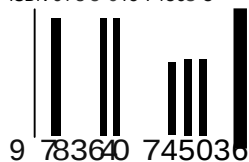


Reformen des Gesundheitssystems

Ein Überblick von der Nachkriegszeit bis in die Gegenwart

Studienarbeit



TU Dresden
Philosophische Fakultät
Institut für Politikwissenschaft
Wintersemester 2009/10

„Wirtschaftsordnung und Wirtschaftspolitik“

Seminararbeit

Thema:

**Die Reformen des Gesundheitswesens in der BRD.
Ein Überblick von der Nachkriegszeit bis in die Gegenwart.**

Abgabedatum: 26. März 2010

Verfasser: Hochmuth, Christian

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkiirzungsverzeichnis	3
1. Eintuhrung	4
2. Die Prinzipien des bundesdeutschen Gesundheitswesens	5
3. Expansionsphase	6
3.1 Wiederherstellung und Ausweitung der Leistungen	6
3.2 Die Kostenexplosion der siebziger Jahre	7
4. Kostendampfungsphase	8
5. Umstrukturierungsphase	9
5.1 Das Gesundheitsreformgesetz 1988	9
5.2 Weitere Reformen in den neunziger Jahren	10
6. Die Refonnen nach der Jahrtausendwende	11
6.1 Die Gesundheitsreform 2000	11
6.2 Das GKV-Modernisierungsgesetz 2003	11
6.3 Das GKV-Wettbewerbsverstiirkungsgesetz 2007	12
7. Zusammenfassung	13
Literaturverzeichnis	14

Abkürzungsverzeichnis

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KAiG	Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHKG	Krankenhauskostendiimpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendiimpfungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung

1. Einführung

In den letzten zehn Jahren gab es immer wieder Reformbemühungen um das Gesundheitswesen. Es folgte eine Gesundheitsreform der nächsten. Die Änderungen waren bei keiner marginal. Bei der Vielzahl an Veränderungen fällt es schwer den Überblick in diesem komplexen System zu behalten.

Seit den siebziger Jahren steigen die Kosten des Gesundheitssystems beständig und es stellt sich die Frage, wie man wirklich nachhaltig die Versorgung absichern kann ohne beständig defizitär zu arbeiten. Daneben hat das Gesundheitssystem mit dem ökonomischen Dilemma zu kämpfen, dass mit der durch medizinische Entwicklung herbeigeführte Verlängerung der Lebenserwartung, auch die Anzahl der benötigten Leistungen ansteigt. Immer mehr Menschen sind länger aufrechter werdende Maßnahmen angewiesen.

Dieser Text soll deshalb einen Überblick über die Reformen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland geben von der Nachkriegszeit bis in die Gegenwart. Dabei ist es nur verständlich, dass diese Arbeit nur die wichtigsten Punkte ansprechen kann und auch hierbei keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Jedoch lässt sich skizzieren, wie so die Kosten des Systems anstiegen und welche Mittel aufgewendet wurden, um dieser Entwicklung entgegen zu treten.

Zuerst werde ich mich den Grundprinzipien des Gesundheitswesens widmen, da diese den Anspruch und die äußere Rahmung aller Reformen darstellen. Da sich manche Prinzipien innerhalb des untersuchten Zeitraums verändert haben, wird der heutige Stand angeführt. Daran anschließend verlagert sich der Blickpunkt auf die Expansionsphase des Systems in den fünfziger bis siebziger Jahren. Dem folgt ein Überblick über die Kostendämpfungsphase bis in die achtziger Jahre, welche die bis heute nicht abgeschlossene Kostendämpfungsphase einleiteten. Als nächstes werden das Gesundheitsreformgesetz von 1989 und die Veränderungen im wiedervereinigten Deutschland betrachtet. Inhaltlich schließe ich mit den Reformen der vergangenen zehn Jahre ab und werde die Arbeit danach kurz zusammenfassen.

Meine Arbeit fußt im Besonderen auf der Darstellung von Heike Andreas „Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie in der Bundesrepublik Deutschland“ (1994) und dem Buch Michael Simons, „Das Gesundheitssystem in Deutschland“ (2010).

2. Die Prinzipien des bundesdeutschen Gesundheitswesens

Grundlegend muss vor der Betrachtung der Reformen des deutschen Gesundheitswesens, ein Überblick über seine Prinzipien gegeben werden. Man versteht darunter die Leitlinien des Systems. Hierbei zu nennen sind das Selbstverwaltungsprinzip, das Sicherstellungsprinzip, die Versicherungspflicht, das Solidaritätsprinzip, das Sachleistungsprinzip, das Subsidiaritätsprinzip und das Prinzip der freien Arztwahl (Vgl. Braun 2002: 16; Simon 2010: 73-92).

Selbstverwaltung bedeutet, dass der Staat nur den Rahmen des Gesundheitswesens festlegt und die Krankenkassen mit den Leistungserbringern im Wesentlichen das System eigenverantwortlich gestalten. Der Gesetzgeber achtet hierbei nur auf die Einhaltung von Recht und Gesetz. Da das Sozialrecht alle wesentlichen Bereiche abdeckt ist der tatsächliche Handlungsspielraum allerdings gering (Vgl. Simon 2010: 90f.).

Das Sicherstellungsprinzip oder auch Bedarfsdeckungsprinzip legt fest, dass „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden“ (Specke 2005: 226).

Mit Hilfe des Solidaritätsprinzips wird eine Einkommensumverteilung erzeugt, welche die sozialen Unterschiede ausgleichen soll. Keinem soll aufgrund fehlender wirtschaftlicher Leistung eine notwendige medizinische Versorgung vorenthalten werden. Damit wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihrem Anspruch als Sozialversicherung gerecht. Es ist das wichtigste Prinzip des deutschen Gesundheitswesens. Um die Solidargemeinschaft beieinander zu halten, gilt die Versicherungspflicht. So wird sichergestellt, dass jeder Versicherte den gleichen Leistungsanspruch genießt, unabhängig von dem tatsächlich eingezahlten Gegenwert (Vgl. Andreas 1994: 22f.).

Unter dem Sachleistungsprinzip versteht man, dass den Versicherten jegliche medizinische Hilfestellung nur in Form von Sach- oder Dienstleistungen übertragen wird. Finanzielle Mittel werden nur zwischen Versicherer und Leistungserbringer ausgetauscht. Kritiker bemängeln die Intransparenz des Systems, welches den Leistungserbringern zu viel unkontrollierten Spielraum lasse (Vgl. Specke 2005: 517ff.).

Zum Zwecke Mehrkosten durch Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden, liegt der freien Wahl des Arztes auch die Bindung an selbigen zu Grunde. Die entsprechenden Haus- und Fachärzte sollten nur aus wichtigen Gründen gewechselt werden (ebd. 2005: 28).

Es gilt eine Versicherungspflicht für alle in Deutschland lebenden Menschen. Damit soll das Ziel eines möglichst breiten Risikoausgleichs erfüllt werden. Kernpunkt des Konzepts ist die Verringerung der Kosten für den Einzelnen. Versicherungspflichtig in GKV ist der, dessen Einkommen unter der gesetzlich festgelegten Versicherungspflichtgrenze liegt (Vgl. Simon 2010: 87ff.).

Das Subsidiaritätsprinzip verlangt nach der Eigenverantwortung des Menschen. Es fordert „class Lasten, die vo[m] Individuum[...] getragen werden können, auch von diesem übernommen werden und die jeweils größere Solidargemeinschaft erst eintritt, wenn die kleinere Gemeinschaft überfordert ist“ (ebd. 2010: 82).

3. Expansionsphase

3.1 Wiederherstellung und Ausweitung der Leistungen

Der Ausgangspunkt für die Probleme des deutschen Gesundheitswesens findet sich in seiner beständigen Expansion bis in die siebziger Jahre. Nicht nur die Menge der Leistungen wurde erhöht, sondern auch die Anzahl der Leistungsempfänger und somit die der nötigen Ausgaben. In den Nachkriegsjahren stand die Wiederherstellung des Systems im Vordergrund. Erst ab Mitte der sechziger Jahre war die Modernisierung zentrales Augenmerk. Ab dem Jahr 1951 wurde die Selbstverwaltung wieder eingeführt und den Krankenkassen vier Jahre später ihre zentrale Rolle im Gesundheitswesen eingeräumt. In den darauffolgenden beiden Jahren wurden die Rentner vollwertig in die Krankenkassen übernommen und eine Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall (90% des Nettoarbeitsentgeltes) eingerichtet. Anfang bis Mitte der siebziger Jahre dehnte man die Versicherungspflicht auf Landwirte, Studenten und Behinderte aus. Mit dem Jahr 1971 wurde die Finanzierung von Früherkennungsmaßnahmen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen (Vgl. Simon 2010: 32-39.). Im folgenden Jahr brachte man das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf den Weg, welches die defizitäre Situation in den Krankenhäusern deutlich verbesserte, aber längerfristig zu neuen finanziellen Problemen führte, da auch über die Bedarfsplanung hinausgehende Kosten übernommen wurden und sich kein wirtschaftlicher Anreiz bot effizienter zu arbeiten (Vgl. Andreas 1994: 64ff.). Außerdem wurde das vorher zumeist kirchliche und kostengünstige Personal zunehmend durch teurere Fachkräfte ersetzt (Vgl. Alber 1992: 44).

3.2 Die Kostenexplosion der siebziger Jahre

Die Diskussion um das deutsche Gesundheitssystem kam in den siebziger Jahren in Fahrt. Man erlebte eine Kostenexplosion¹ und musste aufgrund der höheren Leistungsausgaben mit Einschränkungen für die Zukunft planen. Dies wurde besonders durch die Ölkrise verursacht, die wiederum zu einer steigenden Arbeitslosigkeit führte (Vgl. Simon 2010: 40). Der Anteil der Kosten des Gesundheitssystems am Bruttosozialprodukt betrug 1970 noch 10,4 %. Nur sechs Jahre später hat dieser sich um 2,5 Punkte auf 12,9% erhöht. Den größten und immer weiter zunehmenden Teil der Ausgaben verursachte die GKV. Mittels Beitragssatzerhöhungen wollte man dieser Entwicklung entgegenreten. Auslöser dieses Problems findet man in der Steigerung der Verwaltungskosten und den vermehrten Leistungsausgaben, besonders im Bereich der Krankenhausbehandlung. Ökonomen führten die Entwicklung auf den technischen Fortschritt und den Mehrwert der Gesundheit in der Vorstellung der Bevölkerung zurück (Vgl. Andreas 1994: 42ff.).

In diesem Zusammenhang beschäftigte man sich in der Bundesrepublik mit dem umstrittenen moral-hazard-Phänomen. Diese Theorie geht davon aus, dass jeder Leistungsempfänger nutzenmaximiert handelt und somit so viele Leistungen des Gesundheitssystems für sich beansprucht bis er zufrieden ist; alles unter der Annahme, dass der Versicherte selbst keine Leistungen außer den festen Beiträgen zusteuern muss. Der Begriff moral-hazard bezeichnet nun das Risiko einer Beitragserhöhung, wenn alle Empfänger sich in dieser Art und Weise verhalten. Dieses Risiko und auch dessen eventuelle Verwirklichung halten die Versicherten jedoch nicht zurück, sondern werden durch eine Anhebung des Beitragssatzes nur bestätigt einen noch höheren individuellen Leistungsanspruch auszukosten. Die Theorie ist aber nur bedingt anwendbar da sie weder den Bildungsgrad der Empfänger, noch die negativen Auswirkungen einer Leistung, wie Schmerzen, berücksichtigt (Vgl. ebd. 1994: 51f.).

Der beobachteten Negativentwicklung antwortete man mit den Kostendämpfungsgesetzen, die auch auf das beschriebene Phänomen einwirkten.

¹ Von Heiner Geißler 1974 geprägtes Schlagwort im Zusammenhang seiner empirischen Untersuchungen zum Gesundheitswesen.

4. Kostendämpfungsphase

Beginnend Ende der siebziger wurden bis Mitte der achtziger Jahre mehrere Gesetze auf den Weg gebracht, die unter dem Begriff „Kostendiimpfungsgesetze“ der Problematik Herr werden sollten.

Das erste und wahrscheinlich wichtigste dieser Gesetze war das Krankenversicherungs-Kostendiimpfungsgesetz (KVKG) aus dem Jahr 1977. Ziel der Regierung war es trotz der Finanzmitteleinsparung den Versorgungsstand weiterhin auf gleichem Niveau zu halten und außerdem die Weiterentwicklung desselbigen nicht einzuschränken. Mittels der sogenannten „Einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“, welche die Ausgaben der GKV an die Einkommen der beitragspflichtigen Mitglieder koppelte, glaubte man dieses Ziel erreichen zu können. Besonderen Wert legte man auf die Leistungstransparenz. Einerseits sollten die Anbieter von Gesundheitsleistungen durch eine Preisvergleichsliste für Medikamente in ihrer Wirtschaftlichkeit unterstützt werden, andererseits führte man Zuzahlungen für bestimmte Medikamente ein und strich manche ganz aus dem Leistungskatalog. Durch den Ausschluss dieser sogenannten Bagatellarzneimittelversuchte man die Leistungen für schwerere Krankheitsfälle² zu sichern. Als empfehlendes Organ wurde die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) geschaffen, die jährlich einen Vorschlag für die Gesamtvergütung und die Höchstbeträge für Medikamente einbrachte (Vgl. Andreas 1994: 60-64).

Ergänzt wurde das Gesetz unter anderem vom Krankenhauskostendiimpfungsgesetz (KHKG) 1981 und dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) 1984, welche mit Anreizen für wirtschaftliches Handeln den Anstieg der Krankenhauskosten ausbremsen sollten. Besonders die Regelungen des KHKG brachten keinen langfristigen Fortschritt.

In den Anfangsjahren der Kostendiimpfungsphase wurden durchaus Erfolge erzielt. Jedoch mussten aufgrund der Defizite die ab 1984 auftraten, die Beitragssätze im darauffolgenden Jahr erhöht werden. Es gelang nicht mehr die Ausgabenentwicklung auf die der Einkommen abzustimmen. Dies galt besonders für den Krankenhaussektor. Desweiteren wird argumentiert, dass die Ausgaben nicht tatsächlich gesenkt wurden, sondern man nur die Kosten von der GKV hin zum Verbraucher verschob. Außerdem wurde mit der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) die Gesetzliche Rentenversicherung auf Kosten der GKV entlastet, was die Ausgaben nochmals deutlich erhöhte (Vgl. Andreas 1994: 64-71).

² Wirksam wurde dieser Ausschluss allerdings erst 1983 mit dem Haushaltbegleitgesetz, da zuvor noch nicht eindeutig geklärt war, welche Medikamente davon betroffen seien.

5. Umstrukturierungsphase

5.1 Das Gesundheitsreformgesetz 1989

Vor dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) stellte sich die Situation in der Bundesrepublik folgendermaßen dar: Das System befand sich in einer Schieflage zwischen Über- und Unterversorgungen. Einerseits gab es zu viele Ärzte und Apotheker und die Betten in den Krankenhäusern waren nur unzureichend belegt, andererseits fehlte es an der Versorgung psychischer Erkrankungen.

Da bisher die Kosten nur durch Beitragserhöhungen gedeckt werden konnten, sollten jetzt andere Maßnahmen helfen. Das schon angeführte Problem des moral-hazard-Phänomens im Gesundheitssystem stellt sich hier deutlich dar. Die Versicherten bekamen eine volle Leistung ohne Begrenzung zugesichert. Was bei den einen tatsächlich, wie angedacht nur vor dem Risiko schützte, konnte anderweitig ausgenutzt werden. Mit immer höheren Beitragssätzen fühlte sich der Arbeitnehmer besteuert, auch mehr Leistungen in Anspruch zu nehmen, was zu einer Negativspirale führte. Nalenz bezeichnet diesen Sachverhalt, als „Ausbeutung aller durch alle“ (Vgl. Nalenz 1996:50).

Der Maßnahmenkatalog enthielt unter anderem Erhöhungen und weitere Neueinführungen von Zuzahlungen, die Einführung eines Festbetragssystems, die Erweiterung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die Einführung von Maßnahmen zur Prävention beziehungsweise zur Früherkennung und die Überführung des Krankenversicherungsrechts in das Sozialgesetzbuch.

Damit wurde das Solidaritätsprinzip neu bestimmt und dahin gehend verschoben, Leistungen wirklich nur bei Notwendigkeit zu gewähren. Damit wurde die Eigenverantwortung weitererhöht (z.B. durch Sparanreize) und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens verbessert. Jedoch blieben in diesem Reformkatalog die Finanzprobleme rund um die Krankenhäuser außen vor, was einen Kostenschwerpunkt somit nicht eindämmte (Vgl. ebd. 1996: 51).

Ein Kernstück der Reform war die Einführung der Festbeträge für Arzneimittel. Darunter versteht man einen Höchstzahlungsbetrag der GKV für ausgewählte Medikamentengruppen. Wählt der Patient ein teureres Produkt³ aus diesem Portfolio, muss er selbst die zusätzlichen Kosten zahlen (Vgl. Andreas 1994: 82f.).

³ Solche Preisunterschiede entstehen durch Medikamente, welche nach dem Ablauf eines Patents, selbiges in Anspruch nehmen und somit Kosten in der Forschung sparen können.

„Die wohl bedeutendste strukturelle Veränderung im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung war der Einstieg in die soziale Absicherung des Pflegefallrisikos durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989“ (Simon 2010: 41).

Mit dem GRG wurde das Ziel verfolgt, die Beitragssätze stabil zu halten und die Ausnutzung der Solidargemeinschaft einzugrenzen. Ersteres scheiterte, Zweiteres konnte auch nur bedingt erreicht werden.

Da die Kosten des Gesundheitswesens trotz des GRG weiterhin anstiegen, mussten weitere kostendämpfende Maßnahmen in Angriff genommen werden. Der Beitragssatz innerhalb der GKV überstieg nun weitläufig die 13 Prozent und deren Defizite wurden immer größer. Beeinträchtigt wurde die ohnehin schon schlechte Lage durch ein sinkendes Wirtschaftswachstum, steigende Arbeitslosigkeit und die hohen Kosten für die Eingliederung der neuen Bundesländer (Vgl. Nalenz 1996: 52).

5.2 Weitere Reformen in den neunziger Jahren

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 führte die Reformen fort. Es war ebenfalls auf die Stabilisierung der Beitragssätze ausgerichtet und wurde auf Basis der sogenannten „Seehofer-Papiere“ aus der Feder des damaligen Gesundheitsministers initiiert. Dieser prognostizierte ein Rekordhoch an Beitragssätzen für die Versicherten und ein Rekorddefizit der Versicherer. Um die Stabilität zu sichern wurden die Ausgaben der Krankenkassen budgetiert. Das betraf hauptsächlich die innerhalb von Krankenhäusern verursachten Kosten und den Verwaltungsaufwand. Das als Übergangslösung angedachte System blieb bestehen. Dem Problem der unverhältnismäßig hohen Anzahl an Ärzten, welches durch die 1961 beschlossene Niederlassungsfreiheit und dem damit ausgelassenen deutlichen Anstieg der Medizinstudenten ihren Anfang nahm, trat man mit härteren Zulassungsbeschränkungen entgegen. Viele Medikamente wurden durch eine erneute Zuzahlungsanhebung teurer. Die im GRG verpasste Reformierung der Krankenkassen holte man im GSG nach. Die freie Wahl der Krankenkasse, die 1996 in Kraft trat, schaffte Konkurrenz und Innovation im System. Um zu verhindern, dass Krankenkassen mit besonders risikoreichen Mitgliedschaft die Beitragssätze erhöhen müssen, was wiederum zu Mitgliederverlust und weiteren Anhebungen führen würde, wurde der Risikostrukturausgleich etabliert. Nur der Risikostrukturausgleich machte es möglich, dass Krankenkassen mit einkommensschwachen Mitgliedern und hohen Morbiditätsraten gegenüber den weniger risikobehafteten Kassen marktfähig blieben (Vgl. Simon 2010: 54; Andreas 1994: 87f.; Hajen u.a. 2005: 277f.).

Mit dem Jahr 1994 wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz das Risiko der Pflegebedürftigkeit aus der GKV ausgelagert und in der gesetzlichen Pflegeversicherung als Ergänzung zu den schon vorhandenen Sozialversicherungen etabliert. Da diese aber trotzdem heute unter dem Dach der GKV verwaltet wird, müssen die privaten Krankenkassen ihren Mitgliedern ähnliche Leistungen bieten (Vgl. Simon 2010: 54f.).

6. Die Reformen nach der Jahrtausendwende

6.1 Die Gesundheitsreform 2000

Die Gesundheitsreform 2000 brachte eine neue Finanzierung der Krankenhäuser mit sich. Zwar hatte man schon 1995 Abstand vom Budgetsystem genommen, umgestellt wurde die Finanzierung allerdings erst mit dieser neuen Reform. Man entschied sich ein Fallpauschalensystem zur Modernisierung einzuführen und wählte dazu das in Australien angewendete Modell. Desweiteren wurden die GKV und die PKV im Bereich der Mitgliedschaft ab 65 Jahren angeglichen. Damit begegnete man dem starken Anstieg der Mitgliedsbeiträge in der PKV mit zunehmendem Alter und verpflichtete sie einen branchenüblichen Tarif anzubieten. Dem Begriff der Negativliste, also den Medikamenten, welche von den Leistungen der GKV ausgeschlossen sind, wurde nun eine Positivliste entgegengesetzt und man regelte ab sofort, welche Medikamente mit Leistungen zu versehen seien. Außerdem wurde die Position des Hausarztes gestärkt (Vgl. Simon 2010: 56f.).

Trotz dessen waren die Ausgaben immer noch zu hoch, was vor allen Dingen an dem im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr gut ausgestatteten Leistungskatalog der GKV lag. Kritisiert wurde, dass man trotz der hohen Ausgaben insgesamt nur durchschnittliche Gesundheitsergebnisse erzielte (Vgl. Baur u.a. 2001:48f.).

6.2 Das GKV-Modernisierungsgesetz 2003

Auch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hatte das Ziel weiterer Einsparungen. Deshalb sollte der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV komplett ausgeschlossen werden. Dieser Beschluss wurde aber nach wenigen Monaten wieder aufgehoben. Andere Zuwendungen schloss das Gesetz aber tatsächlich aus. Dazu gehörten unter anderem finanzielle Unterstützung für Brillen und Kontaktlinsen, Sterilisation, Übernahme von Fahrtkosten, sowie nichtverschreibungspflichtiger Medikamente. Die Finanzierung des Kranken-

geldes wurde vollständig zu Lasten der Arbeitnehmer verschoben, die mit einem Zusatzbeitrag von 0,9 % zum allgemeinen Beitragssatz ab diesem Zeitpunkt die Kosten trugen⁴. Mit dem GMG wurden außerdem die Praxisgebühr (10€ pro Quartal für die Nutzung ambulanter Leistungen) und die Zuschläge zur stationären Behandlung im Krankenhaus (10€ pro Tag, jedoch höchstens 280€ im Jahr) eingeführt. Mit dieser umfangreichen Gesundheitsreform wurde auch das Mutterschaftsgeld ausgegliedert und die Kosten dem Bundeshaushalt zu Lasten gelegt. Außerdem einigte man sich auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die jedoch bis heute noch nicht in der Praxis angekommen ist. Auf ihr soll die medizinische Vorgeschichte des Patienten schnell abrufbar gespeichert werden (Vgl. Simon 2010: 58f.).

Außerdem verbesserte man mit dem GMG die Patientenversorgung durch die Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), welches den Nutzen neuer Medikamente bewerten und Leitlinien für die Behandlung von wichtigen Krankheiten entwickeln sollte. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneimitteln (Kosten/Nutzen-Vergleich zu anderen Medikamenten mit gleichem Behandlungsziel) wurde aber erst durch das GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführt (Vgl. Hajen u.a. 2005: 292f.).

6.3 Das GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetz 2007

Die große Koalition aus CDU/CSU und SPD beschloss 2007 die zum jetzigen Zeitpunkt jüngste Gesundheitsreform. Das GKV-WSG veränderte die Finanzierung der Krankenkassen komplett. Die Beiträge der Mitglieder fließen statt zu ihrem Versicherer in den Gesundheitsfond. Aus diesem werden die Kosten der Krankenkassen nach einem standardisierten Leistungsbedarf gedeckt. Neben dem allgemeinen Beitragssatz können die Krankenkassen von ihren jeweiligen Mitgliedern Zusatzbeiträge verlangen, wenn die Zuwendungen aus dem Gesundheitsfond nicht ausreichen. Weitere Reformen waren unter anderem die Schaffung der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“, der die Selbstverwaltung für alle Kassen ausübt, und die Ausdehnung der Versicherungspflicht nun auf alle Einwohner der Bundesrepublik. Die Budgetierung der ambulanten Behandlung wurde zugunsten einer Gebührenordnung abgeschafft und der Übergang von der GKV zur PKV erschwert (Vgl. Simon 2010: 60f.).

⁴ Hiermit nahm man Abstand von der paritätischen Kostenaufteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

7. Zusammenfassung

Mitte der siebziger Jahre beobachtete man eine Kostenexplosion im Gesundheitssystem, die vor allen Dingen durch den angewachsenen Leistungskatalog der GKV und der Ölkrise mit ihren Folgen ausgelöst wurde. Um die Ausgaben zu senken, wurden die Kostendämpfungsgesetze beschlossen, die aber nur begrenzte Wirkung zeigten. Eine Verbesserung der Lage blieb teilweise komplett aus oder trat nur temporär ein. Dem überproportionalen Anstieg der Kosten waren die Gesetze nicht gewachsen und mussten deshalb immer wieder ergänzt werden. Die Reformen seit den neunziger Jahren verschieben den Fokus auf die Wirtschaftlichkeit des Systems. Elemente des freien Marktes wurden eingeführt um Wettbewerb zwischen den Kassen zu erzeugen. Mittels des Risikostrukturausgleichs konnte man die GKV gegenüber der PKV konkurrenzfähig halten. Den verantwortlichen Umgang mit medizinischen Leistungen durch die Patienten erzwang man mit Zuzahlungen. Dem moral-hazard-Phänomen ist man, so umstritten es auch war, auf diesem Weg entgegen getreten, sodass es heute kaum noch Wirkung zeigt. Im Bereich der Eigenverantwortung sind aber auch noch weitere Maßnahmen möglich. Jährlich werden ungefähr 80 Milliarden Euro für die medizinische Versorgung von Krankheiten aufgebracht, die durch eine gesündere Lebensweise beinahe ausgeschlossen werden könnten (Vgl. Specke 2005: 122).

Die Beobachtung zeigt, dass sich die Perspektive des Gesundheitswesens deutlich verschoben hat. War man am Anfang noch besonders stolz auf den Charakter eines sozialen Wohlfahrtsstaates, der viele medizinischen Leistungen für den Bürger trägt, so achtet man heute darauf, alles nicht absolut Notwendige zu streichen und mit Zuzahlungen einerseits Kosten zu decken, andererseits Leistungsmissbrauch auszuschließen. Kennzeichnet ist das Gesundheitssystem aber auch von der Leitlinie, den erreichten Standard nicht aufzugeben und die Grundversorgung für alle Bürger zu decken. Dafür stehen die Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems.

Der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung soll bis 2040 auf 35% steigen (Vgl. Baur u.a. 2001: 12). Um die Kosten dieser Entwicklung decken zu können, mussten die Einkommen enorm ansteigen. In Anbetracht der momentanen wirtschaftlichen Situation in Deutschland und Europa, sowie der Verschiebung der Märkte zunehmend in den asiatischen Raum, kann davon aber kaum ausgegangen werden.

Heute, drei Jahre nach der letzten großen Gesundheitsreform, arbeitet die Regierung an einem Nachfolgemodell. Wie dieses genau aussehen soll ist noch nicht klar. Jedoch bleibt es dabei, dass Kosten gesenkt werden müssen.

Literatur

Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.

Andreas, Heike, 1994: Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie in der Bundesrepublik Deutschland. Die ökonomische Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen von der Kostenexplosion bis zum Gesundheitsstrukturgesetz. Köln: Botermann&Botermann.

Baur, Rita/Heimer, Andreas/Wieseler, Silvia, 2001: Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, in: Biicken, Jan/Butzlaff, Martin/Esche Andreas (Hrsg.): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. 3. Auflage; Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Braun, Thomas, 2002: Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. Geographische Möglichkeiten und Perspektiven am Beispiel von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sankt Augustin: Ascard-Verlag.

Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald, 2005: Gesundheitsökonomie. Strukturen-Methoden-Praxis. 5. Auflage; Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Nalenz, Michael, 1996: Veränderungen im Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland von der Bismarck'schen Gesetzgebung bis zur Gegenwart. Geschichtliche Entwicklung, Bilanz und Perspektiven. Dresden: unveröffentlichte Inauguraldissertation.

Simon, Michael, 2010: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage; Bern: Verlag Hans Huber.

Specke, Helmut K., 2005: Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten-Fakten-Akteure. 3., vollständig überarbeitete Auflage; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Literatur

Besuchen Sie uns, indem Sie auf den folgenden Websites:

[SEMINARSKI RADOVI](#) [DIPLOMSKI](#) [MATURSKI](#)
[RAD SEMINARSKI](#) [DIPLOMSKI RAD](#)
[SEMINARSKI](#)
[ESEJI](#) [FACEBOOK SEMINARSKI](#)

Mit der Gründung dieses Projekt zur Erfüllung der gegenwärtigen und dem Bedarf an spezialisierten Team, welches auf Studenten und Jugendliche in wird eine rechtzeitige und angemessene Akt in einer Bildungs-und Zwangsführung Richtung, sondern stellen eine wirksame Unterstützung in Schreiben ihre eigenen Papiere (Seminare, Abschluss, prom, Diplom, Master, Master, PhD, Essays)

Team Elite Interpreter interpretiert für Sie mit der folgenden und SPRACHEN:

ENGLISCH, FRANZÖSISCH, SPANISCH, DEUTSCH, ITALIENISCH