestellung, aus welchen Gründen ethische Dilemmata im Gesundheitswesen existieren und wie sich solche identifizierten Konflikte lösen lassen könnten.

Stefan Weber blickt aus seiner Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung unter besonderer Beachtung von Qualität und Wettbewerb auf das Gesundheitswesen und fokussiert hier insbesondere die Frage, wer in welchem Konkurrenzverhältnis zueinandersteht. Nachfolgend beleuchten Roger Jaeckel und Philipp Zeitler das Gesundheitswesen aus Sicht der forschenden Arzneimittelindustrie. Sie stellen die berechnete Frage nach dem neuen Rollenverständnis der Arzneimittelindustrie. Nach einer theoretischen Einführung wird der Blick darauf gerichtet, wie sich die Pharmaindustrie in den nächsten Jahren aufstellen kann und sich möglicherweise als Versorger konstituiert.

Andreas Beivers und Christof Minartz diskutieren aus der Sicht des ambulanten und stationären Sektors. Betrachtet Andreas Beivers die Krankenhausversorgung mehr aus ordnungspolitischer Sicht, geht Christof Minartz ausführlich auf die Strukturen der ambulanten Versorgung bis hin zu dem jungen Bereich der spezialärztlichen Versorgung ein.

Ein wesentlicher und immer relevanter werdender Aspekt wird von den Kollegen Remi Maier-Rigaud, Michael Sauer und Frank Schulz-Nieswandt diskutiert, die Europäisierung der Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie zeigen in aller Ausführlichkeit die Nähe und Verknüpfungen, wie sie sich transnational durch die Entwicklungen in der EU darstellen, auf.

2 Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland

Clarissa Kurscheid und Andreas Beivers

Im Folgenden sollen nun die Ursprünge der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland betrachtet werden. Dabei erfolgen zum einen eine temporäre Betrachtung des Gesundheitspolitik ausgehend von den Ursprüngen des 19. Jahrhunderts und zum anderen geht der Blick über die letzten Reformen hinweg zu den großen ungelösten Problemen im Kontext des deutschen Sozialstaats. Sozialpolitik wird inhaltlich als Querschnittsthematik betrachtet und ist per definitione eine »Intervention in Risikolagen« (Schulz-Nieswandt 2006). Gesundheitspolitik hingegen ist ein eigener Teil der Sozialpolitik und geht über die Intervention in Risikolagen hinaus, wenn beispielsweise Prävention als ein Teil von Gesundheitspolitik betrachtet wird. Bührlen u. a. gehen in ihren jüngsten Überlegungen davon aus, dass das Gesundheitswesen und die verantwortliche Politik Gesundheit als eine Wertschöpfung für die Gesellschaft betrachten sollte (Bührlen et al. 2013). Allein mit diesen Gedanken wird ein breiter Spannungsbogen aufgezeigt, der in den nachfolgenden Darstellungen keinen Anspruch auf eine vollständige Betrachtung erhebt, aber deutliche Blitzlichter setzt, Geschehnisse aus der Vergangenheit beleuchtet und vorsichtige Lösungsansätze für die Zukunft benennt.

2.1 Die Ursprünge der Gesundheitspolitik und Sozialpolitik in Deutschland

Die Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland ist einerseits in hohem Maße von dem Sozialversicherungsprinzip Bismarck'scher Prägung beeinflusst und zeichnet sich andererseits durch eine starke, barmherzig geartete Fürsorge in der historischen Betrachtung aus. Dieser systemimmanente Leitgedanke spiegelt sich u. a. in dem im deutschen Sozialversicherungssystem tief verwurzelten Subsidiaritätsprinzip, aber auch im Solidaritätsgedanken wider (Schulz-Nieswandt 2006). Die Wurzeln der Subsidiarität liegen in der katholischen Soziallehre und basieren auf dem Gedanken der Nachrangigkeit, das bedeutet, dass die Lasten, die nicht vom Einzelnen übernommen werden können, im Bedarfsfall die Solidargemeinschaft mitträgt. Das Solidarprinzip hingegen ist eines der zentralen Sozialstaatsprinzipien und beinhaltet beispielsweise im Krankheitsfall, dass die Solidargemeinschaft sich gegenseitige Unterstützung leistet und Hilfe gewährt (Simon 2013).

Im Hinblick auf die Versorgung von Krankheit in Deutschland spielen zusätzlich enorme Errungenschaften herausragender Forscher (zu nennen sind Lorenz von Stein oder Robert Koch) eine große Rolle, auf die nachfolgend noch eingegangen werden soll. Bereits in Antike und Mittelalter gab es von Seiten des Staates mehrfach Versuche, die materielle Not der Bürger zu lindern (Simon 2013; Rosenbrock und Gerlinger 2009), um Unruhen und Aufstände zu verhindern und politische Stabilität zu wahren. Hierbei gilt es festzuhalten, dass eine Vielzahl geschichtlicher, religiöser und auch ökonomischer Parameter zu der Ausgestaltung der einzelnen Sozialstaaten in Deutschland und in Europa beigetragen haben (Kahl 2005; Butterwegge 2005), welche hier allerdings nicht näher beleuchtet werden.

Fürsorgeorientierte, christliche Krankenhäuser, welche noch im Mittelalter zum Teil aus Armenhäusern hervorgingen, waren in der stationären Versorgung verbreitet. Später – nach der Reformation – wurde die Krankenversorgung größtenteils kommunalisiert und es entwickelten sich immer mehr städtische Spitäler zur Versorgung kranker Menschen (Simon 2013). Hier wurden gerade in der Struktur der Leistungserbringung früh rollenbasierte Standards – wie beispielsweise die fürsorgliche Hingabe der »Schwester« und der schon früh auf ärztliche Technik fokussierte Mediziner – gesetzt. Ansonsten waren die Häuser stark mit dem Anstaltswesen verhaftet, da es sich insbesondere um eine in sich geschlossene Fürsorge handelte. Es kann auch mit einer Mischung aus Versorgung und Verwahrung beschrieben werden. Allerdings bedeutete diese Form der gesellschaftlichen Trennung in erster Linie ein Schutz der anderen (gesunden) Menschen vor den Kranken. Zusätzlich herrschte ein hierarchisch orientierter, paternal geprägter Umgang der Mediziner und Pflegenden mit den Kranken (Foucault 2002 sowie 2005; Schulz-Nieswandt 2003).

Einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsfürsorge und darüber hinaus für die Entwicklung der sozialen Reformen in Deutschland leistete Lorenz von Stein (18. November 1815–23. September 1890). Von Stein entwickelt in seinen Schriften zur Gesellschaftspolitik (später nennt er sie auch Sozialpolitik) ein »ordnungspolitisches Verständnis«, welches in seinen Grundzügen auch heute noch der aktuellen Sicht entspricht. In diesem Sinne hat ein sozialer Staat nach der Auffassung von Lorenz von Stein die Pflicht, die Lebensbedingungen der Arbeiterinnen und Arbeiter zu verbessern. Zu seiner Zeit standen hier insbesondere Fragen der Hygiene und der Gesundheit des Einzelnen im Vordergrund (Kaufmann 2003). Seine Motivation lag zudem in der Vermeidung möglicher Klassenkämpfe. Nach den Überlegungen von Steins war es notwendig, der nicht-herrschenden Klasse ein Minimum an sozialer Sicherheit, Gesundheitsfürsorge und Bildung zur Verfügung zu stellen (Grossekketler 1998). Ein weiterer – im Hinblick auf die historische Betrachtung der Gesundheitsversorgung – wesentlich zu nennender Akteur ist Robert Koch (11. Dezember 1843–27. Mai 1910). Mit seiner Forschung als Bakteriologe hat er in der Gesundheitsvorsorge wesentlich zur Erkennung von Ansteckung und deren Verhinderung mittels hygienischer Maßnahmen beigetragen. Mit seiner Forschung als Mediziner und Mikrobiologe hatte er im hohen Maß Anteil daran, dass die Erreger der Tuberkulose, aber auch der Cholera entdeckt wurden.

Als Geburtsstunde des deutschen Sozialstaates heutiger Prägung können die in den Jahren 1881 bis 1888/89 gegründeten Zweige der Sozialversicherung durch

die Bismarck-Administration bezeichnet werden, für die vornehmlich der sozialpolitische Gedanke prägend war. So wurde 1883 das Krankenversicherungsgesetz, 1884 das Unfallversicherungsgesetz und 1889 das Invaliden- und Altersversicherungsgesetz (später Rentenversicherung) eingeführt. Ziel war es vor allen Dingen, die industrielle Arbeitnehmerschaft, die sich mehr und mehr entwickelte, gegen die Risiken des Arbeitslebens abzusichern und so von den Gewerkschaften fernzuhalten. Um dies zu erreichen, stellten die damals führenden politischen Kräfte die solidarische Selbsthilfe in den Mittelpunkt. Damit war Deutschland weltweit wegweisend. Nicht der Staat selbst sollte die soziale Absicherung übernehmen, sondern die Betroffenen sollten sich durch solidarisches Zusammenschließen gegenseitig Hilfe gewähren. Damit entstand das Solidaritätsprinzip, das eng mit dem genossenschaftlichen Denken verwandt ist (Neubauer 2007; Butterwegge 2005).

Die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung vollzog sich innerhalb des historischen Kontexts auf Basis der Standessicherung, wie sie zu Ende des 19. Jahrhunderts gelebt wurde. Ausgehend von dem Mitte des 19. Jahrhunderts bestehenden Hilfskassenwesen etablierte sich mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Bismarck 1883 die »Gesetzliche Krankenversicherung«. Mit der zunächst ausschließlichen Absicherung der Erwerbstätigen bei Krankheit wurde zu diesem Zeitpunkt das Gerüst des Gesundheitssystems gelegt, das in seinen Grundzügen bis in die Gegenwart Bestand hat (Lampert, 2007; Bäcker, Bispinck, Nägele, 2008). Die Leistungserbringung wurde bis zur Gründung der kassenärztlichen Vereinigung (1931) in Einzelverträgen verhandelt und erst nach 1931 auf Basis kollektivvertraglicher Vereinbarungen. Die Organisationsprinzipien basierten auf zunftähnlichen Strukturen, ausgehend von der Gründung der Kassen (1883), und die Finanzierung basierte aus Krankenkassenbeiträgen (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2012). Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich die Krankenversicherung durch das Solidaritätsprinzip, Bedarfsprinzip und den Aspekt der Umverteilung (Knappe et al 2002) auszeichnete. Das Solidaritätsprinzip ermöglicht die vom gesellschaftlichen Status des Einzelnen unabhängige Leistung der Krankenversicherung im Bedarfsfall. Daraus ergibt sich das Bedarfsprinzip, d. h. diese Bedarfe werden in Form von Sachleistungen gewährleistet. Die Genossenschaftsartigkeit ist durch den reziprozitären Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung gekennzeichnet, welches sich mit dem Prinzip auf Gegenseitigkeit erklären lässt. Die Umverteilung erfolgt horizontal wie vertikal. Beispielhaft sei hier die beitragsfreie Familienmitversicherung sowie die Umverteilung von jung nach alt – im Hinblick auf das sich im Alter entwickelnde höhere Krankheitsrisiko mit einer in der posterwerbstätigen Phase verbundenen geringeren Beitragszahlung – zu nennen (Kurscheid und Hartweg 2009).

Aufgrund der geringen Mobilität in der Frühindustrialisierung war der Beitritt zu einer Solidargemeinschaft in der Regel eine lebenslange Entscheidung. Die solidarischen Gemeinschaften waren somit über eine Lebensspanne gedacht und in ihrer Zusammensetzung stabil. Der Staat seinerseits definierte die Versicherungspflicht der einzelnen Arbeitnehmer und wies sie in der Regel orientiert an den unterschiedlichen Branchen ganz bestimmten Solidargemeinschaften zu. Die

Solidargemeinschaften ihrerseits waren gemeinnützig angelegt und verwalteten sich selbst. Die soziale Selbstverwaltung entstand und ist bis heute noch ein prägendes Element der deutschen Sozialversicherung (Neubauer 2007).

So ist festzuhalten, dass die Bismarckschen Sozialversicherungen deutscher Prägung bis zum Ersten Weltkrieg und auch danach Vorbild für viele Staaten waren und sind.

2.2 Die Gesundheits- und Sozialpolitik seit Ende des Zweiten Weltkriegs

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs und dem Aufbau der Bundesrepublik Deutschland als Soziale Marktwirtschaft nach dem Vorbild von Walter Eucken¹, auf welchen später noch näher eingegangen wird, bestand auch unter den alliierten Siegermächten die Auffassung, dass neben dem Aufbau des Wirtschafts- und Rechtssystems auch der Aufbau einer umfassenden Sozialversicherung kommen sollte (Niehoff 2007). So wurde u. a. im Kontext der Krankenversicherung auf die Prinzipien der Bismarckschen Sozialversicherung zurückgegriffen und die Selbstverwaltung nach dem Vorbild der Weimarer Republik wiederhergestellt. In der Sozialpolitikgestaltung nach Ende des Zweiten Weltkriegs sind vor allem die ordnungspolitischen Ideen und Leitbilder kaum wegzudenken.

Somit erfährt in der weiteren historischen Betrachtung die Fortentwicklung der Sozialordnung große Beachtung. In dieser geht es um weitaus mehr, als um die Frage vom Einsatz sozialpolitischer Ziele. Die Sozialordnung ist ein Ausdruck einer zeitgemäßen politischen Anschauung, in der ethische, normative, aber auch weltanschauliche Grundlagen zusammenkommen und in praktischer Gesundheits- und Sozialpolitik niedergeschrieben werden. Wie schon in der anfänglichen Definition benannt, hat die praktische Sozialpolitik zum Ziel, in »Risikolagen zu intervenieren« (Schulz-Nieswandt 2006), das gestalterische Moment ist dann die Art und Weise, welche höchst unterschiedlich ausfallen kann (Kaufmann 2003). In den 50er bis 70er Jahren des letzten Jahrhunderts stand neben den Aufbaufragen die Stabilisierung sowie die Wiederherstellung von Strukturen im Vordergrund, entsprechende Gesetze wurden folglich verabschiedet (Neumann und Schaper 2008). So kam es u. a. durch das »Gesetz über das Kassenarztrecht« im Jahre 1955 zu einer Wiederherstellung der Strukturen der Selbstverwaltung. Mit der Rentenreform im Jahre 1957 folgte der Übergang zur Umlagefinanzierung mit der Folge deutlicher Rentenerhöhungen und dynamischer Rentenanpassungen, v. a. mit dem Hintergrund, die Kriegsgeneration, die maßgeblich zum Wiederaufbau Deutschlands beigetragen hat, mit adäquaten Rentenansprüchen zu

1 Walter Eucken (1891–1950) gilt als Vordenker der Sozialen Marktwirtschaft und Begründer des Ordoliberalismus.

entschädigen. Neben einer ganzen Reihe an weiteren Gesetzen und Reformen im wiederaufgebauten Deutschland ist noch das Gesetz über die Lohnfortzahlung aus dem Jahr 1969 zu nennen (Niehoff 2007), mit dem die Krankenkassen von nun an zusätzlich auch mit Lohnkompensationsleistungen konfrontiert wurden, was deren Bedeutung als Sozialversicherung bedeutend ausbaute. Bemerkenswerter Weise sind es einzelne Personen, die die sozialpolitischen Ideen maßgeblich vorantreiben. So soll an dieser Stelle Elisabeth Schwarzkopf als erste Gesundheitsministerin und Ministerin überhaupt Erwähnung finden, da sie den Prototyp von Gesundheitsministerium geschaffen hat.

Elisabeth Schwarzhaupt

Die Ministerin ist mit starken Widerständen innerhalb der Fraktion konfrontiert. Dies geht weit über die fachlichen Themen hinaus. Ihr Ministerium zeigt sich insbesondere für die Human- und Veterinärmedizin, das Arzneimittel- und Apothekenwesen, die Vorsorge, Aufklärung sowie Gewässer- und Luftreinhaltung verantwortlich. Schon kurz nach Amtsantritt wird sie mit dem wahrscheinlich größten Skandal im Gesundheitswesen in der deutschen Geschichte konfrontiert. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen 1961 den Zusammenhang des Schlafmittels Contergan mit schweren Missbildungen tausender Neugeborener. Elisabeth Schwarzhaupt fördert daraufhin zum einen die Prothesenforschung und richtet Krankenhaussonderstationen für die Kinder ein. Darüber hinaus verschärft sie die Arzneimittelkontrolle und weitet die Rezeptpflicht aus. Sie engagiert sich stark auf salutogenetischer Ebene, so stärkt sie früh die Ernährungsberatung und implementiert die Krebsvorsorge in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, fördert den Baubeginn des Deutschen Krebsforschungszentrums und führt für Kinder die Polio-Schluckimpfung ein.

Im Weiteren sei noch erwähnt, dass sich Elisabeth Schwarzhaupt schon früh mit Umweltschutz im gesundheitlichen Kontext befasst. So folgen in Ihrer Amtszeit erste Verordnungen zur Reinhaltung des Wassers (1961) sowie der Luft (1965). Darüber hinaus geht die Ministerin mit gutem Beispiel voran und lässt ihren Ministerwagen mit einem Katalysator ausrüsten (Drummer 2001).

In der weiteren Fortentwicklung der Sozialversicherung und hier insbesondere der Krankenversicherung gibt es weitere Merkmale, die es zu nennen gilt. Ein wesentliches ist mit Sicherheit die sogenannte »doppelte Inklusion« (Alber 1992). Dabei wurden sowohl der Versichertenkreis wie auch der Leistungskatalog immer weiter ausgeweitet. Diese vormalige Entwicklung zeichnet die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts aus. Diese Ausweitungstendenzen wurden lange Zeit intensiv diskutiert, weil verschiedene Kreise mit der Ausweitung eine überdimensionierte Ausgabenentwicklung einhergehend sahen. Mitte der 70er Jahre folgte jene enorme Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen, die im Nachgang auch fälschlicherweise als »Kostenexplosion« bezeichnet wurde

(Reiners 2011). Die Darstellung einer überdimensionierten Kostensteigerung setzte sich in Politik und Öffentlichkeit durch, obwohl es sich bei dem Phänomen um ein Missverhältnis von den konjunkturabhängigen Einnahmen und den regelmäßigen und konjunkturunabhängigen Ausgaben handelte. In diesem Kontext begann ebenfalls die Diskussion um die Bedeutung einer stärkeren Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten im deutschen Gesundheitswesen. So wurde bereits im Jahr 1977 unter dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Herbert Ehrenberg in der sozial-liberalen Koalition das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz beschlossen, in der die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik mit Beitragssatzstabilität als globale Zielgröße verankert wurde. Hier fußt die noch heute in weiten Teilen geltende Orientierung der Ausgabenzuwächse der Gesetzlichen Krankenversicherung an der Grundlohnentwicklung.

Im Gesundheitsreformgesetz 1989, welches von Norbert Blüm (Arbeits- und Sozialminister der CDU in XI. Legislaturperiode 1987–1990) maßgeblich gestaltet wurde, ist jedoch ein Bruch zwischen der sich entwickelnden Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung festzustellen. Bei ebengenannter Reform wurden zum ersten Mal Gebühren auf Rezepte durchgesetzt sowie Leistungseingrenzungen vorgenommen. Zu weiteren, v. a. gesundheitsökonomisch geprägten Reformgesetzen kam es dann in den neunziger Jahren. Hier ist neben dem Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 1989 das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1993 zu nennen, welches u. a. für Patienten Zuzahlungen bei Arzneimitteln und bei Krankenhausbehandlungen einführt. Durch das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1996) kam es zu weitreichenden Änderungen bei den Zahnersatz-Zuschüssen, komplettiert um die Senkung des Krankengeldes auf 70 % des Bruttoentgelts durch das Beitragsentlastungsgesetz im Jahr 1997.

Dieser Trend ist bei den nachfolgenden Reformen ebenfalls zu beobachten. So wurde der Leistungskatalog während der letzten Gesundheitsreformen, von den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts beginnend, nicht mehr ausgeweitet, sondern vielmehr differenziert. Bei näherer Betrachtung der Reformen wird deutlich, dass die Frequenz der Neuerungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Dies ist ein Hinweis auf typische Steuerungsproblematiken, worauf im Folgenden noch detailliert eingegangen werden soll.

Ein neues Kapitel der Gesundheitspolitik wurde mit Beginn der Kanzlerschaft von Gerhard Schröder zu Beginn der 2000er Jahre begonnen. Hier ist neben der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000, in der es u. a. zur Grundentscheidung für ein DRG-basiertes Vergütungssystem und der Einführung der Integrierten Versorgung kam, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 hervorzuheben. Dieses führte durch die Einführung einer Pflicht zur Versicherung für alle Einwohner und der Schaffung des schon angesprochenen Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen, kombiniert mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (kurz Morbi-RSA), zu weitreichenden Veränderungen der Kassenlandschaft.

Demgegenüber hat sich die Bevölkerung in ihrem Krankheitspanorama und in ihrer gesellschaftlichen Struktur in den letzten 20 bis 30 Jahren stark gewandelt. Während Unfälle und akut erscheinende Krankheitsbilder zurückgegangen sind (was mit Sicherheit eine Leistung des medizinisch-technischen Fortschritts ist),

nehmen chronische Krankheitsbilder quantitativ immer mehr Raum ein. Die Sozialstruktur hat insbesondere im Hinblick auf Migration, Schichten- und Genderraspekte einen enormen Wandel vollzogen, und die demografische Situation einer doppelten Alterung (in dem Sinne, dass es immer mehr alte Menschen gibt, die zudem immer älter werden) fordert eine andere Gesundheitsversorgung.

Im Hinblick auf die Sozialversicherung und deren Entwicklung lässt sich noch ergänzend erwähnen, dass diese aufgrund der Steuerungsprobleme auf der einen Seite wie auch des demografischen Wandels auf der anderen Seite ein Stück weit ihre Popularität eingebüßt hat. Betrachtet man die Staaten in der Europäischen Union, so kann konstatiert werden, dass die Staaten mit Sozialversicherungssystemen in der Minderheit sind. Die Mehrzahl der EU-Mitgliedsländer vertraut auf staatliche Systeme, die weitgehend aus Steuermitteln finanziert werden (Neubauer 2007). Auch in Deutschland gewinnt die Steuerfinanzierung der Sozialleistungssysteme für die einzelnen Parteien an Bedeutung. Schon heute wird etwa ein Drittel der Finanzmittel der Gesetzlichen Rentenversicherung aus Steuermitteln aufgebracht. Dennoch gilt das System der Sozialversicherung als spezifisch deutsche Errungenschaft, die sich u. a. durch eine weitgehende Unabhängigkeit vom Steuersystem kennzeichnet (Opielka 2004). In der Gesetzlichen Krankenversicherung ist bislang nur ein geringer Anteil der Ausgaben aus Steuermitteln finanziert. Doch auch der Gesundheitsfonds, welcher mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 begründet wurde, sah bzw. sieht eine Erhöhung des Steueranteils vor.

2.3 Strukturmerkmale der Gesundheits- und Sozialpolitik

Aus dem historischen Kontext heraus sowie in der Gestaltung des Gesundheitswesens haben sich Strukturmerkmale entwickelt und manifestiert, die nun erläutert werden sollen.

Das deutsche Gesundheitswesen stellt sich in seinen Entscheidungsstrukturen auf drei Ebenen analytisch dar. Wie in der nachfolgenden Grafik vorgestellt, finden sich neben der Gesetzesebene, eine Verbandsebene sowie eine Einzelebene. Die gesetzgebende, normierende Ebene ist die Makroebene, die die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung für die gesetzlich krankenversicherten Personen in der Bevölkerung vorgibt. Dies erfolgt über die Festlegung der Finanzierungssystematik und über weit reichende Steuerungsmechanismen i. S. von Rahmenvorgaben für das Sozialrecht (Rosenbrock und Gerlinger 2009). Inwieweit die Akteure der Makroebene aktiv auf die Geschehnisse im Gesundheitswesen Einfluss nehmen, ist insbesondere eine Frage der Sozialstaatstypologie und der damit verbundenen Ausprägung des wohlfahrtsstaatlichen Netzes (Schmid 2002). In Deutschland erfolgt dies im Sinne einer dualen Ordnung, in der dann die Rahmenvorgaben wie oben benannt dargestellt werden.

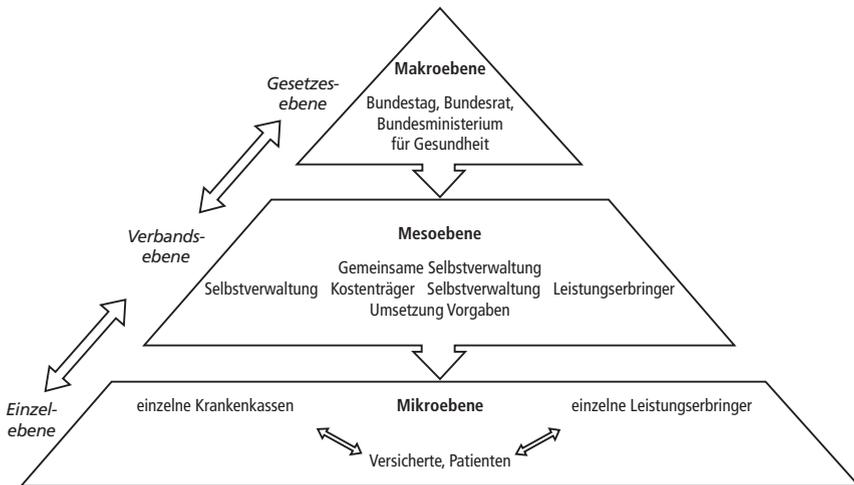


Abb. 2.1: Akteurebenen. Quelle: Eigene Darstellung auf Basis: Zdrowmyslaw N, Dürig W (1997), S. 115.

Die nachfolgende staatsmittelbare Mesoebene ist die Ebene der Verbände. Diese ist mit den gebündelten Organisationseinheiten der Krankenkassen und Leistungserbringer besetzt. Sie haben in ihrer Funktion als Körperschaften öffentlichen Rechts in erster Linie die Aufgabe, Vorgaben von der Makroebene handlungsorientiert umzusetzen (Rosenbrock und Gerlinger 2009). Historisch schlossen sich die Krankenkassen zu Verbänden zusammen und füllten lobbyartig den von der Makroebene vorgegebenen Rahmen aus bzw. leisteten fachliche Unterstützung in den anstehenden Gesetzgebungsverfahren (Simon 2013). Der Status dieser Körperschaften öffentlichen Rechts wurde allerdings durch die Regelungen des GKV-WSG 2007 revidiert. Mittlerweile laufen viele der einst den Krankenkassenverbänden zugewiesenen, öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf die Nachfolgeorganisation, den sogenannten GKV-Spitzenverband, zu. Örtlich betrachtet, orientiert sich die Ebene auch an regionalen Strukturen. Eine solche Struktur ist insbesondere in der stationären Versorgung anzutreffen. In diesem Sektor ist die Beteiligung der Bundesländer im Rahmen der so genannten, dualen Finanzierung vorgeschrieben. Danach werden die Investitionskosten durch das Land und die laufenden Betriebskosten durch die Krankenkassen getragen.

Die dritte Ebene – Mikroebene – betrifft einerseits die Arzt-Patienten- und andererseits die Arzt-Krankenkassen-Beziehungen. Hier findet die eigentliche Leistungserbringung am und mit dem Patienten bzw. die Abwicklung der Versicherungsleistungen und -gegenleistungen statt. Die ins Detail erarbeiteten Handlungsvorgaben werden hier angewendet. Das Handeln der Akteure wird dabei sektorenübergreifend als ein gesamtes Gefüge gesehen. Dabei ist der Patient von einem im hohen Maße kooperativen Handeln von den verschiedenen Leistungserbringern abhängig. Erfolgt dies nicht oder nur teilweise, kommt es zu Ineffizienzen und Redundanzen in Diagnostik und Therapie.