

2 Initiativen im Politikfeld Gesundheit

Als Gesundheitspolitik bezeichnet man Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitsvorsorge und der Behandlung von Krankheiten und Krankheitsfolgen der Bevölkerung (Murswieck, 2003, S. 223). Die Gesundheit der Bevölkerung soll gesichert und die Risiken des Krankheitsfalls sollen abgemildert werden.⁶ Gesundheitspolitik beinhaltet die Formulierung, Umsetzung und Bewertung verbindlicher Entscheidungen bezüglich dieser Maßnahmen (Bandelow, 1998, S. 17).

Organisatorisch, rechtlich und finanziell erfolgt Gesundheitspolitik in Deutschland hauptsächlich durch Krankenversicherungsgesetzgebung. Da die Gesundheitsversorgung in Deutschland versicherungszentriert ist, ist Gesundheitspolitik hauptsächlich Krankenversicherungspolitik und die GKV bildet die organisatorische Grundlage des deutschen Gesundheitswesens (Murswieck, 2003, S. 223). Sie ist das institutionelle Versprechen, in einer gesundheitlichen Krisensituation die notwendige medizinische Hilfe zu erhalten und während der Krankheit finanziell abgesichert zu sein (Wendt, 2013, S. 344). Parallel existiert auch eine private Krankenversicherung (PKV), die sich im Versichertenkreis und wettbewerblichen Leitsätzen unterscheidet. In der PKV sind 11,6 Prozent der Bevölkerung versichert, in der GKV 87,9 Prozent.⁷

Diese Kernaufgabe der Absicherung, die ein Sozialstaat – oder auch Wohlfahrtsstaat – neben der Gesundheitsversorgung in vielen gesellschaftlich relevanten Feldern, wie z.B. Arbeitslosigkeit und Altersversorgung, übernimmt, kann inhaltlich und organisatorisch-institutionell unterschiedlich ausgestaltet sein. Esping-Andersen (1990) nennt drei Typen (sog. Regime): Das liberale, das konservative und das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsregime. Deutschland ordnet er dem konservativen Wohlfahrtsstaatsregime zu, wobei dieses im Wesentlichen durch eine beitragsfinanzierte Sozialversicherung gekennzeichnet ist, die in Teilen einer Äquivalenz der eingezahlten Beiträge und der ausgezahlten Leistungen verpflichtet ist. Auch die Einbindung von Verbänden und Gewerkschaften in die Steuerung des Systems wird als hoch eingeschätzt (Siegel, 2007, S. 265). Rothgang (2006, S. 303ff.) stellt in seiner Typologie die Regulierung von Leistungen und deren Fi-

⁶ Die Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Gesundheit als einen Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und geht damit über die Abwesenheit von Krankheit hinaus (WHO, 1946).

⁷ Die private Krankenversicherung als Vollversicherung kann nur nutzen, wer einen bestimmten Beschäftigungsstatus oder eine bestimmte Einkommenshöhe erreicht. Sie gilt als unsolidarisch, da sich ihre Beiträge weitestgehend an der Morbidität der Versicherten orientieren, was kranke und alte Menschen benachteiligt (vgl. Passon et al., 2013, S. 105, 115f.). Durch Ihre Zugangsbeschränkungen bleibt die PKV eine Ausnahme in der Krankenversicherung der Bevölkerung und die GKV der „Normalzustand“, der auch in dieser Arbeit den Schwerpunkt bildet.

finanzierung in den Vordergrund und ordnet die GKV der Bundesrepublik als Idealtypus eines Sozialversicherungssystems mit gesellschaftlicher Selbstregulierung, gesellschaftlicher Finanzierung und gesellschaftlichen Leistungen, jedoch mit einer Tendenz zur verstärkten staatlichen Regulierung mit wettbewerblichen Elementen, ein.

Das Politikfeld Gesundheit weist eine beitragsfinanzierte Versicherung in seinem Kern auf, welche in wichtigen Fragen staatlich gesteuert wird. Eine politische Steuerung erfolgt im Wesentlichen durch die Gesetzgebung auf Bundesebene. Mittels Gesetzesinitiativen können politische Akteure das Gesundheitswesen steuern. Die Besonderheiten des Politikfelds Gesundheit liegen jedoch bereits in der Anlage des deutschen Gesundheitssystems. Es sind die Bedingungen gesundheitspolitischer Initiativen, welche im folgenden Absatz beleuchtet werden sollen.

2.1 Bedingungen gesundheitspolitischer Initiativen

Eine Reihe von Besonderheiten kennzeichnet das Politikfeld Gesundheit und beeinflusst politische Initiativen in diesem Politikfeld. Dazu zählen zunächst bestimmte strukturelle Grundanlagen des deutschen Gesundheitssystems, wie Prinzipien und Ziele der Gesundheitspolitik in Deutschland, sowie die Konstellation politischer Akteure, insbesondere ihre Bedeutung für die Gesetzgebung, aber auch – im Sinne der hier untersuchten These – die Relevanz des Politikfelds für die Wähler. Die genannten Punkte sollen im Folgenden näher beleuchtet und fixiert werden. Dies ist ein relevanter Schritt für die geplante Untersuchung. Aus den Zielkonflikten lassen sich die zu untersuchenden Politikfeldebene ableiten und aus der Akteurskonstellation lässt sich u.a. die Fallauswahl begründen.

2.1.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Finanzierung als Kernfrage der Gesundheitspolitik

Die GKV steht im Zentrum des deutschen Gesundheitssystems und nimmt eine zentrale Verteilerfunktion ein. Sie erhält die Beiträge der Versicherten als Einnahmen, verwaltet diese und bestimmt über die Verteilung als Ausgaben für Leistungen an Leistungsträger und Versicherte. Das gegenwärtige Modell ist historisch gewachsen und hat seinen Ursprung in der Einführung der GKV 1883 als erstes Sozialversicherungssystem auf nationaler Ebene. Diese blieb in ihren Grundpfei-

lern bis heute bestehen, hat sich jedoch in ihrer Organisationsform, ihrer Finanzierung und ihren Leistungen mehrfach gewandelt.⁸ Die Prinzipien der Selbstverwaltung der GKV bei staatlicher Rahmengesetzgebung, Beitragszahlung als Anspruchsgrundlage und die Übertragung von Aufgaben der Sicherstellung auf Leistungserbringer, insb. die Kassenärztlichen Vereinigungen, und damit die Trennung von Finanzierungs- und Versorgungsstruktur, bildeten auch in der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg die Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems (Wendt, 2013, S. 352).⁹

Die GKV ist ein Mechanismus zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen und als solche in Krankenkassen organisiert. Die Krankenkassen sind Träger der GKV. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit einer Selbstverwaltung. Sie organisieren sich also unabhängig vom Staat und sind nicht direkt weisungsgebunden an diesen. Der Staat gestaltet jedoch den Rahmen, in dem der Mechanismus der GKV funktioniert. Insgesamt gilt im internationalen Vergleich das Ausmaß staatlicher Regulierung als hoch (vgl. Simon, 2013, S. 123). Innerhalb des Rahmens, den der Staat vorgibt, erfolgt die Finanzierung in einem Dreiecksverhältnis zwischen Krankenversicherung, Leistungserbringern und Versicherten (Simon, 2013, S. 139f.). Versicherte erwerben in diesem System durch ihre Beitragsleistung an die Krankenkasse einen Anspruch auf weitestgehend unentgeltliche ärztliche und medikamentöse Versorgung. Die Finanzierung erfolgt größtenteils nicht über Steuergelder¹⁰, sondern über die Beiträge, die je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern entrichtet werden und in ihrer Höhe vom Lohn der Arbeitnehmer abhängen. Bei den Beiträgen handelt es sich um Lohnnebenkosten, die direkt mit dem Gehalt verrechnet und vom Arbeitgeber abgeführt werden (Murswiek, 2003, S. 224).

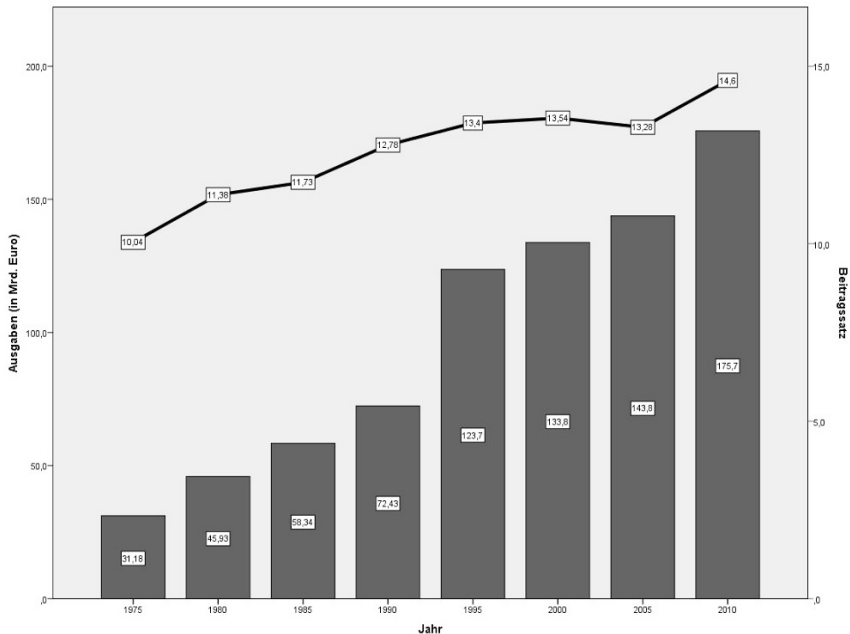
Die Nachfrage nach Leistungen im Gesundheitssystem wird nahezu gar nicht durch Preise reguliert. Als Nachweis des Anspruchs dienen Versichertenkarte, Einweisungs- und Überweisungsscheine oder Rezepte. Der Verzicht auf eine Steuerung der Nachfrage über Preise ist dabei sozialpolitisch gewollt, da niemand aufgrund zu geringer Kaufkraft von den Leistungen des Gesundheitssystems ausgeschlossen werden soll. Diese Preisunabhängigkeit hat aber zur Folge, dass die Patienten die bestmöglichen Leistungen in größtmöglichem Umfang nachfragen. Lediglich über das Instrument der im Verhältnis zu den Leistungskosten geringen

⁸ vgl. Busse/Riesberg (2005, S. 14-35), weitere ausführliche historische Überblicke u.a. bei Beske/Hallauer (1999), und Pilz (2004).

⁹ Die GKV bzw. die Krankenkassen selbst können also bspw. keine Krankenhäuser unterhalten und somit die Leistungserbringung direkt selbst übernehmen, sondern sind lediglich für die Finanzierung zuständig.

¹⁰ Erst seit Einführung des Gesundheitsfonds beteiligt sich der Staat mit einem geringen Anteil an den Ausgaben der GKV.

Eigenbeteiligungen der Versicherten wird versucht, die Nachfrage zu kontrollieren. Zudem bestimmen die Ärzte nicht nur das Angebot an Leistungen, sondern auch die Nachfrage. Die Entscheidung, welche Leistungen medizinisch notwendig sind, liegt aufgrund mangelnden Fachwissens nicht beim Patienten, sondern beim behandelnden Arzt (Lampert/Althammer, 2004, S. 253f.).



Darst. 1: Ausgaben und Beitragssatz der GKV 1975-2010

(Ausgaben in Balken, Quelle: BMG - Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesarbeitsblatt, KJ 1, KM 1, KV 45, Eigene Darstellung).

Gesundheitspolitik versucht die durch diese Nachfrage entstehenden Kosten zu steuern, kann aber nur begrenzt auf Leistungsangebote der Leistungserbringer Einfluss nehmen, sondern lediglich auf deren Finanzierung über den Steuerungsmechanismus GKV.¹¹ Gesundheitspolitik ist dabei ein erkennbar ökonomisiertes Politikfeld (vgl. Gerlinger/Urban, 2006). Wenn Gesundheitspolitik die GKV betrifft

¹¹ So können staatliche Akteure die Leistungsstrukturen steuern, z.B. durch Bedarfsplanungen oder Leistungslisten. Durch die Grundrechte auf freie Berufswahl und Schutz des Eigentums kann der Staat jedoch keinen Leistungserbringer zur Bereitstellung einer Leistung an einem bestimmten Ort

ist sie daher weitestgehend eine von Finanzierungsfragen geprägte Politik. Es geht im Wesentlichen darum, die Einnahmen und Ausgaben der GKV so zu steuern, dass die Prinzipien der Solidarität und der qualitativen Bedarfsdeckung (vgl. Gerber-Grote/Lüngen/Lauterbach, 2013, S. 66f.), bei der Beachtung wirtschaftlicher Ziele der Gesundheitswirtschaft, so eingehalten werden, dass die GKV als System bewahrt bleibt. Dies geschieht, indem ein finanzielles Gleichgewicht aus Einnahmen und Ausgaben sichergestellt wird.

Die Beiträge spiegelten dabei bis zu ihrer Fixierung 2009 die Finanzsituation der Kassen wider. Der Beitragssatz war das Regulativ zwischen Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen. Bei steigenden Ausgaben stiegen häufig auch die Beiträge, damit keine Finanzierungslücke im System entsteht (vgl. *Darst. 1*).¹² Seit 2011 können die Kassen durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge bestehende Lücken eigenverantwortlich schließen (vgl. Klever-Deichert et al., 2013, S. 77f.).

Seit Mitte der 1970er Jahre steht die Gesundheitspolitik hinsichtlich der Steuerung von Einnahmen und Ausgaben durch Rahmengesetzgebung unter dem Druck, Kosten zu reduzieren, um das bestehende System im Gleichgewicht zu halten und die Belastungen durch Beiträge nicht unbegrenzt steigen zu lassen. Die Beitragsstabilität wurde zu einem wichtigen Politikziel und ist es bis heute (Busse/Riesberg, 2005, S. 29f.). Kostendämpfung wurde zu einem Paradigma der Gesundheitspolitik. Die wahrgenommene Kostenexplosion wurde weitestgehend auf die Leistungserbringer zurückgeführt und es wurde versucht diese mit einer Kostendämpfungspolitik einzudämmen. Das 1977 erlassene Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz bildet den Startpunkt zu einer Vielzahl weiterer Gesetze, die die Finanzierung der GKV sicherstellen sollen.

Das Ausmaß der Einnahmen und Ausgaben hat eine hohe Relevanz für die Stabilität der GKV, aber auch für die Versicherten, deren Arbeitgeber und die Leistungserbringer.

Die durch die Ausgaben bestimmte Höhe der notwendigen Einnahmen belastet Versicherte und ihre Arbeitgeber zu fast gleichen Teilen. Bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze zahlen sie in 2011 15,5 Prozent des Bruttolohns für die GKV und teilen diesen Betrag paritätisch auf.¹³ Diese Lohnnebenkosten belasten die Höhe

zwingen. Die staatliche Steuerung beschränkt sich also vielmehr auf wirtschaftliche Anreize über die GKV (vgl. Simon, 2013, S. 123).

¹² Die Entwicklung der realen pro-Kopf-Ausgaben der GKV, welche die Inflation und die Effekte der Wiedervereinigung auf die Versichertenzahl berücksichtigen, zeigt in die gleiche Richtung wie die absoluten Ausgaben in *Darst. 1*. Die realen pro-Kopf-Ausgaben der GKV haben sich von 1975 bis 2009 verdoppelt (vgl. Sauerland/Wübker, 2012, S. 60).

¹³ Die Beitragsbemessungsgrenze lag 1980 bei 4725 DM, 2003 bei 3450 Euro, 2010 bei 3750 Euro pro Monat. Arbeitsentgelte über dieser Höhe werden nicht in die Beitragsbemessung einbezogen. Mit steigendem Einkommen nimmt also die Belastung der Versicherten ab. Arbeitnehmer zahlen seit

der Reallöhne in Deutschland. Steigende Beiträge widersprechen dem Interesse der Arbeitgeber an möglichst niedrigen Bruttolöhnen. Darin bestehe ein Dilemma, stellte der Wirtschafts-Sachverständigenrat bereits 1985 fest: Einerseits ist der Gesundheitsmarkt eine wachsende Branche, die von steigenden Leistungen der GKV profitiert, andererseits steigen durch hohe Beiträge die Lohnnebenkosten und die Bruttolöhne, was wiederum die gesamtwirtschaftliche Entwicklung negativ beeinflusse (Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 1985, S. 166ff.). Diese Meinung bestimmte die Sozialpolitik und die öffentliche Debatte über Sozialversicherungsbeiträge in den folgenden Jahrzehnten maßgeblich. Transportiert wurde dabei immer wieder, dass Deutschland durch seine hohen Lohnnebenkosten im Wirtschaftsstandort-Wettbewerb mit anderen Staaten nicht mithalten könne und durch die Einbehaltung eines Lohnanteils darüber hinaus Kaufkraft verliere, was zu einer Bremsung des Wirtschaftswachstums führe (vgl. Reiners, 2011, S. 43f.).

Die Leistungserbringer sind aus dem Blickwinkel der GKV ein Kostenfaktor, aus übergreifender politischer Perspektive jedoch auch ein bedeutender Wirtschaftsbereich, der zudem eine hohe arbeitsmarktpolitische Bedeutung hat. Ausgaben der GKV sind gleichermaßen Umsätze der Leistungserbringer, die im personalintensiven Gesundheitssektor damit hauptsächlich Arbeitsplätze finanzieren. So gibt es 2010 etwa 4,8 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen, seit jeher mit steigender Tendenz (vgl. Simon, 2013, S. 144ff.). Das Bundesministerium für Gesundheit ordnet die Gesundheitswirtschaft als einen sehr relevanten Wirtschaftsbereich ein:

„Die deutsche Gesundheitswirtschaft hat eine erhebliche ökonomische Bedeutung für den Standort Deutschland. Die Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2013 auf rund 315 Mrd. Euro – das entspricht 3.910 Euro je Einwohner und einem Anteil von 11,2 v. H. am Bruttoinlandsprodukt. Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft werden 70% der Ausgaben durch die sozialen Sicherungssysteme finanziert.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

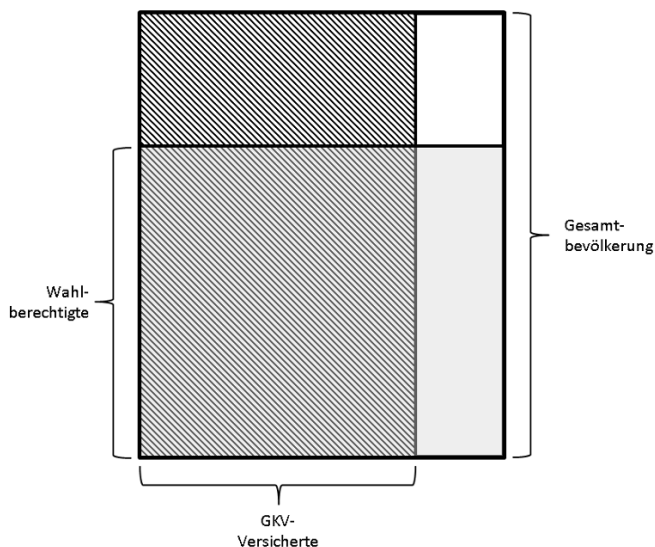
Dieser Wirtschaftsbereich ist also von den Ausgaben der GKV stark abhängig und profitiert von Ausgabensteigerungen. Gesundheitspolitik ist damit auch Wirtschaftspolitik und als solche von hoher Relevanz für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.

Die Finanzierung der GKV und die Steuerung ihrer Ausgaben und Einnahmen entwickelten sich zu den zentralen Fragen der Gesundheitspolitik. Sie stehen daher im Mittelpunkt staatlicher Regulierung und somit auch politischer Initiativen im Untersuchungszeitraum.

2005 0,9 Prozent der Beiträge allein, der Arbeitgeberbeitrag wurde 2009 auf diesem Niveau fixiert (vgl. Schölkopf, 2010, S. 95f.).

2.1.2 Relevanz des Politikfelds Gesundheitspolitik für die Wähler

Von 82,257 Millionen Bürgern der Bundesrepublik Deutschland sind 48,441 Millionen Menschen laut Mikrozensus 2007 in der GKV pflichtversichert, 20,009 Millionen Menschen sind in der GKV mitversichert als Familienangehörige und 3,824 Millionen sind freiwillig in der GKV versichert (BMG, 2010, S. 113). Das entspricht einem Anteil von 87,9 Prozent der Gesamtbevölkerung. Die beiden Mengen der GKV-Versicherten und der deutschen Bevölkerung sind also bereits zu einem großen Teil deckungsgleich. Innerhalb der deutschen Bevölkerung sind 2009 62,2 Millionen Menschen wahlberechtigt bei Bundestags- und Landtagswahlen. Das entspricht einem Anteil von 76 Prozent. Zwischen 1976 und 2009 schwankte der Anteil der Wahlberechtigten an der Gesamtbevölkerung zwischen 70 Prozent und 76 Prozent (Bundeszentrale für politische Bildung, 2010). Da das wesentliche Merkmal, welches die Wahlberechtigung einschränkt – das Alter –¹⁴, über privat- und gesetzlich Versicherte insbesondere bei der Anzahl der unter 18-Jährigen weitestgehend ähnlich verteilt ist, sind also auch ca. 70-75 Prozent der GKV-Versicherten wahlberechtigt.



Darst. 2: Wahlberechtigte in der GKV
(Eigene Darstellung).

¹⁴ Eine Übersicht über Einschränkungen des Wahlrechts und ihre Auswirkungen auf die Größe der deutschen Wahlbevölkerung liefert Sánchez-Gassen (2015).

Darst. 2 stellt die Überschneidungen der Gruppen der Gesamtbevölkerung, der Wahlberechtigten und der Versicherten dar. GKV-Versicherte sind also zu einem Großteil Wahlberechtigte und so potentielle Wähler.

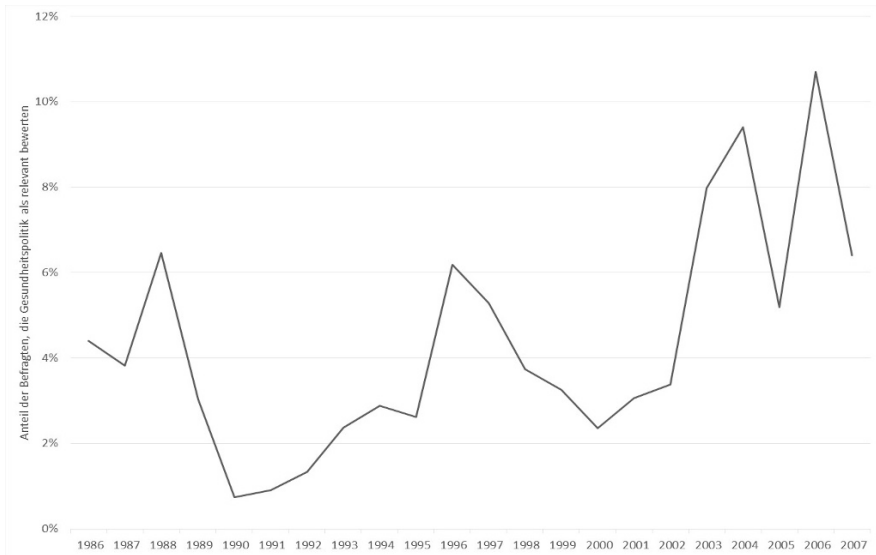
Eine Gesundheitspolitik, die die Versicherten auch als potentielle Wähler sieht, kann für politische Akteure demnach zielführend sein. Die Abwesenheit von Krankheit und der eigene Gesundheitszustand sind die wichtigsten Merkmale von Lebensqualität für die Menschen und in ihrem Bewusstsein eng mit dem Gesundheitssystem in Deutschland verknüpft. Entsprechend stark involviert ist die Bevölkerung in Diskussionen zum Gesundheitswesen. Die vielfachen Umstrukturierungen im deutschen Gesundheitssystem und die überwiegend auf Finanzierungsfragen beschränkten öffentlichen Debatten über die GKV haben eine hohe Bedeutung für die Gesundheits- und Sicherheitsbedürfnisse der Versicherten (Eberstein, 2005, S. 7).

Das Handeln politischer Akteure im Politikfeld Gesundheit wird von den Bürgern beobachtet und bewertet. Diese Bewertung hat auch Einfluss auf Wahlentscheidungen. In einer Befragung für den Verband forschender Arzneimittelhersteller konnte das Befragungsinstitut Emnid im Vorfeld der Bundestagswahl 2010 herausfinden, dass für 68 Prozent der Befragten Gesundheitspolitik wichtig oder sehr wichtig für ihre Wahlentscheidung ist.¹⁵ Auch Reiners (2011, S. 8) bewertet Gesundheitspolitik als ein besonders wirksames Wahlkampfthema, insbesondere wenn es darum geht, dem politischen Gegner eine schlechte Leistung in diesem Politikfeld zu attestieren.

Für die Bevölkerung war Gesundheitspolitik im Untersuchungszeitraum nicht durchgehend, aber in einigen Abschnitten ein sehr wichtiges Thema. In Befragungen zur Messung politischer Einstellungen fragte die Forschungsgruppe Wahlen e.V. ab 1986 nach dem wichtigsten und zweitwichtigsten Problem der Befragten. Es bestand eine Auswahl aus 95 möglichen Problembereichen. Gesundheitspolitik erreichte hier über den gesamten Erhebungszeitraum einen Anteil von 2,2 Prozent unter den Nennungen als wichtigstes Problem. Damit liegt das Thema nach den Themen Arbeitslosigkeit mit 49,0 Prozent, Ausländer- und Asylpolitik mit 7,9 Prozent, Umweltschutz mit 3,8 Prozent, wirtschaftliche Lage mit 3,4 Prozent, Rentenpolitik mit 2,5 Prozent und Problemen mit der Wiedervereinigung mit 2,5 Prozent der Nennungen als wichtigstes Problem auf dem achten Platz der wichtigsten Probleme und noch vor dem Thema Steuerpolitik (2,1 Prozent).¹⁶

¹⁵ Vgl. dazu die Darstellung A 5 „Relevanz der Gesundheitspolitik für die Wahlentscheidung“ im Anhang.

¹⁶ Als Gesundheitspolitik wurden hier die möglichen Antwortoptionen Gesundheitswesen/ Krankenhaus/Pflegenotstand (90-93), Gesundheitsreform (89), Gesundheitswesen (01-09/94), Gesundheitswesen/Pflegeversicherung (10/94-13/02), Sozialpolitik, Gesundheitswesen, Familienpolitik, soziales Netz (86-88) und Kürzung von Sozialleistungen Gesundheit (07/93-02) zusammengefasst, da die



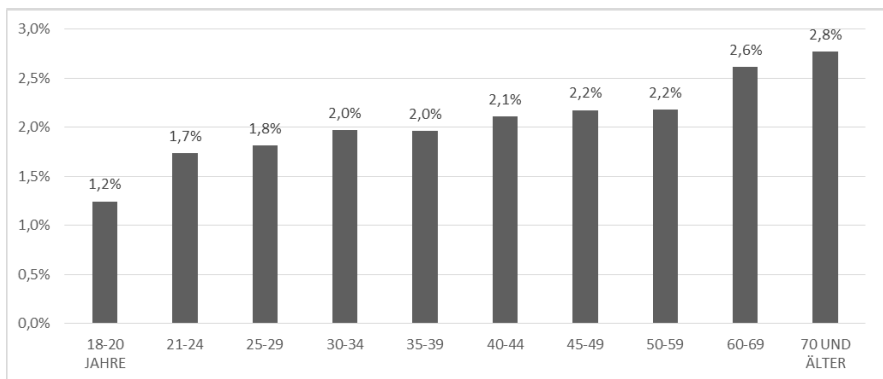
Darst. 3: Gesundheitspolitik als relevantes Thema

(Eigene Darstellung, n=446.568, Daten: Forschungsgruppe Wahlen, 2015).

Im zeitlichen Verlauf (vgl. Darst. 3) ist erkennbar, dass Gesundheitspolitik in einigen Phasen auch eine noch wichtigere Rolle eingenommen hat. Hierfür wurden die Nennungen als wichtigstes und zweitwichtigstes Problem zusammengezählt und erfasst, wie groß der Anteil der Befragten ist, die Gesundheitspolitik als wichtigstes oder zweitwichtigstes Problem nennen. Es zeigt sich, dass im Jahr 1988, Mitte der 1990er Jahre und ab 2003 Gesundheitspolitik eine große Rolle in der Wahrnehmung der Bevölkerung als relevantes Politikfeld spielte. Im Jahr 2006 haben mehr als zehn Prozent der Bevölkerung Gesundheitspolitik als wichtiges Problem benannt. Im Jahr 1990 und 1999 bis 2001 wurde Gesundheitspolitik vergleichsweise selten als relevantes Problem wahrgenommen. Im Jahr 1990 war das Thema Wiedervereinigung dominierend (50,9 Prozent der Nennungen als wichtigstes Problem) und hat auch andere sonst relevante Themen, wie Arbeitslosigkeit, verdrängt. Im Jahr 1999 dominierte wiederum das Thema Arbeitslosigkeit mit über 62,0 Prozent der Nennungen stark. Im Jahr 2001 erreichte das Thema BSE aus dem Politikfeld Landwirtschaft mit 10,5 Prozent der Nennungen und das Thema Terrorismus nach dem 11. September 2001 mit 7,9 Prozent der Nennungen

überdurchschnittliche hohe Werte und verdrängten andere Themen in der Wahrnehmung der Bevölkerung. Insgesamt ist im Untersuchungszeitraum eine Tendenz zur Steigerung der Relevanz der Politikfelds Gesundheitspolitik für die Wähler erkennbar.¹⁷

Hinzu kommt, dass das System der GKV und ihre Leistungen besonders von älteren Menschen in Anspruch genommen werden. Der Anteil älterer Menschen nimmt aufgrund steigender Lebenserwartung und sinkender oder stagnierender Geburtenrate immer weiter zu. Dieses „demografischer Wandel“ genannte Phänomen hat Auswirkungen auf die GKV. Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass die Morbidität im höheren Alter stärker zunimmt und zu einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben führt. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts kommt es zu einer steigenden Lebenserwartung und somit zu einer Versteilerung der altersabhängigen Ausgaben. Es gibt also mehr Menschen, die auf mehr Leistungen der GKV angewiesen sein werden (Cassel, 2001, S. 87).



Darst. 4: *Relevanz von Gesundheitspolitik und Alter*
(Eigene Darstellung, n=241.781, Daten: *Forschungsgruppe Wahlen*, 2015).

Ältere Menschen haben aber auch ein größeres Interesse an Gesundheitspolitik als jüngere Menschen.¹⁸ In Befragungen anlässlich der Landtagswahlen von 1962 bis 2004 stieg mit dem Alter der Befragten auch der Anteil derer, die Gesundheitspolitik als das wichtigste politische Problem ansehen (vgl. Scheuch et al., 2013). In

¹⁷ Das mittlere Wachstum pro Jahr beträgt 0,17 Prozent, nach 1990 sogar 0,31 Prozent.

¹⁸ Als Ursache hierfür wird die Zunahme des Auftretens von Krankheiten mit dem Alter gesehen (vgl. Saß/Wurm/Ziese, 2009, S. 31 ff.). Ältere Menschen kommen häufiger mit dem Gesundheitssystem in Berührung und befassen sich daher verstärkt damit.

den Daten auf Bundesebene bestätigt sich dieser Trend: Je älter die Befragten werden, umso häufiger nennen sie Gesundheitspolitik als wichtiges Problem. Sind es bei den 18 bis 20-Jährigen noch 1,2 Prozent der Befragten, die Gesundheitspolitik als wichtigstes Problem nennen, wird das Politikfeld von 2,6 Prozent der 60 bis 69-Jährigen und 2,8 Prozent der über 69-Jährigen als wichtigstes Problem genannt (vgl. *Darst. 4*).

Dies habe im Übrigen wieder Einfluss auf die finanzielle Situation im Gesundheitswesen, erklären Breyer und Ulrich (1999, S. 3f.). Sie beziehen sich auf einen Effekt steigender Lebenserwartung durch medizinischen Fortschritt auf den Ausbau des Gesundheitswesens, den Zweifel (1990, S. 384f.) als Sisyphus-Syndrom bezeichnet:

„[...] ist dank der modernen Medizin mit einer Verlängerung der Lebenserwartung zu rechnen. Weil mit steigendem Alter eine Zunahme der Nachfrage nach medizinischen Leistungen einhergeht, ergibt sich eine Art Sisyphus-Syndrom: Je besser ausgebaut das Gesundheitswesen, desto erfolgreicher die Interventionen der Medizin, desto größer die Zahl der zukünftigen Nachfrager nach medizinischen Leistungen, und desto stärker mithin der Druck, das Gesundheitswesen weiter auszubauen.“ (Zweifel, 1990, S. 384f.).

Wesentlich sind aber auch die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Wahlverhalten. Bei der Bundestagswahl 2005 waren bereits 46 Prozent aller Wahlberechtigten und 49,7 Prozent aller Wähler über 50 Jahre alt, 2009 waren es mehr als die Hälfte. Goerres (2010, S. 103f.) nennt zwei zentrale Effekte des Alters auf das Wahlverhalten: Ältere Wahlberechtigte beteiligen sich stärker an Wahlen, was wesentlich an ihrer sozialen und politischen Erfahrung liegt. Unterschiede im Wahlverhalten sind jedoch generational und nicht durch das Alter bedingt (vgl. Goerres, 2010, S. 102f., 119f.). Es hängt daher nicht direkt vom Alter ab, welche Partei die Bürger wählen. Die Wahlbeteiligung hingegen schon. Das bedeutet, dass jene, die häufiger von Gesundheitspolitik betroffen sind und sich dadurch auch stärker für Gesundheitspolitik interessieren, auch häufiger wählen gehen und durch die demografische Entwicklung einen zunehmend größeren Anteil an der Bevölkerung haben.

Zwar kann in der Bevölkerung ein Vertrauen in die GKV durch Befragungen festgestellt werden. Dieses Vertrauen nimmt jedoch u.a. aufgrund schlechter Erfahrungen mit Reformen zum Sozialstaatsrück- und -abbau, Skandalisierungen und Dramatisierungen in den Medien und einem hohen Tempo des wirtschaftlichen, technischen und sozialen Wandels und daraus resultierenden Unsicherheiten ab (Schmidt, 2012, S. 110f.).

Die Befassung der Bürger mit Gesundheit und der GKV mündet dabei in der Forderung nach politischem Handeln. Im Bertelsmann-Gesundheitsmonitor wurden über sieben Jahre hinweg von 2001 bis 2008 Bürger zum deutschen Gesundheitssystem befragt und forderten in ihrer Mehrzahl durchweg einschneidende Maßnahmen oder Änderungen von Grund auf. Im Durchschnitt sind nur 30 Prozent der

Befragten mit kleinen Verbesserungen zufrieden, 70 Prozent sind für größere Veränderungen, die die Politik am Gesundheitssystem vornehmen soll.¹⁹ Die Relevanz des Politikfelds Gesundheit und der Gesundheitspolitik für die Wähler ist demnach auch in dem Streben nach Veränderung und Verbesserungen begründet. Die Zielrichtungen dieses Strebens lassen sich noch weiter spezifizieren. Über die Beiträge zur GKV sind die meisten Menschen mit der GKV verknüpft. Auch wenn man nicht krank ist, gibt es also durch die monatlichen Abzüge einen konkreten Berührungspunkt der Wähler mit der GKV und entsprechend wichtig ist auch der Aspekt der GKV-Finanzierung für die Wähler. Durchschnittlich 69,1 Prozent der Befragten im Bertelsmann Gesundheitsmonitor empfinden die GKV-Beiträge als zu hoch.²⁰ Die Versicherten wollen also weniger für die GKV bezahlen, die Kosten reduzieren. Gleichzeitig ist eine Mehrzahl der Menschen mit den Leistungen unzufrieden und möchte, dass dafür mehr Geld ausgegeben wird.²¹ Nur 28,4 Prozent sind der Meinung, dass zu viel oder genug Geld für die Gesundheitsversorgung der Bürger ausgegeben wird, 49,1 Prozent empfinden die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung als zu gering.²² Die Bürger wollen also eine politische Befassung mit Gesundheit und politische Veränderungen, die dazu führen, dass sie weniger bezahlen und gleichzeitig mehr Leistungen erhalten.

Auch die Continentale-Studie zur Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Krankenversicherung zeigt, dass Teile der Bevölkerung mit Preis und Leistung der GKV unzufrieden sind. Insbesondere Berufstätige und Befragte aus der höchsten Einkommensgruppe sind überdurchschnittlich unzufrieden, während Befragte im Alter von mehr als 60 Jahren zufriedener sind als jüngere Befragte. Die Unzufriedenheit sinkt jedoch seit 2004 stetig. 45 Prozent der Befragten gaben an, dass sie bereits jetzt über die GKV-Beiträge hinaus sehr viel Geld für ihre Gesundheitsversorgung ausgeben und weitere 46 Prozent gehen davon aus, dass der Trend in diese Richtung weiter geht (Continental Krankenversicherung, 2010, S. 34ff.).²³

Denn eine Gesundheitspolitik, die diese Wählerinteressen (geringere Kosten und mehr Leistungen der GKV) nicht verfolgt, führt nicht zwangsweise dazu, dass die Versicherten Leistungen nicht mehr nachfragen. Sie fragen Leistungen, an denen sie ein Interesse haben oder die notwendig sind, weiterhin nach und finanzieren

¹⁹ Vgl. dazu die Tabelle A 6 „Gesamtbeurteilung des deutschen Gesundheitswesens“ im Anhang.

²⁰ Vgl. dazu die Tabelle A 7 „Bewertung der Höhe der GKV-Beiträge“ im Anhang.

²¹ Die Finanzierungsfrage hat Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung. So zeigen Befragungen nach Einführung der Praxisgebühr, dass 28 Prozent der deutschen Patienten in den ersten Jahren nach Einführung der Praxisgebühr aufgrund der Kosten auf einen notwendigen Arztbesuch oder diagnostischen Test verzichtet bzw. ein Rezept nicht eingelöst haben (Sawicki, 2005, S. 755ff.).

²² Vgl. dazu die Tabelle A 2 „Bewertung der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung“ im Anhang.

²³ Im Auftrag der Versicherung Continentale wurden von TNS Infratest im Jahr 2010 1307 Personen befragt, davon 1130 GKV-Versicherte.

sie selbst. Die Ausgrenzung von Leistungen aus dem Katalog der GKV, die Einführung neuer und die Anhebung bestehender Eigenbeteiligungen tragen so zu einer steigenden Belastung privater Haushalte bei (Simon, 2013, S. 133). Auch dies ist ein Indikator für die Relevanz der Gesundheit und damit auch der Gesundheitspolitik für die Wähler. Von der GKV gestrichene Leistungen belasten die Menschen direkt finanziell, da sie diese selbst bezahlen. Private Haushalte sind nach der GKV der zweitgrößte Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen. 13,5 Prozent der Gesundheitsausgaben im Jahr 2010 wurden durch private Haushalte getragen. Der Anteil ist im Untersuchungszeitraum stetig angestiegen (Klever-Deichert et al., 2013, S. 80f.).

Das große Interesse an Gesundheitsleistungen, der Wunsch nach Veränderungen im System, die Bedeutung der Gesundheitspolitik für die Wahlentscheidung und der hohe Anteil an Wählern unter den GKV-Versicherten lassen politische Akteure vermuten, dass Gesundheitspolitik für Wähler ein relevantes Politikfeld ist.

2.1.3 Relevante politische Akteure in der deutschen Gesundheitspolitik

In diesem Kapitel werden die Akteure identifiziert, die relevant in Bezug auf die in der Fragestellung thematisierten Gesetzesinitiativen in der deutschen Gesundheitspolitik sind.

Die Relevanz von Akteuren soll mit Hilfe des Vetospieler-Ansatzes von Tsebelis (1995) ermittelt werden.²⁴ Dieser geht davon aus, dass nur jene Akteure relevant für politische Entscheidungen sind, welche die Möglichkeit haben, diese Entscheidungen zu treffen oder zu verhindern:

„In order to change policies – or, as we will say henceforth, to change the (legislative) status quo – a certain number of individual or collective actors have to agree to the proposed change. I call such actors veto players. Veto players are specified in a country by the constitution [...] or by the political system [...]” (Tsebelis, 2002, S. 2).

Bei der Frage nach Gesetzesinitiativen geht es also darum zu ermitteln, welche Akteure Gesetzesinitiativen einbringen und verhindern können und somit um die Identifikation von Entscheidungsträgern. Hierfür werden im Folgenden alle relevanten Akteure der deutschen Gesundheitspolitik vorgestellt und überprüft, ob sie relevant im Sinne der Fragestellung – also in Bezug auf das Einbringen von Gesetzesinitiativen – sind.

²⁴ Mit seinem Vetospieler-Ansatz formulierte George Tsebelis ein umfassendes theoretisches Modell, um die Policy-Stabilität politischer Systeme zu bewerten und vergleichbar zu machen. Ziel seines Ansatzes ist es, zu erklären, wie hoch die Fähigkeit politischer Systeme zu Reformen auf bestimmten Politikfeldern ist. Seine Theorie eignet sich für Ex-post-Analysen des tatsächlichen Wandels, aber auch für Vorhersagen der Möglichkeit eines Politikwechsels oder zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit und des Ausmaßes einer politischen Veränderung.

Die Akteure im Politikfeld Gesundheit unterscheidet Simon (2013, S. 122ff.) nach ihrer Funktion: Der Regulierung, der Finanzierung und der Leistungserbringung. *Leistungen* werden im deutschen Gesundheitswesen durch öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtungen erbracht. Der Bund selbst unterhält bis auf sehr wenige Ausnahmen keine Einrichtungen der Krankenversorgung und Pflege. Die meisten stationären Leistungen werden von Gemeinden und Landkreisen getragen. Eine traditionell wichtige Rolle spielen in Deutschland freigemeinnützige Träger, wie Wohlfahrtsverbände, Kirchen und Stiftungen. Sie betreiben ebenfalls größtenteils Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Die meisten nichtstationären Leistungen werden von privaten Trägern erbracht. Hierzu zählen niedergelassene Ärzte, Apotheken, das Gesundheitshandwerk, Praxen sonstiger Gesundheitsberufe, sowie ambulante Pflegedienste (Simon, 2013, S. 138).

Die *Finanzierung* dieser Leistungen erfolgt durch die Sozialversicherungen, insbesondere die GKV.²⁵ Die Krankenkassen sind ebenfalls ein wichtiger Akteur in der deutschen Gesundheitspolitik. Als Kostenträger schließen sie Verträge mit den Leistungserbringern, welche sich darin zur Behandlung der Versicherten verpflichten, und vergüten diese. Die Krankenkassen regeln so den Krankenversicherungsschutz ihrer Mitglieder, welche durch ihre Mitgliedschaft in einer Krankenkasse und Zahlung der Mitgliedsbeiträge diesen Versicherungsschutz erhalten und somit auch Zugang zu den Leistungen der Leistungserbringer (vgl. Simon, 2013, S. 140). Die Krankenkassen fungieren also als Gatekeeper zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern. Leistungen, welche die Krankenkassen nicht übernehmen, zahlen die privaten Haushalte selbst oder sie leisten Zuzahlungen zu Leistungen der GKV. Über unterschiedliche Regulierungsinstanzen werden die Leistungsansprüche der GKV-Versicherten an die Leistungserbringer geregelt. Parallel existiert eine Private Krankenversicherung (PKV), deren Leistungskatalog nicht durch staatliche Instanzen reguliert wird.

Sowohl Leistungserbringer als auch Akteure der Finanzierung, wie Krankenkassen oder PKV, sind an der Gesetzgebung zur Gesundheitspolitik nicht beteiligt und daher auch nicht relevant im Sinne der Fragestellung.

Im Bereich der *Regulierung* wird zunächst die staatliche Regulierung durch Gesetzgebung unterschieden. Hier können also relevante Akteure im Sinne der Fragestellung identifiziert werden. In keinem anderen Wirtschaftsfeld wird die Ressourcenverteilung so detailliert über Gesetze gesteuert wie im Gesundheitswesen (Reiners, 2011). Der Staat ist dabei kein homogener Akteur, sondern tritt auf mehreren Ebenen durch mehrere Institutionen in Erscheinung. Die letztlich legitimierenden und legalisierenden Kompetenzen zum formalen politischen Handeln und

²⁵ Auch die Pflegeversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung tragen Anteile der Ausgaben im Gesundheitswesen, zusammen allerdings unter zehn Prozent der Gesundheitsausgaben in Deutschland (vgl. Simon, 2013, S. 132).

zur politische Entscheidung liegen bei Regierung und Parlament sowie den anderen Verfassungsorganen. Sie bilden „das zentrale politische System“ (Berg-Schlosser/Stammen, 2003, S. 199). Die staatliche Regulierung in der Gesundheitspolitik erfolgt in der Bundesrepublik in ihren meisten Bereichen durch die Gesetzgebung des Bundes. Sie soll daher auch im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen. Die Gesetzgebung ist eine Hauptfunktion des Parlaments, dem Deutschen Bundestag, aber auch Bundesregierung und Bundesrat können Initiativen einbringen.

Der Deutsche Bundestag nimmt eine herausragende Rolle im politischen System der BRD ein, da er als Parlament im Zentrum des deutschen Institutionengefüges steht, ein Monopol auf die Gesetzgebung hat (Gabriel/Holtmann, 1999, S. 159), als einziges Bundesorgan direkt vom Volk gewählt wird und seine Beschlüsse so die in Deutschland höchstmögliche Legitimation erhalten (Pilz/Ortwein, 2008, S. 31; Rudzio, 2006, S. 197).

Bundestag, Bundesregierung und Bundesrat sind jedoch ebenfalls keine homogenen Akteure, sondern von Abgeordneten und Regierungsmitgliedern, die Parteien angehören, besetzt. Parteien nehmen als Organisationen eine intermediäre Stellung zwischen Staat und Gesellschaft ein (Schmid, 2003, S. 462). Kandidaten mit Parteizugehörigkeit werden über Landeslisten der Parteien als Abgeordnete in den Bundestag gewählt und organisieren sich dort als Fraktionen. Fraktionen oder Fraktionsbündnisse wählen, wenn sie eine Mehrheit im Bundestag haben (die Regierungs-, oder auch Mehrheitsfraktionen), den Bundeskanzler, welcher die Bundesregierung besetzt. Das Gleiche passiert auf subnationaler Ebene in den deutschen Ländern. Ihre Regierungen bilden den Bundesrat. Somit sind alle an der Gesetzgebung beteiligten Akteure auf die Wahl von Parteilisten oder Partei-Kandidaten zurückzuführen und Parteien als kollektive Akteure besetzen diese Institutionen für den Zeitraum ihrer Wahl. Kirchhof (2004, S. 364) spricht von einer Dominanz der Gesetzgebung durch die Parteien. Schuett-Wetschky (2005) führt dies auf eine Differenzierung zwischen Entscheidung und Beschluss zurück. Der öffentliche Beschluss einer Gesetzesinitiative erfolge im Parlament, während die Entscheidung bereits im Vorfeld durch die Parteien getroffen werde. Parteien sind demnach Aktionsgemeinschaften der Bürger zur Durchsetzung gemeinsamer politischer Ziele. Wenn es darauf ankommt, verständigen sich die Parteien durch Kompromiss auf eine gemeinsame Linie. Nur durch das gemeinsame Agieren der Politiker in Parteien werden sie von den Wählern und anderen Akteuren als Einheit wahrgenommen und nur durch gemeinsames Abstimmungsverhalten als Fraktion können sie Mehrheiten und Macht durchsetzen. Diese Durchsetzungsfähigkeit durch Geschlossenheit ist im Parlament und in der Regierung bei allen Parteien existenziell und begründet ihren Einfluss (Schuett-Wetschky, 2005, S. 497f.). In Deutschland als föderalem Staat ist das Gemeinwesen auf unterschiedliche Ebenen gegliedert: Die oberste Ebene nimmt der Bund ein, die zweite (subnationale)

Ebene stellen die 16 Länder dar und auf einer dritten Ebene agieren die Gemeinden. Nahezu uneingeschränkt liegt das Recht zur Gesetzgebung in der Sozialpolitik in Deutschland beim Bund. Die Sozialversicherung fällt in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung, nach der Föderalismusreform 2006 konkret in den Bereich der Vorrangkompetenz. Die Länder dürfen über den Bundesrat an den Entscheidungen des Bundes mitwirken (Münch, 1997, S. 102).²⁶ Der Bundesrat bindet als eine Art zweite Kammer²⁷ die Regierungen der Länder in die Gesetzgebung des Bundes ein. Er setzt sich aus Vertretern der Exekutive der Länder, welche mit einem imperativen Mandat ausgestattet sind, zusammen (Schmidt, 2007, S. 198f.). Die Zahl der Stimmen, die jedes Land im Bundesrat hat, hängt von der Bevölkerungsgröße des Bundeslandes ab. Sie können nur geschlossen abgegeben werden. Gesetze, welche die Haushalte der Länder betreffen, müssen vom Bundesrat ebenfalls bestätigt werden. Der Einfluss des Bundesrats unterscheidet sich je nachdem, ob es sich um Einspruchs- oder Zustimmungsgesetze handelt.

Der Bundesrat hat auch das Recht zur Gesetzesinitiative auf Bundesebene. Bundesratsinitiativen kommen in der Praxis keine große Bedeutung zu. Nur elf Prozent aller Gesetzesinitiativen zwischen 1949 und 2009, die im Bundestag eingebracht wurden, wurden vom Bundesrat initiiert (vgl. Laufer/Münch, 2010, S. 150f.).

Inwieweit die Länder über den Bundesrat in der Bundesgesetzgebung tatsächlich die Politik des Bundes maßgeblich beeinflussen können – im Sinne von Tsebelis (1995) geht das nur maßgeblich durch eine Vetoposition²⁸ – hängt von der Zuständigkeit in Bezug auf die Art des Gesetzes ab.²⁹

²⁶ Generell wirkt der Bundesrat als Bundesorgan an allen Bundesgesetzen mit. Gesetze kommen nur zustande, wenn auch der Bundesrat damit befasst war. Die Wirksamkeit der Mitwirkung hängt aber davon ab, ob die Belange der Länder von der Gesetzgebung des Bundes besonders betroffen sind. Dann hat der Bundesrat ein Vetorecht (Zustimmungsgesetze) und kann Gesetze auch verhindern, was seinen Einfluss maßgeblich stärkt (Laufer/Münch, 2010, S. 149). In anderen Fällen kann er lediglich eine abweichende Meinung kundtun, die vom Bundestag überstimmt werden kann (Einspruchsgesetze).

²⁷ Inwieweit der Bundesrat tatsächlich als zweite Kammer des Parlaments gelten kann, ist umstritten. Eith und Siewert (2010), betonen, dass aufgrund seines exekutiv-parlamentarischen Charakters, seiner ungleichberechtigten Stellung gegenüber dem Bundestag und der Tatsache, dass er mit dem Bundestag kein gemeinsames Parlament bildet, dem Bundesrat der Status einer „echten“ zweiten Kammer abgesprochen werden müsste. Bedenke man jedoch seine Kompetenzen und die indirekte Legitimation der Bundesratsmitglieder durch die Landesparlamente könne der Bundesrat als funktionales Äquivalent einer zweiten Kammer bezeichnet werden, hält Sturm (2009, S. 138) fest.

²⁸ Tsebelis definiert sämtliche Akteure als Vetospieler, deren Zustimmung für einen Politikwechsel notwendig ist. Er unterscheidet zwischen individuellen und kollektiven Vetospielern, sowie zwischen Institutionen (institutional veto players) und Parteien (partisan veto players) (Tsebelis, 2002, S. 19f.; Tsebelis, 1995, S. 301f.).

²⁹ Wenn der Bundesrat einen Gesetzentwurf der Bundesregierung ablehnt, der als Zustimmungsgesetz dessen Bestätigung bedarf, tritt als vermittelnde Institution zwischen Bundestag und Bundesrat der

Gilt der Bundesrat rein verfassungstechnisch als institutioneller Vetospieler, so ist er in der politischen Praxis durch die gleichen Parteien besetzt, wie Bundestag und Bundesregierung. Hier greift Tsebelis' Absorptionsregel: Herrschen in beiden Kammern des Parlaments – oder wie in Deutschland in Bundestag und Bundesrat – dieselben parteipolitischen Mehrheiten vor, so absorbieren sich diese und werden nur einmal gezählt. Und sind die Mehrheitsverhältnisse im Parlament analog zu den Koalitionsparteien der Regierung, so werden sie auch absorbiert und nur die Anzahl der parteilichen Vetospieler ist entscheidend (vgl. Tsebelis, 2002, S. 26f.; Tsebelis, 1995, S. 310; Merkel, 2003, S. 165). Voraussetzung ist die innerparteiliche Kohäsion der Parteien – die Interessen von Landes- und Bundespartei sollten sich also nicht entgegenstehen (vgl. Bogdanski, 2012, S. 69f.).³⁰

Die Frage, inwieweit der Bundesrat tatsächlich Länderinteressen vertritt, ist für seine Einordnung als institutioneller Vetospieler daher von elementarer Bedeutung. Seit Lehmbruch (1976) in seiner Strukturbruchthese den Widerspruch zwischen dem System des Verhandelns im Föderalismus und jenem des politischen Wettbewerbs der Parteien aufstellte, steht der Bundesrat im Verdacht, nicht die Länderinteressen, sondern jene der Parteien auf Bundesebene zu vertreten und damit zu häufigen Blockaden zu führen. In der Vergangenheit gab es häufig Bestrebungen von CDU und SPD, ihre durch die Landesregierungen vertretenen Mehrheiten im Bundesrat zur Durchsetzung von Zielen zu nutzen, die sie als Oppositionsfaktionen im Bundestag nicht erreichen konnten. Dass dies nur dann gelang,

Vermittlungsausschuss zusammen. Er besteht aus 16 Vertretern des Bundesrats, aus jedem Bundesland einer, und weiteren 16 Vertretern des Bundestages, die entsprechend der Sitzverteilung im Bundestag von den Fraktionen bestimmt werden. Alle Vertreter nehmen ein freies Mandat wahr. Hier werden unter Ausschluss der Öffentlichkeit Kompromisse zwischen Regierungs- und Oppositionsparteien verabredet und abgestimmt. Der Vermittlungsausschuss besitzt jedoch kein Initiativrecht und kann nur Änderungsvorschläge einbringen, die dann in Bundestag und Bundesrat abgestimmt werden müssen. Er ist zudem nicht als eigenständiger Vetospieler zu zählen, da er im Schatten der Parteien arbeitet und durch die Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat absorbiert werden würde (vgl. Abromeit/Stoiber, 2006, S. 132; Plöhn, 2003, S. 659f.).

³⁰ Pannowitsch (2012, S. 43ff.) differenziert indes zwischen Vetospielern erster, zweiter, dritter und vierter Ordnung, sowie zwischen formalem und inhaltlichem Einfluss in Anlehnung an Strohmeier Unterscheidung zwischen direkten und indirekten, sowie ständigen und nicht-ständigen Vetospielern (vgl. Strohmeier, 2005). Aufgrund dieser Differenzierung werden Mehrheitsfraktionen, Mehrheitsparteien und Regierung jeweils separat gezählt. Da dies nicht im Sinne von Tsebelis' Absorptionsregel ist und auch nicht der ausgeführten Argumentation folgt, dass Parteien formale Akteure besetzen, wird dieser Differenzierung von Parteien nicht gefolgt, wenngleich eine Unterscheidung zwischen inhaltlichem und formalem Einflussweg als Ausgangssituation vor der Anwendung einer Absorptionsregel durchaus sinnvoll ist. Das gleiche gilt für den Bundesrat, den sie bei Zustimmungsgesetzen ebenfalls als unmittelbar an Entscheidungen zur Gesundheitspolitik beteiligt und sicher gestaltend einordnet. Gegen diese Einordnung spricht nichts, allerdings wird auch der Bundesrat als Akteur in der Praxis durch die Parteien absorbiert. Denn eine Differenzierung zwischen Landes- und Parteinteressen ist nicht durchweg haltbar, da es die von Parteien besetzten Landesregierungen selbst sind, die das Landesinteresse definieren.

wenn kein strukturelles Länderinteresse dagegensprach, zeigte sich aber zum Beispiel am gescheiterten Veto des Bundesrats zur Steuerreform 2000. Der Bundesrat werde aus parteitaktischen Gründen zu Blockaden instrumentalisiert, lautet vielfach die Kritik (vgl. bspw. Jun, 2010, S. 336; Scharpf, 2009, S. 27ff.). Durchgehende Blockaden sind jedoch in Deutschland nicht zu beobachten, teilweise gibt es auch konstruktive Zusammenarbeit zwischen Bundesländern, deren Regierungskoalition der Regierungskoalition auf Bundesebene entspricht, und anderen (vgl. Wagschal, 2005, S. 84f.). Der Bundesrat gilt zumindest – teilweise heißt es auch eindeutig – als von den Parteien dominiert (vgl. Leunig, 2004, S. 38; Abromeit/Stoiber, 2006, S. 188).³¹

Auch sieht Pannowitsch (2012, S. 49) das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) als unmittelbar an Entscheidungen zur Gesundheitspolitik beteiligt und sicher gestaltend. Da das BVerfG jedoch nicht selbstständig als Akteur aktiv wird, müsste es eher im Sinne Strohmeiers als nicht-ständiger formal kontrollierender Vetospieler eingeordnet werden (vgl. Strohmeier, 2005, S. 30) – in Pannowitschs Systematik dann nur als potentiell gestaltend. Das Bundesverfassungsgericht tritt nur situativ auf, wenn es angerufen und so aktiviert wird (Abromeit/Stoiber, 2006, S. 133f.). Es werden nur etwa zehn Prozent aller Gesetze dem Bundesverfassungsgericht zur Kontrolle vorgelegt (Hönnige, 2007, S. 221). Wenn das Bundesverfassungsgericht jedoch als Akteur auftritt, kann es nicht absorbiert werden. Dabei ist jedoch strittig, ob das Gericht überhaupt eine eigene Policy-Präferenz vertritt. Schmidt (2003, S. 199) betont, dass es lediglich die Einhaltung von Verfassungsnormen prüft. Als Policy-Präferenz des Bundesverfassungsgerichts muss daher das Grundgesetz angesehen werden (Köhler, 2012, S. 206).

Ähnlich ist die Rolle des Bundessozialgerichts in der Gesundheitspolitik zu beurteilen. Es ist nicht ermächtigt zur Rechtsinnovation, sondern steht vielmehr in der Verantwortung durch revisionsgerichtliche Auslegung und Anwendung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Gesetze Rechtseinheit zu schaffen. Es wirkt begriffsbildend und konkretisierend, wo Gesetze zu unklar sind, ist jedoch an deren Vorgabe gebunden (Steiner, 2004, S. 61f.). Gesetzgebende Regulierung geht daher nicht vom Bundessozialgericht aus, es kann keine Gesetzesinitiativen vorgeben, verhindern oder revidieren. Hält es Fragen für verfassungsrechtlich relevant, so leitet es diese an das Bundesverfassungsgericht weiter (§39, Abs. 2, SGG).

So kann festgehalten werden, dass die staatliche Regulierung in Form der Gesetzgebung von Parteien ausgeht, welche Institutionen wie Regierung, Bundestag und Bundesrat besetzen, um formal Einfluss ausüben zu können. Das Bundesverfassungsgericht tritt nur situativ und ohne eigene Policy-Präferenz als Akteur in der

³¹ Es gibt jedoch – wie im Bundestag auch – politische Fragen, bei denen Parteizugehörigkeit keine Rolle spielt (bspw. ethische Fragen, oder Verteilungsfragen, bei denen Trennlinien z.B. geografisch bedingt sind). Dies ändert jedoch nichts an der Dominanz der Parteien.

Gesundheitspolitik auf, der Bundesrat nur, wenn es sich um zustimmungspflichtige Gesetze handelt und es Differenzen zwischen Bundes- und Landesparteien gibt.

Darüber hinaus findet staatliche Regulierung durch die staatliche Verwaltung statt. Oberste Behörde für das Gesundheitswesen ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) welches einzelne Aufgaben an eigene Ämter und Institute ausgelagert hat, wie das Robert-Koch-Institut für die Bekämpfung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten und die Gesundheitsberichterstattung oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Auf Ebene der Länder gibt es ebenfalls Landesgesundheitsministerien und Landesgesundheitsämter, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser überwachen und die Krankenhausplanung übernehmen (vgl. Simon, 2013, S. 125ff.).

Einen Teil der Regulierung hat der Staat delegiert an Verbände oder Körperschaften des öffentlichen Rechts, welche einerseits organisierte Vertretungen ihrer Mitglieder sind, andererseits Aufgaben der staatlichen Regulierung in ihrem Bereich übernehmen. Das Gesundheitssystem in Deutschland erfährt daher eine meso-korporatistische Steuerung unterhalb der gesetzlichen Rahmenvorgabe (Bandelow/Eckert/Rüsenberg, 2012, S. 17). Klassische Beispiele hierfür sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, welche die Versorgung mit Ärzten ordnen, oder Ärztekammern, welche eine Kontrollfunktion übernehmen. Hinzu kommt Regulierung durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungsträgern und Kostenträgern, die gemeinsam Regelungen beschließt, die für alle Krankenkassen, zugelassenen Leistungserbringer und GKV-Versicherten verbindlich sind. Diese per Gesetz geschaffenen Gremien haben in einem gesetzlich vorgegeben Rahmen teilweise weitreichende Entscheidungsbefugnisse.³² Die Regulierung unterhalb der staatlichen Rahmengesetzgebung und zur Implementierung von Gesetzen in der Gesundheitspolitik funktioniert in weiten Teilen als neokorporatistisches Verhandlungssystem (Lehmbruch, 1988). Interessenverbände werden an der Formulierung und Durchführung staatlicher Politik beteiligt. Krankenkassen und ihre Verbände nehmen in der dafür geschaffenen Selbstverwaltung gemeinsam mit den Verbänden von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankhausträgern Aufgaben der Qualitätssicherung und Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen wahr (Bandelow, 2004, S. 49).

Das wichtigste Gremium dieser Art, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), konkretisiert in seinen Entscheidungen die Ausgestaltungen des Leistungskatalogs

³² Sie gestalten damit die Vorgaben der gesetzlichen Rahmenvorgaben. Diese meso-korporatistische Steuerung der Gesundheitspolitik in Verhandlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzten stößt bei der Bevölkerung weitestgehend auf Akzeptanz (vgl. Bandelow/Eckert/Rüsenberg, 2012, S.18).

und wird wegen der Verbindlichkeit seiner Entscheidungen auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt (Simon, 2013, S. 129). Betrachtet man seine Rolle im Policy-Cycle, so ist er jedoch ebenso wie die staatliche Verwaltung eher mit der Implementierung von Gesetzen befasst, der Rahmen wird durch die Gesetzgebung vorgegeben. Die im G-BA vertretenen Akteure wirken auch vielfach an der Politikformulierung mit, sind aber nicht an der Entscheidung beteiligt.

Auf die Frage, welche Akteure nun relevant in der Gesundheitspolitik sind, muss eine differenzierte Antwort gegeben werden. Für die Implementierung von Gesetzen und den Diskurs über Bedarfe und Fehlentwicklungen sind es auch Interessensverbände der Leistungserbringer, der Kostenträger und der Versicherten. Für die Regulierung in Form der Gesetzgebung und der konkreten Formulierung von Policies im engeren Sinn – wozu auch Gesetzesinitiativen zählen – sind es die genannten formalen Akteure Bundestag, Bundesrat, Bundesregierung und Bundesverfassungsgericht, welche praktisch und inhaltlich jedoch von Parteien getragen werden oder wie das Verfassungsgericht nur situativ hinzugezogen werden. Andere Akteure, wie z.B. Verbände, können, wendet man einen engen Vetospieler-Begriff an, für die Gesetzgebung nicht als relevant angesehen werden, da sie keine Möglichkeit haben Initiativen einzubringen oder zu stoppen. Der Einfluss von Verbänden auf die Gesundheitspolitik ist zwar groß (vgl. Bandelow, 2004, S. 49), sie beeinflussen jedoch „nur“ die Positionen politischer Akteure und damit Entscheidungen nicht direkt (vgl. Blank, 2012, S. 10).

Daher werden in den folgenden Untersuchungen die gesundheitspolitischen Initiativen der Parteien untersucht und die für diese avisierte Phase der Gesetzeseinbringung irrelevanten Akteure ausgeklammert.

2.1.4 Zielkonflikte in der Gesundheitspolitik

Die Ziele der deutschen Gesundheitspolitik sind bereits in ihrer Anlage zumindest in Teilen nicht miteinander vereinbar. Murswieck (2003, S. 223) nennt drei zentrale Ziele, deren Gewicht von der Ebene abhängt, von der man auf die Gesundheitspolitik blickt. Auf der gesellschaftlichen Ebene steht das Solidaritätsprinzip im Vordergrund: Jeder Bürger soll unabhängig vom Einkommen Anspruch auf die notwendige Gesundheitsversorgung haben. Auf der medizinischen Ebene soll Gesundheitspolitik das Ziel haben, die bestmögliche Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Es geht hier also um Qualität. Ein drittes Ziel bewegt sich auf der ökonomischen Ebene: Gesundheitspolitik soll das Ziel verfolgen, die Versorgung so kostengünstig wie möglich bereitzustellen. Es geht hier um Finanzierbarkeit, Effizienz und Effektivität. Bandelow (2006, S. 159) ergänzt diese drei Ziele Finanzierbarkeit, Qualität und Solidarität noch um das Wachstum, welches Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt anstreben.

Ein Konflikt dieser Ziele entsteht dadurch, dass diese zum einen durch verschiedene Akteursgruppen mit unterschiedlicher Gewichtung verfolgt werden, zum anderen dadurch, dass Sie nicht komplett miteinander vereinbar sind. Eine Steigerung der Qualität in der Gesundheitsversorgung zum Beispiel bedeutet zwar für Leistungserbringer auch Wachstumschancen im Gesundheitsmarkt, verursacht aber Kosten, die zu Lasten der Finanzierbarkeit und bei einem Bezug auf eine bestimmte Versichertengruppe auch zu Lasten der Solidarität gehen. Zielt Gesundheitspolitik darauf, Kosten zu senken, kann sie das beispielsweise dadurch erreichen, bestimmte Leistungen zu reduzieren, was zu Lasten des Wachstums und auch der Qualität geht, oder sie erhöht die Einnahmen durch Eigenbeteiligungen der Versicherten, was häufig durch einseitige Belastungen auf Kosten der Solidarität geht.

Dass trotz der Unvereinbarkeit dieser Ziele Gesundheitspolitik möglich ist, wird nicht nur darauf zurückgeführt, dass verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Gewichtungen dieser Ziele die Politik entschieden haben, sondern sozioökonomische und teilweise externe Rahmenbedingungen bestimmte Grundrichtungen vorgeben: So erfolgte nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst eine Restauration und ein Ausbau des Systems, verbunden mit einer Stärkung der Ziele Wachstum und Solidarität. Nach der Öl- und Wirtschaftskrise 1973/74 erfolgte ein Rückbau, das Ziel der Finanzierbarkeit wurde zunehmend stärker betont. Die Senkung der Kosten der GKV war erklärtes Ziel der sogenannten Kostendämpfungspolitik, welche seit 1975 eine zunehmende Bedeutung hatte. Mit der Machtübernahme durch die erste rot-grüne Bundesregierung 1998 wechselten die Zielrichtungen häufiger, Qualität kam als neues Ziel von Gesundheitspolitik auf und Finanzierung und Wachstum wurden als Ziele unstetig verfolgt (vgl. Bandelow, 2006, S. 160-165; Wendt, 2013, S. 351f.).

Gleichzeitig ist aber jedes dieser Ziele auch ein Betrachtungswinkel, eine Ebene oder wie eine Brille, durch die man Gesundheitspolitik betrachtet. Aus der Wachstumsperspektive heraus ist jedes gesundheitspolitische Vorhaben, welches die Einnahmen der Leistungserbringer steigert, auch gut für das Wachstum. Das können Qualitätssteigerungen sein, höhere Ausschüttungen an Ärzte aber auch eine Ausdehnung des Marktes durch eine Ausweitung des Solidaritätsgedankens. Aus der Finanzierungsperspektive ist jedes Vorhaben, welches die Ausgaben der GKV senkt, zunächst einmal positiv zu bewerten, unabhängig davon, ob es der Gesundheitswirtschaft nutzt oder nicht oder ob es die Qualität der Versorgung steigert.

Eine andere Perspektive, die mit den oben ausgeführten Zielen ebenfalls eng verknüpft ist, ist die der Versicherten. Ihr Blickwinkel wird zunehmend häufig in die Bewertung gesundheitspolitischer Entwicklungen einbezogen (vgl. Gold/Gene/Stötzner, 2000). Der Versicherte hat über zwei Schnittstellen Kontakt zum Gesundheitssystem: Durch Zahlungen, die er vornimmt und durch Leistungen, die

er empfängt (vgl. Garms-Homolová, 2000, S. 15f.). Als Nutzer und Zahler des Systems zielen die Versicherten auf hohe und hochwertige Leistungen, bei hoher Solidarität (der anderen Zahler) und niedrigen Kosten für den Einzelnen (vgl. Zok, 2010, S. 11f.). Dabei zeigt sich in Befragungen, dass der zahlende gesunde Bürger insbesondere an der Kostenebene großes Interesse hat und nach niedrigen Beiträgen strebt, während der erkrankte Bürger als Patient insbesondere die Leistungsebene fokussiert und dort hohe Leistungen erwartet und niedrige Zuzahlungen auf der Kostenseite (vgl. Beske, 2001, S. 25ff.).

Auf der Versichertenenebene gibt es also mit den Kosten und Leistungen zwei Stellschrauben, an denen Gesundheitspolitik für Versicherte bewertet werden kann. Auch die Zielrichtungen der anderen bereits benannten Ebenen Solidarität, Wachstum, Qualität und Finanzierung lassen sich dieser Versichertenperspektive zuordnen: Ein Leistungsausbau für die Versicherten bedeutet demnach eine Stärkung der Ziele Wachstum und Qualität, während die Finanzierungsebene dadurch geschwächt würde. Eine Steigerung der Kosten für die Versicherten z.B. durch Zuzahlungen zu Medikamenten würde die Solidarität schwächen, das Wachstum ggf. ausbremsen³³ und die Finanzierung verbessern. Würden Kostensteigerungen durch Beitragserhöhungen erfolgen, würden sie ebenfalls die Finanzierung verbessern, die Auswirkungen auf die Solidarität hingen von der Ausgestaltung der Erhöhung ab, insb. einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze. Letztlich lassen sich die Zielkonflikte Wachstum, Finanzierung, Qualität und Solidarität den beiden Ebenen Kosten und Leistungen in der Versichertenperspektive zuordnen. Leistungsausbau bedeutet Ausbau des Wachstums, der Qualität und der Solidarität und ist negativ für die Finanzierung – bei Leistungsreduzierungen ist es genau anders herum. Kostensteigerungen sind negativ für die Solidarität und u.U. das Wachstum und positiv für die Finanzierung des Systems und u.U. für die Qualität. Bei Kostensenkungen ist es genau anders herum.

Aus diesen Zielkonflikten in der Versichertenperspektive lassen sich auch Aussagen über den Nutzen gesundheitspolitischer Maßnahmen für die Versicherten treffen. Wie diese zu bewerten und schließlich zu operationalisieren sind, wird im folgenden Abschnitt erläutert.

³³ Die sog. Preiselastizität der Nachfrage beschreibt die Stärke der Veränderung der Nachfrage und somit auch des Absatzes in Abhängigkeit vom Preis. Auch im Gesundheitsmarkt gibt es Preiselastizität – wenngleich sie bei medizinischen Leistungen nicht so hoch ist, wie in anderen Märkten. Die Einführung der Praxisgebühr 2004, eine Zuzahlung für die Versicherten bei Arztbesuchen, führte beispielsweise zu einem Rückgang der Arztbesuche (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2005).

2.2 Der Nutzen von GKV-Reforminitiativen

Bereits nach Easton (1953) ist es der Kern eines politischen Systems, und dessen spezifische politische Funktion, eine allgemeinverbindliche Zuteilung von Gütern für die Gesellschaft zu organisieren, welche von der Mehrheit der Gesellschaft akzeptiert wird (vgl. Pilz/Ortwein, 2008, S. 8). Diese Zuteilung erfolgt von Seiten des Staates in einer rechtsstaatlichen Demokratie mittels Gesetzen. Gesetzesinitiativen dienen also der Verteilung von Gütern und sind der institutionalisierte und formale Weg zur Güterverteilung.

Volkswirtschaftlich gesehen sind Güter ein Mittel der Bedürfnisbefriedigung (Baßeler/Heinrich/Utecht, 2006, S. 14). Welches Ausmaß die Bedürfnisbefriedigung durch ein Gut hat, hängt zum einen von den Bedürfnissen ab, zum anderen vom Nutzen eines Gutes. Bedürfnisse sind aus Konsumentensicht auf ein Gut gerichtet und spiegeln die Erwartung wider, dass durch das Gut ein Mangel beseitigt wird. In der politischen Ökonomie wird davon ausgegangen, dass Bedürfnisse ein Kernproblem der Menschen sind. Aus einem Unbehagen (die diffuse Erkenntnis, dass etwas fehlt) und Instrumentalwissen (konkretes Wissen, was auf das Behagen Einfluss haben kann) kann ein Bedürfnis entstehen. Über die Aneignung von Instrumentalwissen erfolgt die Ausbildung von Bedürfnissen. Die Bedürfnisse gehen als Input in das Rationalitätskalkül der Menschen über, sind also Grundlage einer rationalen Entscheidung (vgl. Kirsch, 2004, S. 213ff.).

Die Maslow-Pyramide (vgl. Maslow, 1981) unterscheidet mehrere Bedürfnisebenen, aufbauend auf physiologischen Grundbedürfnissen. „In Zeiten des Überflusses aber entsteht im Zusammenhang mit der Entwicklung der übrigen Bedürfnisebenen der Wunsch nach qualitativ immer besseren [...] und quantitativ umfassenderen Formen der Befriedigung des Grundbedürfnisses.“, halten Baßeler, Heinrich und Utecht (2006, S. 13) fest. Demnach kann Bedürfnisbefriedigung auf zwei Ebenen erfolgen: eine quantitative und einer qualitativen Ebene. Aus quantitativer Sicht streben Konsumenten nach der größtmöglichen Menge eines Gutes bei gleichem Einsatz, d.h. die Kosten eines Gutes spielen eine maßgebliche Rolle. Zudem soll das Gut eine maximale Leistung haben und damit ein qualitatives Bedürfnis befriedigen. Beide Aspekte beschreiben den Nutzen einer Initiative.

Der Nutzen eines Gutes bezieht sich also auf dessen quantitative kostenbezogene Ebene und die qualitative leistungsbezogene Ebene eines Gutes. Der Nutzen ist umso größer, je qualitativ hochwertiger das Gut ist, d.h. je mehr es leisten kann, und je quantitativ umfassender es ist, d.h. je mehr man von diesem Gut bei gleichem Einsatz in Anspruch nehmen kann, also je geringer die Kosten sind. Bedürfnisbefriedigung wird so durch einen größtmöglichen Nutzen eines Gutes erzielt. „Die Konsumenten möchten so mit Gütern versorgt sein, daß sie den größtmöglichen Grad an Bedürfnisbefriedigung erreichen – in ökonomischer Terminologie

ausgedrückt: daß ihr Nutzen maximal ist“, fassen Gans und Markgraf (1997, S. 19) die Präferenzen der Individuen zusammen. Der Nutzen bezieht sich also immer auf den Konsumenten – aus politikwissenschaftlicher Perspektive auf die Menschen eines Landes oder in Bezug auf diese Arbeit konkreter auf die wahlberechtigten Bürger. Downs (1968, S. 35f.) beschreibt, dass der Wille des rationalen Wählers darin besteht, seinen Nutzen aus Leistungen zu steigern.

Legen Gesetze die Verteilung der Güter fest, so kann ihnen die gleiche Beschaffenheit von Nutzen und Bedürfnisbefriedigung zugeschrieben werden wie dem Gut selbst. Gesetzesinitiativen können die Bedürfnisse der Menschen befriedigen oder eben nicht, in dem sie die Verteilung eines Gutes festlegen. Gesetzesinitiativen können nutzensteigernd sein und damit die Bedürfnisse der Wähler befriedigen oder nutzenreduzierend sein und dadurch die Wählerbedürfnisse nicht befriedigen.

Diese Zuschreibung einer Nutzensausprägung kann durch die Ausprägungen von Kosten und Leistungen hinsichtlich eines Gutes, auf das sich die Gesetzesinitiative bezieht, festgelegt werden. Nutzensteigernde Initiativen steigern die Leistungen eines Gutes für die Versicherten und/oder reduzieren die Kosten, die von den Konsumenten für dieses Gut aufgebracht werden müssen. Nutzenreduzierende Initiativen senken die Leistungen eines Gutes für die Versicherten und/oder erhöhen die Kosten, die von den Versicherten für dieses Gut aufgebracht werden müssen. Initiativen, die also Leistungen ausbauen und/oder Kosten für den Versicherten reduzieren sind dann idealtypische Initiativen, die dem Wählerwillen entsprechen.

Da in dieser Arbeit nur die finanzielle Ebene von Gesetzesinitiativen betrachtet werden soll, muss die rationale Wählerpräferenz darauf bezogen werden. Sie besteht dann in einer Leistungssteigerung und/oder Kostenreduzierung.

Die Inhalte von Reforminitiativen zur GKV lassen sich in den aus der Versichertenperspektive relevanten Bereichen Kosten und Leistungen bewerten. Steigende Kosten, z.B. durch steigende GKV-Beiträge, erhöhte Zuzahlungen, wegfallende Vergünstigungen, werden als negativ bewertet, sinkende Kosten als positiv. Auf der Leistungsebene funktioniert diese Bewertung in entgegengesetzter Relation. Leistungsausbau, z.B. durch zusätzliche Angebote, mehr Auswahl, mehr Krankenhausbetten oder Erweiterungen des Leistungskatalogs, wird positiv bewertet, während Leistungsreduzierungen negativ bewertet werden.

Folgt man dieser Logik kann man den Nutzen einer Initiative aus Versichertenperspektive anhand des in der Initiative angegebenen Inhalts bemessen. Dafür sind die Ausprägungen bzgl. Kosten und Leistungen in den einzelnen Policy-Dimensionen einer Gesetzesinitiative zu erfassen. Für jede Dimension kann so festgestellt werden, ob Leistungen (L) ausgebaut werden ($L+$), gleich bleiben ($L0$) oder reduziert werden ($L-$), und ob die Kosten (K) für die Bürger steigen ($K+$), gleich bleiben ($K0$) oder reduziert werden ($K-$).

Treffen für die Versicherten negative Ausprägungen von Leistungen (Leistungsreduzierung) und positive Ausprägungen von Kosten (Kostensteigerung) zusammen, ist der Nutzen der Initiative für die Versicherten besonders gering. Treffen positive Ausprägungen von Kosten (Kostensteigerung) oder negative Ausprägungen von Leistungen (Leistungsreduzierung) auf gleichbleibende Ausprägungen der anderen Ebene, so ist der Nutzen ebenfalls gering, aber nicht so gering, wie wenn in beiden Ebenen für die Versicherten nachteilige Entwicklungen vorliegen. Belässt eine Initiative Kosten und Leistungen der GKV beim Status Quo, so hat diese Initiative auch keine Auswirkungen auf den Nutzen für die Versicherten. Werden auf der einen Ebene (Kostenreduzierung oder Leistungsausbau) für die Versicherten positive Zeichen gesetzt, in der anderen Ebene jedoch negative (Kostensteigerung oder Leistungsreduzierung), so ergibt sich in der Gesamtrechnung für die Versicherten kein Mehrwert, da sie entweder für hinzugekommene Leistungen mehr zahlen müssen oder für wegfallende Kosten auch auf Leistungen verzichten müssen. Der Nutzen verändert sich also nicht.

Werden hingegen für die Versicherten positive Entscheidungen (Kostenreduzierungen und Leistungsausbau) in einer Gesetzesinitiative eingebracht, so hat diese Initiative einen sehr großen Nutzen. Wird nur auf einer Ebene eine positive Entwicklung auf den Weg gebracht, während auf der anderen Ebene keine Veränderung auftritt, so hat die Initiative ebenfalls einen positiven Nutzen.³⁴ Wie die Bewertung des Nutzens aus der Perspektive der Versicherten in Gesetzesinitiativen gemessen wird, wird in Kapitel 5.3 dargestellt.

Dass einzelne gesundheitspolitische Maßnahmen und geplante Maßnahmen von der Wählerschaft tatsächlich überblickt und eingeordnet werden können, kann man gewiss in Frage stellen. Rational handelnde Parteien mit dem Ziel der Stimmensteigerung in Wahlen gehen jedoch davon aus, dass ihre Wähler auf einer inhaltlichen Ebene auch rational handeln, folgt man dem Modell Downs'. Die dargestellten möglichen Erwartungen der Wähler an den Nutzen stellen somit Erwartungen der politischen Akteure an die Wählererwartungen dar. Die dargelegte Relevanz des Themas Gesundheitspolitik für die Wähler bekräftigt politische Akteure darin, diesen erwarteten Erwartungen zu folgen.

³⁴ Dies soll jedoch nicht dazu führen, dass eine komplette Leistungsreduzierung der Krankenversicherung akzeptiert würde, wenn dafür die Kosten wegfielen, weil so eine Risikoabsicherung nicht mehr gewährleistet würde. Da in der weiteren Analyse davon ausgegangen wird, dass nur einzelne Leistungen und nie die kompletten Leistungen der GKV in Initiativen zur Disposition stehen, wird die Risikoaversion der Versicherten hier nicht weiter berücksichtigt.

2.3 Politikfelddimensionen und ihre Bedeutung für die GKV-Finanzierung und die Wähler

Das Politikfeld Gesundheitspolitik hat verschiedene Dimensionen, in denen die oben ausgeführten Zielkonflikte wiederzufinden sind und die für die politischen Akteure und die Versicherten und Wähler unterschiedliche Bedeutung haben.

Als Dimensionen des Politikfelds Gesundheitspolitik, die im Zusammenhang mit der Finanzierung des Gesundheitssystems stehen, werden hier die zentralen Leistungsfelder der Gesundheitsversorgung betrachtet und darüber hinaus mit der Beitragsdimension auch die relevanteste Einnahmenquelle der GKV. Damit sind keineswegs alle Dimensionen des Politikfelds hier erfasst, sondern nur diejenigen, die als wesentlich für die Finanzierung betrachtet werden. Grundlage der Auswahl war die Relevanz als Einnahmen- oder Ausgabenbereich der GKV. Dabei nennt das BMG die Bereiche Ambulante Versorgung (Ärztliche Behandlung), Zahnbehandlung (Zahnärztliche Behandlung), Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Stationäre Versorgung (Krankenhausbehandlung), Krankengeld, Fahrkosten und den Bereich Kuren & Reha (Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen) als zentrale Ausgabenbereiche.³⁵ Die Beitragsdimension wird als wesentlicher Einnahmebereich ebenfalls einbezogen.

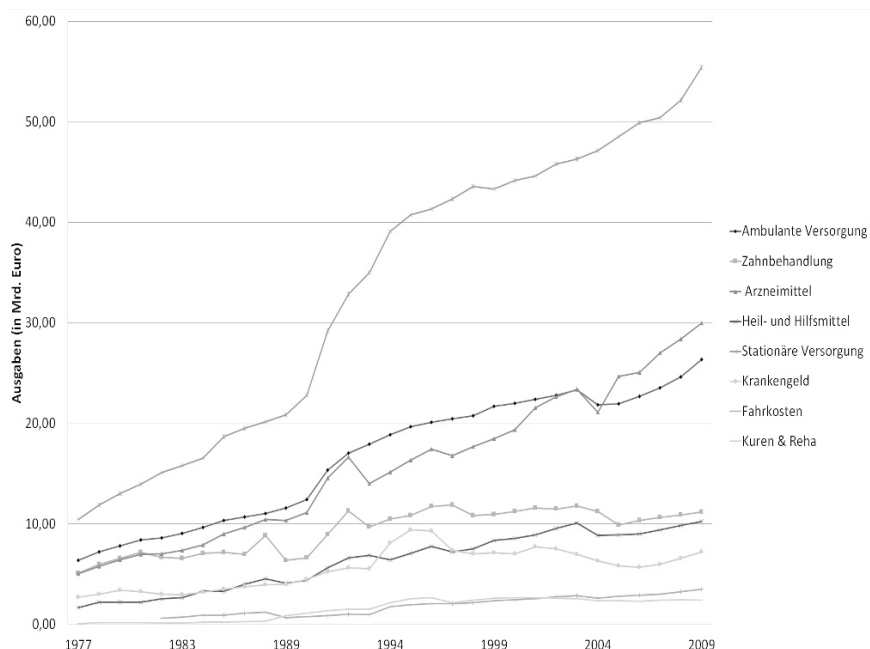
Die Ausgaben der GKV für Leistungen sind im Untersuchungszeitraum stetig gestiegen und konnten nur einige wenige Male reduziert werden. Dazu zählen die Jahre 1989, 1993, 1997 und 2004. Insgesamt haben sich die Ausgaben von 29,7 Mrd. Euro im Jahr 1977 bis zu 165,1 Mrd. Euro im Jahr 2009 mehr als verfünffacht.³⁶ Betrachtet man spezifischer die hier auch untersuchten Politikfelddimensionen als Ausgabenfelder der GKV, so zeigen sich einige dieser Dimensionen als starke Kostentreiber der GKV. Der Bereich stationäre Versorgung nimmt seit jeher den Spitzenplatz unter den Ausgabenposten ein (vgl. *Darst. 5*).

Im Durchschnitt wurden im Untersuchungszeitraum hier 33,25 Mrd. Euro ausgegeben, wobei dieser Wert nur die Mitte eine Ausgabensteigerung von 10,46 Mrd. Euro im Jahr 1977 bis zu 55,41 Mrd. Euro im Jahr 2009 ist. Lediglich im Jahr 1999 gab es in diesem Ausgabenfeld eine Ausgabenreduzierung um 0,25 Mrd. Euro. Der Abstand zu den folgenden Ausgabenfeldern ist enorm. Mit über 15 Mrd. Euro Abstand folgt die ambulante Versorgung als zweitgrößter Ausgabenposten mit durchschnittlich 16,68 Mrd. Euro. Dieser Bereich ist von 6,39 Mrd. Euro im Jahr 1977 auf 26,39 Mrd. Euro im Jahr 2009 stetig angestiegen, mit Ausnahme des Jahres 2004. Auf dem dritten Platz folgen die Ausgaben für Arzneimittel mit

³⁵ Berufen wird sich hier auf die KJ1-Statistik und die KM1/13-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Eine Übersicht der Ausgaben findet sich im Anhang in Tabelle A 61.

³⁶ Vgl. dazu die Grafik A 58 „Leistungsausgaben der GKV“ im Anhang.

einem Ausgaben-Mittelwert von 15,74 Mrd. Euro für den Untersuchungszeitraum. 1977 mit 5,04 Mrd. Euro gestartet sind die Ausgaben massiv gestiegen.



Darst. 5: Leistungsausgaben der GKV in Politikfelddimensionen (Eigene Darstellung, Datenquelle: Anhang A 61).

Im Jahr 2003 überstiegen die Arzneimittelausgaben mit 23,4 Mrd. Euro erstmals die Ausgaben für die ambulante Versorgung, seit 2005 dauerhaft. Mit 30 Mrd. Euro liegen die Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 2009 auf Platz zwei. Mit erheblichem Abstand folgen die Ausgaben für die Zahnbehandlung, Heil- und Hilfsmittel, sowie das Krankengeld. Im Bereich der Zahnbehandlungen gab es Einsparungen in den Jahren 1993 und 2005. Der Ausgaben-Höchstwert von 11,82 Mrd. Euro im Jahr 2003 wurde bis 2009 nicht mehr erreicht. Die Politikfelddimensionen Fahrtkosten und Kuren/Reha zeigen deutlich geringere Leistungsausgaben auf als die anderen untersuchten Dimensionen, allerdings sind die Steigerungsraten hier erheblich größer. So wurden mit 2,44 Mrd. Euro im Jahr 2009 zwar nur 0,01 Prozent der Gesamtausgaben der GKV für Kuren und Reha ausgegeben. Von 1977

bis 2009 kam es in diesem Bereich jedoch zu einer Ausgabensteigerung um das 22-fache.³⁷

Im Folgenden soll ausgeführt werden, welche Relevanz die Politikfelddimensionen für die Finanzierung der GKV haben, welche Akteursziele und Besonderheiten der Akteurskonstellation diese Dimensionen aufweisen und welche Relevanz die Dimensionen für die Wähler haben. Auf dieser Basis sollen Erwartungen formuliert werden, ob und wie stark mit Nutzensteigerung oder -reduzierung im Untersuchungszeitraum zu rechnen ist.

2.3.1 Arzneimittel

Arzneimittel sind ein wichtiger Bestandteil einer medizinischen Versorgung. Sie sind Hilfsmittel der ärztlichen Versorgung und als solche ist ihre Bedeutung stetig gestiegen. Es handelt sich bei Arzneimitteln um eine Sachleistung der GKV (Bäcker et al., 2010, S. 161f.).

Die GKV gab im Untersuchungszeitraum im Durchschnitt 15,74 Mrd. Euro für Arzneimittel aus. Damit ist dieser Ausgabenbereich einer der stärksten der GKV und an dritter Stelle nach der stationären und der ambulanten Versorgung. In den Jahren 2003 und 2005 bis 2009 war der Arzneimittelbereich sogar der zweitgrößte Ausgabenposten.³⁸ Im internationalen Vergleich ist Deutschland eines der Länder mit den höchsten Ausgaben für Arzneimittel (Wendt, 2013, S. 200).

Obwohl über Negativlisten Arzneimittelgruppen ausgeschlossen werden und daher auch weniger Rezepte ausgestellt werden, kommt es dennoch zu Kostensteigerungen in der Dimension Arzneimittel. Der Grund hierfür sind steigende Arzneimittelpreise.³⁹

Für die GKV ist die Arzneimitteldimension daher einer der zentralen Bereiche, um Kosten zu sparen. Konkret kann dies über Zuzahlungsmechanismen oder Leistungsausschlüsse erfolgen. In der Praxis ist eine Steuerung des Angebots sinnvoller als eine Steuerung der Nachfrage (Wendt, 2013, S. 205). D.h. Zuzahlungen können die Nachfrage nur begrenzt steuern, der Ausschluss von bestimmten Medikamenten aus dem Leistungskatalog indes schon.⁴⁰ Laut Sozialgesetzbuch V

³⁷ Vgl. dazu die Tabelle A 61 „Leistungsausgaben in Politikfelddimensionen“ im Anhang.

³⁸ Vgl. die Tabelle A 61 „Leistungsausgaben in Politikfelddimensionen“ im Anhang.

³⁹ Dies ist gut erkennbar an der Tabelle A 19 im Anhang. Die Zahl der Rezepte pro GKV-Mitglied ging von 12,3 Rezepten 1995 auf 8,8 Rezepte im Jahr 2010 zurück. Der Wert je Verordnung stieg jedoch von 17,38 Euro 1995 auf 47,50 Euro im Jahr 2010. Die GKV-Ausgaben für Arzneimittel haben sich insgesamt fast verdoppelt.

⁴⁰ So zeigen Studien, dass die GKV-Versicherten seltener neuentwickelte Wirkstoffe verschrieben bekommen als PKV-Versicherte, weil die GKV hier die Leistung begrenzt und bestehende Wirkstoffe oder günstigere Generika ggf. gleichermaßen zur Genesung beitragen (vgl. Lünen/Passon/Lauterbach, 2010, S. 13).

kann der Gesetzgeber durch die Definition einer Bedarfsbestimmung unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln festlegen. Der Ausschluss von Erstattung bedeutet dabei eine Leistungsreduzierung in der GKV (vgl. Engelke, 2009, S. 91).

Dadurch würden Medikamente in ein anderes Marktsegment fallen. Man unterscheidet zwischen apothekenpflichtigen und freiverkäuflichen Medikamenten. Apothekenpflichtige Arzneimittel können verschreibungspflichtig oder nicht verschreibungspflichtig sein. Die GKV übernimmt lediglich anteilig die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente. Freiverkäufliche und nicht-verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Medikamente werden den Versicherten von der GKV nicht erstattet (vgl. Engelke, 2009, S. 90).⁴¹

Das Angebot der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch, etwa 60 Prozent der Arzneimittel sind 2007 verschreibungspflichtig, 34 Prozent sind apothekenpflichtig, 4,4 Prozent sind freiverkäuflich (Bäcker et al., 2010, S. 161f.).

Der hohe Anteil nicht-verschreibungspflichtiger und freiverkäuflicher Arzneimittel führt zu einer verstärkten Selbstmedikation der Versicherten. Unter den Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in Deutschland sind Ausgaben für Arzneimittel der größte Ausgabenposten. 2010 waren es über sieben Mrd. Euro und damit fast 20 Prozent aller privaten Gesundheitsausgaben.⁴² Dies verdeutlicht, dass es eine erhebliche Nachfrage nach Arzneimitteln gibt, auch wenn diese nicht erstattet werden. Die Versicherten haben demnach aus wirtschaftlicher Sicht ein großes Interesse an der Erstattung von Arzneimitteln, da sie sonst Mehrkosten haben.

Das gilt gleichermaßen für die Pharmaunternehmen, die als besonderer Akteur in dieser Politikfelddimension auftreten. Sie und ihre Shareholder streben nach einer Gewinnmaximierung (vgl. Heilig, 2009, S. 159), die sie insbesondere dann erzielen, wenn ihre Medikamente von Ärzten verschrieben und über die GKV erstattet werden. Die Ausgaben für verschriebene Arzneimittel liegen im Jahr 2010 bei über 30 Mrd. Euro und damit mehr als viermal so hoch wie die Ausgaben der privaten Haushalte für Arzneimittel. Durch eine freie Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt und ökonomische Anreize gegenüber den verschreibenden Ärzten (vgl. Glaeske, 2009, S. 141) nehmen die Pharmaunternehmen großen Einfluss auf

⁴¹ Hier erfolgt die Medikation oft nach eigenem Ermessen der Patienten. Eine Ausnahme bilden nicht-verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Medikamente für Kinder bis 12 Jahre, welche die GKV übernimmt.

⁴² vgl. hierzu die Tabelle A 8 „Gesundheitsausgaben privater Haushalte nach Leistungsarten“ im Anhang.

die Ausgaben der GKV in der Arzneimittel-Dimension. Der Einfluss der Pharmaunternehmen auf politische Entscheidungsträger durch gezielte Lobbyarbeit wird als sehr hoch eingeschätzt (vgl. Heilig, 2009, S. 162).

Die Versuche politischer Akteure, durch Positiv- und Negativlisten den Leistungskatalog bei den Arzneimitteln zu beschränken, tangieren daher nicht nur Wählerinteressen, sondern auch die Interessen eines starken Akteurs. Es ist davon auszugehen, dass das Ausmaß der Leistungskürzungen in der Dimension Arzneimittel dadurch reduziert wird. Politische Akteure würden, wenn sie die Interessen der Wähler bedienen wollten, in der Dimension Arzneimittel darauf zielen, durch geringe Zuzahlungen und eine Begrenzung des Erstattungsanschlusses, die zusätzlichen Belastungen der Versicherten gering zu halten oder sie sogar zu entlasten. Aufgrund des erheblichen Kostendrucks und des hohen Anteils der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben ist jedoch davon auszugehen, dass politische Akteure kaum Möglichkeiten zur Entlastung sehen. In dieser Dimension wird ein hoher Anteil nutzenreduzierender Initiativen erwartet. Versuchen politische Akteure in diesem Politikfeld Wählerstimmen zu gewinnen, werden sie eher versuchen, Belastungen vor Wahlen zu vermeiden, als dass sie tatsächlich Leistungen ausbauen.

2.3.2 Zahnbehandlung und -ersatz

Zahnbehandlungen und Zahnersatz waren zu Beginn des hier gewählten Untersuchungszeitraums und der Gesundheitspolitik unter dem Paradigma der Kostensenkung noch einer der größten Ausgabenbereiche. 1977 wurden in dieser Dimension 5,12 Mrd. Euro ausgegeben, mehr als für Arzneimittel und fast genauso viel wie für den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung.⁴³ Für die GKV ist die zahnmedizinische Versorgung einer der größten und stark belastenden Ausgabenbereiche mit hohen Kosten im Einzelfall. Politische Akteure mit Verantwortung für das GKV-System versuchen daher, diese Ausgaben zurückzudrängen und die Leistungen in dieser Dimension zu reduzieren.

Grundlage solcher Leistungsreduzierungen ist die Tatsache, dass in der Zahnmedizin in der Regel keine lebensbedrohlichen Krankheiten vorliegen, Erkrankungen zum Teil vermeidbar sind, der Patient zu einem Heilerfolg erheblich beiträgt und es oftmals eine Auswahl an Therapiealternativen gibt (Weitkamp/Ziller/Krousky, 2003, S. 61). Aufgrund der politisch gewollten Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Zahngesundheit, lassen sich Leistungsreduzierungen und -ausschlüsse

⁴³ Vgl. die Tabelle A 61 „Leistungsausgaben in Politikfelddimensionen“ im Anhang.

für GKV-Versicherte durch politische Akteure einfacher rechtfertigen als in anderen Politikfelddimensionen.⁴⁴ Und auch Zuzahlungen sind aus diesem Grund und zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten ein klassisches Steuerungsinstrument. Es hat sich eine Abgrenzung zwischen der solidarisch-finanzierten „Need-Dentistry“, welche die objektiv und medizinisch notwendigen Kernleistungen umfasst, der privat finanzierten „Want-Dentistry“, welche subjektiv gewünschte Leistungen beinhaltet und der misch-finanzierten „Need-Want-Dentistry“, welche höherwertige Leistungen mit Zuzahlungen bzw. Festzuschüssen zur Leistung versieht, durchgesetzt und es fand eine Verschiebung von Leistungen vom Need- in den Want-Bereich statt (vgl. Weitkamp/Ziller/Krousky, 2003, S. 62f.). Im Gegensatz zu anderen Bereichen ist die Zuzahlung bei Zahnbehandlung und Zahnersatz Alltag (Ries et al., 2008, S. 21).

Darüber hinaus besteht im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes eine der zentralen politischen Konflikte zwischen den Finanzierungsoptionen Sachleistung (die GKV bezahlt die Leistung direkt an den Leistungserbringer) und Kostenerstattung (der Versicherte zahlt zunächst die Leistung selbst und lässt sie sich anschließend von seiner Kasse erstatten). Mit dem Kostenerstattungsprinzip müssen die Versicherten in eine Vorleistung gehen, die insbesondere bei den hohen Kosten für Zahnbehandlung und -ersatz, mehrere Tausend Euro betragen kann. Dadurch versucht die Politik die Nachfrage zu lenken und die Eigeninitiative zu stärken. Für die Versicherten stellt auch dies zunächst eine Reduzierung des Nutzens der GKV dar.

Dies wird umso deutlicher, wenn man den Bedarf betrachtet. Im Vergleich mit anderen Ländern, die einen ansonsten ähnlichen Lebensstandard aufweisen, ist die Zahngesundheit in Deutschland als schlecht einzuordnen und es sind viele Menschen von Zahnerkrankungen, insb. Karies betroffen (vgl. Wismar/Busse, 1998, S. 210f.). Es handelt sich also durchaus um ein gesellschaftliches Problem mit Auswirkungen auf andere Gesundheitsbereiche, zu dessen Lösung die Bürger nur begrenzt Leistungen von ihrer Krankenversicherung in Anspruch nehmen können. Stattdessen schließen sie Zusatzversicherungen ab oder werden durch Zahlung von Eigenbeteiligungen erheblich finanziell belastet.⁴⁵ Die Zahnärzte als wich-

⁴⁴ Die Rede ist hier von einer kosmetischen Funktion der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes, die zudem auch noch gut planbar sei und deshalb aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden könne (vgl. Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003, S. 59f.). Pimpertz (2002, S. 39) argumentiert, dass durch eine staatlich finanzierte Aufklärung zur Zahngesundheit (wie z.B. in der Schweiz) die Eigenverantwortung der Versicherten in diesem Bereich so hoch sei, dass zahnmedizinische Versorgung im Leistungskatalog nicht mehr als obligatorisch eingestuft werden müsse.

⁴⁵ 2010 gaben die privaten Haushalte bspw. über 2,8 Mrd. Euro für Zahnersatz aus (vgl. Tabelle A 8 im Anhang) und 2,7 Mrd. Euro für zahnärztliche Leistungen (vgl. Tabelle A 10 im Anhang). In

tigste Interessengruppe in diesem Leistungsbereich setzen ebenfalls auf Eigenverantwortung der Versicherten und präferieren ein Kostenerstattungsprinzip mit Festzuschüssen oder Zuzahlungen als eine Form der Mischfinanzierung von Leistungen (Muschallik, 2000, S. 216). Bisweilen gehen ihre Forderungen über die Reduzierungsvorschläge der Politik hinaus und gelten als zu radikal, da sie selbst über den Wert ihrer Leistungen bestimmen wollen, weshalb sie trotz einheitlicher Interessenlage und Organisation an gesundheitspolitischer Bedeutung und Einfluss auf die politischen Akteure verloren haben (vgl. Bandelow, 1998, S. 86). Versicherte haben also ein Interesse an Kostenreduzierungen und Leistungsausbau. Aber angesichts des Kostendrucks und der Möglichkeiten, die sich in dieser Politikfelddimension zur Leistungsausgliederung bieten, ist mit nutzensteigernden Initiativen nicht zu rechnen. Stattdessen sind hier Leistungsabbau und Kostensteigerungen, auch durch das von den Zahnärzten verfolgte Kostenerstattungsprinzip zu erwarten. Die Möglichkeit Leistungsreduzierungen zu verschieben und bewusst vor Wahlen zu vermeiden, könnte indes häufiger genutzt werden, da hier für die Versicherten erhebliche Kosten zu erwarten wären.

2.3.3 Kuren und Rehabilitation

Gemessen an den Gesamtausgaben ist die Politikfelldimension Kuren und Rehabilitation kaum von Bedeutung für die GKV-Finanzierung. Nur 1,6 Prozent der GKV-Leistungsausgaben liegen in dieser Dimension. Dennoch gab es hier im Untersuchungszeitraum den größten Anstieg: Die Ausgaben haben sich mehr als verzwanzigfacht.⁴⁶ Diese Entwicklung kann dafür sprechen, dass Leistungsreduzierungen in diesem Bereich moderat ausgefallen sind und ggf. auch Leistungsausbau stattfand.

Die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen ist im Untersuchungszeitraum stetig gewachsen, besonders nach der Wiedervereinigung.⁴⁷ 1995 wurden 446,2 Millionen Maßnahmen von der GKV übernommen. Grundlage hierfür ist eine Verschreibung durch den Arzt, eine Antragstellung durch die Versicherten und eine Bewilligung durch die Krankenkasse. Da Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren im Bereich der GKV darauf abzielen, Krankheiten und dadurch eingetretene Einschränkungen zu vermindern oder zu beseitigen und so die Leistungsfähigkeit der Betroffenen wiederherzustellen (vgl. Carels/Pirk, 2005, S. 143f., 204), werden sie von den

keiner anderen Politikfelldimension wird ein so hoher Betrag von privaten Haushalten für ärztliche Leistungen und Waren ausgegeben.

⁴⁶ vgl. Tab. A 61 im Anhang.

⁴⁷ In den neuen Bundesländern fand nach 1990 ein sukzessiver Aufbau der rehabilitativen Versorgung statt. Auch der demografische Wandel und die damit verbundene Morbiditätsentwicklung haben Einfluss auf den Anstieg der behandelten Fälle (Statistisches Bundesamt, 1998).

Krankenkassen oft bewilligt, um teurere chronische Erkrankungen oder dauerhafte Einschränkungen zu vermeiden.

Da Leistungsabbau politisch hier nur begrenzt gewollt sein kann, ist dieser eher nicht zu erwarten. Eine Umschichtung von stationären zu ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wird regelmäßig diskutiert und könnte hier Ausgaben reduzieren. Der Versuch einer Lenkung erfolgt über Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen durch die Versicherten, weshalb mit Kostensteigerungen im Untersuchungszeitraum zu rechnen ist (vgl. Beske, 2010, S. 52).

Unter den Versicherten, die rehabilitative Maßnahmen in Anspruch nehmen, sind zu einem sehr großen Teil Über-60-Jährige (Statistisches Bundesamt, 1998). Politische Akteure, die diese Wählergruppe ansprechen wollen, können durch vergleichsweise kostengünstige Vote-Seeking-Initiativen hier punkten, da diese keinen gravierenden Einfluss auf die Gesamtausgaben haben.

Es ist daher damit zu rechnen, dass in dieser Policy-Dimension nutzensteigernde Initiativen vorkommen und nutzendreduzierende Initiativen vor Wahlen seltener stattfinden als in anderen Politikfelddimensionen. Politische Akteure werden die notwendigen Kostensteigerungen auf Zeiträume mit großer Distanz zu bevorstehenden Wahlen verschieben. Der politische gewollte Leistungsausbau und zielgruppenspezifische Wahlgeschenke werden durch positives Vote-Seeking in der Nähe bevorstehender Wahlen erwartet.

2.3.4 Stationäre Versorgung

Die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser kann vollstationär, teilstationär, vorstationär oder nachstationär ausgerichtet sein, wobei die Unterbringung und Eingliederung des Patienten in das Versorgungssystem des Krankenhauses den stationären Aspekt ausmachen.⁴⁸ Stationäre Leistungen gelten als allgemeine Krankenhausleistungen und werden von der GKV übernommen, wenn sie für die Versorgung der Patienten notwendig sind. Einzelne Wahlleistungen (z.B. wahlärztliche Leistungen oder spezielle Unterbringungswünsche) berechnen die Krankenhäuser den Patienten separat. Darüber hinaus werden in Krankenhäusern auch ambulante Leistungen, z.B. durch die Notfallambulanz erbracht (vgl. Blum, 2012, S. 151).

Eine Besonderheit ist die Rolle der Länder im Bereich der stationären Versorgung. Sie regeln die Zulassung und den Betrieb von Krankenhäusern durch ihre Landeskrankenhausgesetze, Krankenhauspläne und Investitionsprogramme. Die Länder treten auch selbst als Krankenhausträger auf (z.B. bei Universitätskliniken) oder

⁴⁸ Ein auf eine gewisse Dauer ausgerichteter Verbleib im Krankenhaus gilt als vollstationäre Versorgung, ein eng begrenzter Krankenhausaufenthalt gilt als teilstationär, Vor- und Nachbehandlungen durch Krankenhäuser fallen in den vor- bzw. nach-stationären Bereich (Blum, 2012, S. 149).

durch ihre kommunalen Gebietskörperschaften (Blum, 2012, S. 152f.).⁴⁹ D.h. die nationale Gesundheitspolitik regelt nicht die Bereitstellung von Krankenhäusern, Betten und Personal, sondern die dort erbrachten Leistungen. Über den Bundesrat und ihre Bundesparteien versuchen die Länder hierauf aber Einfluss zu nehmen, da sie durch Ökonomisierungstendenzen und Wettbewerb stark unter Druck geraten (vgl. Schölkopf, 2010, S. 114).

Dabei ist die Versorgung in Krankenhäusern aufgrund der vorgehaltenen medizinisch-technischen Ausstattung und der Personalintensität sehr kostenintensiv. Mehr als eine Million Menschen arbeiteten 2008 in Deutschland hauptberuflich in einem Krankenhaus, davon etwas mehr als die Hälfte als Ärzte oder im Bereich der Pflege (vgl. Blum, 2012, S. 155).⁵⁰ Im Untersuchungszeitraum sind die Leistungsausgaben der GKV für die stationäre Versorgung von 10,46 Mrd. Euro im Jahr 1977 auf 55,41 Mrd. Euro im Jahr 2009 gestiegen und sind damit mit weitem Abstand der größte Ausgabenposten.⁵¹ Für die GKV-Finanzsituation ist der stationäre Sektor daher sehr relevant und es muss das Ziel politischer Akteure sein, diese Ausgaben zu begrenzen.

Allerdings geht das in dieser Politikfelddimension nicht ohne weiteres, wie sich am Ausmaß dieses Ausgabenpostens zeigt. Leistungsstreichungen oder teilweise Ausgliederungen sind aufgrund der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistungen und der hohen Kosten, die die einzelnen Versicherten nicht mehr tragen könnten, kaum möglich. So liegen die durchschnittlichen Kosten pro Fall bei 4.000 Euro im Jahr 2012.⁵² Daher zielen politische Initiativen in diesem Bereich eher darauf, die Effizienz der Krankenhäuser zu erhöhen. Braun (2009) spricht in diesem Zusammenhang von einer Ökonomisierung der Versorgung von Kranken. Durch Fallpauschalen und „diagnosis related groups“ (DRG), die seit 2003 fast alle Arten von Krankheiten beschreiben und mit Kosten beziffern, bekommen die Krankenhäuser als Leistungserbringer feste Beträge für behandelte Fälle zugewiesen und versuchen aus einer ökonomischen Logik heraus diese Fälle mit möglich geringem finanziellen Aufwand zu behandeln. Hinzu kommt ein verschärfter

⁴⁹ Neben öffentlichen Trägern gibt es noch private und freigemeinnützige Träger von Krankenhäusern, wobei der Anteil der privaten Träger zunimmt.

⁵⁰ Durch Tarifverträge sind öffentliche Träger bei ihren Personalkosten weniger flexibel als private Träger, was einen Wettbewerbsnachteil darstellt.

⁵¹ Vgl. die Tabelle A 61 „Leistungsausgaben in Politikfelddimensionen“ im Anhang. Im internationalen Vergleich indes ist der Anteil von ca. 30 Prozent den die stationäre Versorgung an den Gesundheitsausgaben ausmacht relativ niedrig und die deutschen Krankenhäuser können als wirtschaftlich bewertet werden angesichts eines geringen Ausgabenwachstums gemessen am BIP, hier liegt Deutschland mit drei Prozent im Mittelfeld. Auch eine im internationalen Vergleich unter den OECD-Ländern hohe Zahl der behandelten Fälle bei vergleichsweise geringen Krankenhausaussgaben pro Fall deutet auf einen wirtschaftlichen stationären Sektor hin (vgl. Schölkopf, 2010, S. 103ff.).

⁵² Vgl. die Tabelle A 9 „Kosten je Behandlungsfall in stationärer Versorgung“ im Anhang.

Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, der möglichst gute Leistungen zu einem möglichst günstigen Preis hervorbringen soll (vgl. Szabados, 2009, S. 1, 5). Es kommt zu einer Arbeitsverdichtung, bei der mit gleichbleibenden personellen und technischen Ressourcen versucht wird, eine immer größere Anzahl von Fällen zu bearbeiten, z.B. durch eine rasche Abfolge von Aufnahme und Entlassung.⁵³ Die Leistungsreduzierung erfolgt also in der Politikfelddimension stationäre Versorgung im Wesentlichen durch Reduzierungen der Zahlungen an die Leistungsträger. Die Versicherten sind davon „nur“ indirekt betroffen, u.a. durch weniger Zeit, die Ärzte und Pflegepersonal für die persönliche Betreuung haben. Außerdem wird versucht, einzelne Leistungen aus der stationären in die günstigere ambulante Versorgung zu verschieben oder ambulant-stationär durchzuführen, um so die Kosten, die durch Unterbringung und Pflege entstehen, zu reduzieren.

Gerade an der Schnittstelle zwischen diesen Leistungsbereichen kommt es zu Qualitätsunterschieden und Kommunikationsproblemen – zulasten der Versicherten (vgl. Ommen et al., 2007). Von vielen Einschnitten im Bereich der stationären Versorgung sind die Versicherten jedoch nur betroffen, wenn für sie aufgrund von Ökonomisierungszielen persönliche Betreuung wegfällt und somit der Nutzen reduziert wird. Schließlich gibt es im Bereich der stationären Versorgung eine große Anzahl an Betroffenen, über 12 Millionen Menschen werden hier pro Jahr behandelt (Braun, 2009, S. 117). Darüber hinaus sind viele der möglichen Einschnitte für die Versicherten kaum wahrnehmbar, sie bemerken keine Leistungsreduzierungen in diesem Bereich.⁵⁴ Daher sind Leistungsreduzierungen, die die Organisation und das Personal von Krankenhäusern betreffen, auch vor Wahlen denkbar, während Einschnitte und Zuzahlungen, von denen die Versicherten betroffen sind, eher in größerer Entfernung zu Wahlen positioniert werden müssten.

Es ist also im Bereich der stationären Versorgung davon auszugehen, dass nutzenreduzierende Initiativen eine sehr große Rolle spielen, während Nutzensteigerung hier seltener auftritt als in anderen Politikfelddimensionen.

2.3.5 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung ist die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Krankenhäuser und Krankenhausärzte sind von diesem Leistungsbe-

⁵³ So hat sich bspw. die Verweildauer pro Fall in den letzten Jahren erheblich reduziert von 12,3 Tagen im Jahr 1994 auf 7,6 Tage im Jahr 2012 (Quelle: GBE, 2016). Patienten werden also viel schneller behandelt.

⁵⁴ Unter den Bereichen, in denen Leistungskürzungen wahrgenommen werden, ist die stationäre Versorgung auf dem vorletzten Platz. Auf den vorderen Plätzen liegen Heilmittel, Zahnersatz, Medikamente und Zahnbehandlung (vgl. Continentale Krankenversicherung, 2002).

reich weitestgehend ausgeschlossen (Bäcker et al., 2010, S. 151). In der Dimension der ambulanten Versorgung wird die „Basislast“ der medizinischen Versorgung getragen (Schölkopf, 2008, S. 123). Dies wird deutlich, wenn man die Zahl der behandelten Fälle betrachtet. Die niedergelassenen Ärzte haben im Jahr 2008 542,6 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet. Damit entfallen auf jeden GKV-Versicherten im Durchschnitt 18 Arztkontakte pro Jahr (Grobe/Heller/Szecsényi, 2014).⁵⁵ In der Dimension der ambulanten Versorgung kommen GKV-Versicherte also besonders häufig mit Leistungen der GKV in Berührung. Versicherte nehmen die Qualität der ambulanten Versorgung kritisch wahr und bewerten diese. Leistungskürzungen in diesem Bereich werden dadurch von einem großen Personenkreis wahrgenommen, u.a. durch Leistungseinschränkungen oder durch lange Wartezeiten auf einen Termin oder im Wartezimmer, die auf eine sehr hohe Auslastung zurückzuführen sind (vgl. Himmel/Kifmann/Nuscheler, 2011; Brinkmann/Jung/Pfaff, 2007). Aus diesem Grund ist, zumindest in der Nähe von bevorstehenden Wahlen, hier nicht mit Leistungskürzungen zu rechnen.

Aber auch darüber hinaus ist die Dimension der ambulanten Versorgung ein Bereich, der von der GKV tendenziell eher ausgebaut wird, um Kosten in der teuren stationären Versorgung zu sparen und Fälle kostengünstiger ambulant zu behandeln (vgl. Köhler, 2003). Im Versorgungssystem der GKV haben die ambulanten Hausärzte darüber hinaus eine Schlüsselstellung: Sie entscheiden über die Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten und häufig über die Weiterbehandlung durch Krankenhäuser oder Fachärzte (im Gegensatz zur Hausarztbehandlung ist die Behandlung durch einen Facharzt deutlich teurer, es besteht auch hier freier Zugang durch die Versicherten) oder die Verschreibung von Medikamenten. Die Hausärzte sind somit in einer Gatekeeper- und Schlüsselrolle (vgl. Graf von Stillfried/Erhart/Czihal, 2012, S. 187). Für die GKV-Finanzierung hat daher die ambulante Versorgung eine wichtige Bedeutung. Die Ausgaben für diese Dimension liegen in den meisten Phasen des Untersuchungszeitraums an zweiter Stelle nach den Ausgaben für die stationäre Versorgung. Die durch die Hausärzte veranlassten Kosten in anderen Dimensionen (Arzneimittel, stationäre Versorgung, Kuren/Reha, Fahrtkosten) liegen in der Summe deutlich höher. Im Sinne der GKV wäre es daher, die Gatekeeper-Rolle der Hausärzte zu stärken und den Zugang zu

⁵⁵ Die Zahl der Arztkontakte verteilt sich nicht gleichmäßig auf die Versicherten und nimmt im Alter stark zu. Aber immerhin nimmt fast jeder Erwachsene (88 Prozent) mindestens einmal pro Jahr die Leistungen eines ambulanten Arztes in Anspruch (Robert Koch Institut, 2012).

den teuren Fachärzten zu erschweren.⁵⁶ Da diese auch in den Bereich der ambulanten Versorgung zählen, ist hier mit Zuzahlungen (z.B. zu einzelnen Leistungen oder durch eine Praxisgebühr) zu rechnen⁵⁷, um den direkten Zugang der Versicherten zu den Fachärzten zu erschweren und am medizinischen Bedarf auszurichten.

Eine weitere Konfliktebene wird im Bereich der ambulanten Versorgung für die Versicherten besonders offensichtlich: Hier ist die schnellere und teilweise auch hochwertigere Versorgung von Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten wahrnehmbar, was zu einer kritischen Sicht auf die Leistungen der GKV führt.⁵⁸

Der ambulante Sektor ist durch ein meso-korporatistisches Verhandlungssystem geprägt. Alle in der gesetzlichen ambulanten Versorgung tätigen Ärzte sind Zwangsmitglieder in Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die KVen sind regional gegliederte Körperschaften des öffentlichen Rechts und zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung getrennt. In komplett ärztlicher Selbstverwaltung stellen die KVen die kassenärztliche Versorgung sicher, das heißt sie übernehmen die Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung und somit (teilweise in Zusammenarbeit mit den Kassen) öffentliche Funktionen. Andererseits verhandeln sie für die Ärzte über die Höhe der Gesamtvergütung und sind Gegenmacht zu den Krankenkassen (vgl. Bäcker et al., 2010, S. 155f.; Bandelow/Schade, 2009, S. 92f.). Sie haben eine widersprüchliche Doppelfunktion: Zum einen nehmen sie den öffentlichen Versorgungsauftrag wahr⁵⁹ und organisieren dessen Umsetzung, zum anderen sind sie Interessenvertreter der Ärzteschaft (Bäcker et al., 2010, S. 156). Aus diesem Interessenskonflikt resultiert, dass die Ärzte ihre Interessen in direkten Verhandlungen mit den Krankenkassen gut durchsetzen können, auf die Bundes-

⁵⁶ In diese Richtung weisen diverse Modelle zur hausarztzentrierten Versorgung, die von den Kassen angeboten werden. Sie schränken den Zugang zu Fachärzten ein (einzuordnen als Leistungsbeschränkung) und fordern die Konsultation eines bestimmten Hausarztes, der über den Bedarf eines Facharztbesuchs entscheidet (vgl. Graf von Stillfried/Erhart/Czihal, 2012, S. 216).

⁵⁷ Die Steuerung der Nachfrage über zusätzliche Kosten für die Versicherten ist im Bereich der Fachärzte möglich, wie Thode et al. (2005, S. 305) zeigen. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist hier teilweise abhängig von persönlichen Kosten des Patienten und somit preiselastisch. Für die GKV könnten Kosten für die Versicherten hier den Zugriff auf Leistungen begrenzen und so bei der Ausgabenreduzierung helfen.

⁵⁸ Waren unter den GKV-Versicherten 2010 32 Prozent mit den Leistungen ihrer Krankenversicherung unzufrieden, waren es bei PKV-Versicherten nur 20 Prozent (Continental Krankenversicherung, 2010). Vielfach werden lange Wartezeiten als Grund für Unzufriedenheit im ambulanten Sektor angegeben. PKV-Versicherte erleben signifikant geringere Wartezeiten im Wartezimmer ihres Hausarztes als GKV-Versicherte (Becklas/Mielck/Böcken, 2012). Und auch die Qualität der Versorgung unterscheidet sich in der Wahrnehmung der Versicherten, wie Mielck und Helmert (2006, S. 37, 45) an einer Reihe von Indikatoren gemessen haben. Zurückzuführen sei dies auf die bessere Bezahlung von Leistungen der Ärzte durch die PKV als durch die GKV.

⁵⁹ Unter Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und den zuständigen Landesbehörden.

politik jedoch nur begrenzt Einfluss haben. Mit einer Vielzahl etablierter freiwilliger Verbände, wie dem MEDI-Verband, dem Hausärztebund oder dem Hartmann-Bund, versuchen die niedergelassenen Ärzte ihre Interessen an die Politik zu artikulieren. Allerdings verläuft dies uneinheitlich, was die Position der Ärzte insgesamt schwächt.

Für politische Akteure ist in der Dimension der ambulanten Versorgung ein Agieren in verschiedene Zielrichtungen zu erwarten. Auf der einen Seite müssen Kosten im Facharztbereich reduziert werden und die Organisation der Ärzte erschwert Leistungskürzungen kaum. Auf der anderen Seite soll der ambulante Sektor ausgebaut werden um Kosten im stationären Bereich zu sparen und es besteht eine hohe Kontaktdichte und ein hoher Anspruch der GKV-Versicherten und potentiellen Wähler mit dieser Dimension. Daher ist davon auszugehen, dass nutzenreduzierende und nutzensteigernde Initiativen in etwa gleich verteilt sind, wobei Leistungsabbau eher seltener auftreten wird und dafür Kostensteigerungen eher zu erwarten sind.

2.3.6 Heil- und Hilfsmittel

Hilfsmittel sind nach Definition der gesetzlichen Sozialversicherung sächliche Leistungen, wie Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Geräte zum Ausgleich oder zur Vorbeugung einer Behinderung oder zur Sicherung einer Heilbehandlung. Heilmittel sind persönlich zu erbringende Dienstleistungen zur äußeren Anwendung zur Heilung oder Linderung einer Krankheit, beispielsweise Krankengymnastik, Massage, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Ergotherapie (vgl. Carels/Pirk, 2005, S. 104f., 107). Die beiden Bereiche der Dimension Heil- und Hilfsmittel sind Teil einer medizinischen Versorgung und durch eine hohe Heterogenität der Leistungsangebote, Leistungsanbieter und der Bedarfe gekennzeichnet. Gleichzeitig sind sie integraler Bestandteil der Rehabilitation älterer, behinderter oder chronisch kranker Menschen.

In der Dimension der Heil- und Hilfsmittel gab es im Untersuchungszeitraum eine Ausgabensteigerung um mehr als das Sechsfache – so viel wie in fast keinem anderen Bereich.⁶⁰ Erkennbar ist hier also ein sehr massives Problem der Kostensteigerung. Für die GKV-Finanzierung ist diese Dimension daher nicht unwichtig, allerdings liegen 2009 auch nur ca. 14 Prozent aller Leistungsausgaben in der Dimension von Heil- und Hilfsmitteln. Aufgrund des demografischen Wandels ist hier auch weiterhin mit Steigerungen zu rechnen (Sauer et al., 2010, S. 7).

Es ist zu erwarten, dass politische Akteure mit dem Ziel der Reduzierung der Ausgaben hier Leistungen streichen und über Zuzahlungen einen Teil der Ausgaben

⁶⁰ vgl. Tab. A 61 im Anhang. Eine größere Steigerung gab es nur bei Kuren und Rehabilitation.

auffangen und den Verbrauch steuern möchten. Massive Leistungskürzungen, von denen sehr viele Versicherte betroffen sind, wie bspw. im Bereich der Sehhilfen, sind bereits sehr früh im Untersuchungszeitraum erfolgt. Wenn es danach nur noch notwendige Leistungen in dieser Dimension gibt, kann nur noch über die Kosten gesteuert werden und es ist vereinzelt mit Kostensteigerungen zu rechnen.

Zu erwarten ist, dass Leistungskürzungen und Kostensteigerungen in großer Entfernung zu bevorstehenden Wahlen erfolgen, da hier aufgrund der geringen Kosten der Einzelleistungen der Problemdruck nicht massiv ist. Einzelne Leistungssegmente sind im Vergleich zu anderen Politikfelddimensionen in ihren Kosten überschaubar. Möglich wären daher auch vereinzelte nutzensteigernde Initiativen.

2.3.7 Beiträge

Die Beiträge der GKV stellen die wichtigste Einnahmequelle des Systems GKV dar. Während alle anderen hier betrachteten Dimensionen Leistungen und somit Ausgaben betreffen, sind die Beiträge eine Einnahmen-Dimension und verursachen Kosten für die Versicherten. Die GKV-Beiträge orientieren sich anteilmäßig am beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten und werden in den Satzungen der Krankenkassen festgelegt. Das beitragspflichtige Einkommen beinhaltet u.a. Arbeitsentgelt, Versorgungsbezüge oder Rente. Dabei gibt es eine Beitragsbemessungsgrenze, die festlegt welche Anteil des Jahreseinkommens in die Beitragsbemessung fällt und von welchem Anteil des Einkommens nicht ein Teil als Beitrag zur GKV abgeführt werden muss (vgl. Carels/Pirk, 2005, S. 29f.).

Da in allen Ausgabenbereichen die Ausgaben im Untersuchungszeitraum massiv gestiegen sind und die Beiträge als wesentliche Einnahmequelle der GKV diese Ausgaben decken sollen, besteht ein erheblicher Druck zur Erhöhung der Beiträge. *Darst. 6* zeigt die stetige Beitragssatzsteigerung im Untersuchungszeitraum. Die Beiträge sind von 8,2 Prozent im Jahr 1970 auf 14 Prozent im Jahr 2008 gestiegen. Ein zusätzliches Instrument der Steuerung ist die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen. *Darst. 6* zeigt auch, dass dieses Instrument vielfach eingesetzt wurde, um höhere Einnahmen in die GKV zu erzielen. Die Beitragsbemessungsgrenze hat sich seit 1980 um mehr als 100 Prozent erhöht, die Beiträge hingegen nur um 48 Prozent im gleichen Zeitraum.

Beiträge können jedoch nicht unermesslich steigen, sie stellen aufgrund der (fast) paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer⁶¹ Lohnnebenkosten dar und führen zu steigenden Kosten des Faktors Arbeit für die Arbeitgeber

⁶¹ Ab 2005 ist die Verteilung der Beiträge nicht mehr paritätisch. Arbeitgeber zahlten einen um 0,9 Prozentpunkte geringeren Beitrag. Der Arbeitgeberanteil ist seit 2015 fixiert auf die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, wobei Arbeitnehmer einen Zusatzbeitrag zahlen und somit Parität ebenfalls nicht gegeben ist (vgl. *Darst. 6*).

und zu sinkenden Netto-Löhnen für die Arbeitnehmer. Damit gilt das gesamte Finanzierungssystem der GKV als „beschäftigungsfeindlich“ und steigende Beiträge wirken wie Steuererhöhungen. Sie sollen aus arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischer Sicht vermieden und zumindest Beitragsstabilität erreicht werden (Penske, 2006, S. 33, 50).⁶² Erbe (2005) erkennt darin ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik:

„Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre werden in der Regel nicht daran gemessen, ob sie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beitragen. Vielmehr geht es darum, die Lohnnebenkosten – und dabei allein die Arbeitgeberbeiträge – zu senken oder zumindest nicht weiter zu erhöhen.“ (Erbe, 2005, S. 664).

Die Folge können höhere Beiträge für die Versicherten statt für die Arbeitgeber, Zuzahlungen, vermehrte Steuerfinanzierungen oder Ausgabensenkungen zur Steigerung der Effizienz sein. Höhere Beiträge für die Versicherten können im Gegensatz zu Zuzahlungen auch die Arbeitgeber belasten. Die ökonomische Inzidenz, die eigentliche Last der Abgaben, trifft sie bei Sozialversicherungsbeiträgen in Deutschland maßgeblich als Erhöhung der Arbeitskosten. Erhöhungen von Sozialbeiträgen für Arbeitgeber können nicht gänzlich auf Arbeitnehmer abgewälzt werden, die Höhe der gesamten Beiträge ist relevant (Neumann, 2014, S. 1-4). Beitragserhöhungen werden daher zugunsten von Zuzahlungen und Ausgabensenkungen eher vermieden. Die Verbesserung der Effizienz wird dabei als „Königsweg der Reformpolitik“ (Erbe, 2005, S. 664) gesehen. Finanzierungsreformen waren und sind daher zu jeder Zeit notwendig, wobei der Schwerpunkt der politischen Initiativen wohl auf dem als größer bewerteten Ausgabenproblem liegt. So glauben die Vertreter der ausgabenorientierten Gesundheitspolitik, dass mit Einschränkungen im Leistungskatalog, verstärktem Wettbewerb und Anreizen ein Anstieg der Beiträge zu verhindern sei (vgl. Ehring, 2004, S. 7). Es ist allerdings davon auszugehen, dass allein Reduzierungen der Leistungen die Gefahr der „Beitragsexplosion“ nicht verhindern können. Der „doppelte Alterungsprozess“ der deutschen Gesellschaft⁶³ lässt deren Durchschnittsalter kontinuierlich steigen. Mit der Zunahme des Anteils der Rentner können immer weniger Erwerbstätige für die Beiträge herangezogen werden. Die verbliebenen müssen einen stark erhöhten

⁶² Ausführlicher erklärt Penske (2006, S. 50f.), steigende GKV-Beiträge führen für den Arbeitgeber zu höheren Lohnkosten, was vor allem aus drei Gründen für die Beschäftigung problematisch sei: Erstens seien aufgrund der Zunahme des internationalen Wettbewerbs der Überwälzung der Lohnkosten auf die Preise von Produkten enge Grenzen gesetzt. Auf den heimischen Märkten würden inländische Produkte bei einer Verteuerung durch preiswertere Importe ersetzt. Die Wettbewerbsfähigkeit der heimischen Wirtschaft werde maßgeblich von den Herstellungskosten beeinflusst und von steigenden Lohnnebenkosten eingeschränkt. Zweitens sinken mit zunehmenden Kosten die Gewinne, was zu sinkenden Investitionen führe und drittens würde die Nachfrage nach dem Faktor Arbeit sinken, was die Arbeitslosigkeit verstärke und zu weiteren Beitragssteigerungen führe.

⁶³ Gemeint sind die stagnierende geringe Geburtenhäufigkeit und zum anderen die steigende Lebenserwartung, welche kontinuierlich zunimmt.

Beitrag zahlen. Unterstellt man, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter zunimmt,⁶⁴ wird das zu weiteren massiven Ausgabensteigerungen führen. Die demografische Entwicklung hat also Einnahmen- und Ausgabenefekte (Cassel, 2005, S. 10).

Zeitraum	Beitragssatz		Verteilung		Beitragsbemessungsgrenzen GKV (in Euro)
	durchschnittlich		AG	AN	
1970	8,2 %		je 4,1 %		
1975	10,5 %		je 5,25 %		
1980	11,4 %		je 5,7 %		1611
1985	11,8 %		je 5,9 %		2071
1990	12,5 %		je 6,25 %		2416
1995	13,2 %		je 6,6 %		2991
2000	13,5 %		je 6,75 %		3298
2001	13,6 %		je 6,8 %		3336
2002	14,0 %		je 7,0 %		3375
2003	14,3 %		je 7,15 %		3450
2004	14,3 %		je 7,15 %		3487
Jan. bis Jun. 2005	13,8 %		je 6,9 %		3525
Jul. bis Dez. 2005	13,8 %		6,45 %	7,35 %	3525
2006	13,4 %		6,25 %	7,15 %	3562,5
2007	14,0 %		6,55 %	7,45 %	3562,5
2008	14,0 %		6,55 %	7,45 %	3600
Zeitraum	Beitragssatz einheitlich		Verteilung		
	allgemein	ermäßigt	AG	AN	
Jan. bis Jun. 2009	15,5 %	14,9 %	7,3 %	8,2 %	3675
Jul. 2009 bis 2010	14,9 %	14,3 %	7,0 %	7,9 %	3675

Darst. 6: Beitragssatzentwicklung und Beitragsbemessungsgrenzen zur GKV

(Eigene Darstellung, Beitragsbemessungsgrenzen nur Deutschland West, Quelle: GBE, 2016).

Die Versicherten haben ein Interesse an niedrigen Beiträgen und empfinden diese als zu hoch.⁶⁵ Gleichzeitig wissen sie, dass das Leistungsspektrum der GKV kostenintensiv ist und würden eher höhere Beiträge zahlen, als auf Leistungen zu verzichten (vgl. Zok, 2010, S. 12). Kann man Kostensteigerungen nachvollziehbar vermitteln, könnten sie auch Akzeptanz finden.

Zu beachten ist außerdem, dass die Beiträge in weiten Teilen des Untersuchungszeitraums nicht von der Bundespolitik oder vom Bundestag festgelegt werden,

⁶⁴ Dies bezieht sich auf die sog. „Medikalisierungsthese“, die von einer Versteilerung der Ausgaben der GKV bei einer alternden Gesellschaft ausgeht (vgl. Buchner/Wasem, 2000).

⁶⁵ vgl. Tabelle A 7 im Anhang.

sondern von den Krankenkassen. Die Bundespolitik setzt lediglich Rahmenbedingungen. Aus diesem Grund werden sich die GKV-Initiativen zu Beiträgen in Grenzen halten und es wird versucht werden, Belastungen langfristig vorzubereiten und zu kommunizieren, um die Akzeptanz zu erhöhen. Mit dem zum 1. Januar 2009 eingeführten Gesundheitsfonds gibt es aber inzwischen einen politisch festgelegten allgemeinen Beitragssatz, den die Kassen nur noch über Zusatzbeiträge verändern können.

Für politische Akteure, die um ein Gleichgewicht der GKV-Finanzierung bemüht sind, sind Beitragssteigerungen die Ultima Ratio. Sie werden diese nicht nur aus einer wahltaktischen Motivation heraus vermeiden wollen, sondern auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, um im Wirtschaftsstandort-Wettbewerb keine Nachteile für den Wirtschaftsstandort Deutschland zu erzeugen. Sollten dennoch zusätzliche Einnahmen unumgänglich werden und kurzfristige Entlastungen notwendig, so gibt es eine Reihe von Instrumenten, um die Einnahmen zu erhöhen: Zum einen die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrenze, was für hohe Einkommen auch einer Beitragssteigerung gleich kommt, auch wenn der offizielle Satz sich nicht ändert.⁶⁶ Zum anderen durch eine Ausweitung der Steuerfinanzierung, welche zunächst unabhängig von den Gehältern der Versicherten Finanzierungslücken füllt.⁶⁷ Hinzu kommt die Möglichkeit, die Versicherungsbeiträge der Mitglieder anzupassen, die nicht direkt für sich selbst zahlen, wie z.B. Arbeitslose oder Rentner,⁶⁸ deren Beiträge staatlich oder aus anderen Kassen finanziert werden, oder die Versicherungspflicht auf bestimmte Gruppen auszuweiten.⁶⁹ Somit können politische Akteure die Einnahmenseite stabilisieren, ohne unbedingt die Beiträge selbst zu erhöhen und stattdessen die Versicherten sogar entlasten. Da

⁶⁶ Penske (2006, S. 37) zeigt, wie die Beitragsbemessungsgrenze Menschen mit höheren Einkommen einen relativ niedrigeren Beitragssatz ermöglicht, indem nur ein Teil ihres Einkommens einbezogen wird. Eine Ausweitung ist aus solidarischer Sicht sinnvoll, kann aber dazu führen, dass Versicherte mit höheren Einkommen in die PKV wechseln.

⁶⁷ Allerdings sind die Gehälter indirekt betroffen, da aus diesen ebenfalls Steuern anfallen. Die Besonderheit der Steuerfinanzierung ist, dass alle Einkommensarten einbezogen werden, also auch jene auf Kapitalgeschäfte oder bspw. Konsumsteuern, und jene der Bürger, die gar nicht Mitglied der GKV sind. Mit Einführung des Bundeszuschusses 2004 gibt es eine solche Steuerfinanzierung (vgl. Walendzik, 2009).

⁶⁸ Bei Rentnern steuern die Träger der Rentenversicherung den Arbeitgeberanteil des Beitragssatzes zur GVK bei, die übrigen Anteile tragen die Rentner selbst von ihrer Rente – die ebenfalls von der Rentenversicherung gezahlt wird. Auf zusätzliche Versorgungsbezüge (wie bspw. Betriebsrenten, Witwengeld, Zusatzrenten) müssen die Rentner den kompletten GKV-Beitrag selbst zahlen. Auch hier gilt die Beitragsbemessungsgrenze. Bei Arbeitslosen zahlen Arbeitsagentur (bei ALG I) oder Jobcenter (ALG II) die Beiträge komplett.

⁶⁹ Ehring (2004, S. 16) spricht in diesem Zusammenhang von beitragswirksamen „Verschiebepahnhöfen“.

diese Maßnahmen die Versicherten nur auf der Kosten- und nicht auf der Leistungsebene treffen, kann in der Policy-Dimension Beiträge sowohl von Kostensteigerungen (durch Beitragserhöhungen) als auch von Kostenreduzierungen für die Versicherten (durch Beitragssenkungen oder Ausweitung der Finanzierung auf Einnahmequellen, die sie nicht direkt betreffen) ausgegangen werden.

Es wird erwartet, dass die oben beschriebenen Maßnahmen häufiger vorkommen und es daher in Gesetzesinitiativen eher zu Beitragsentlastungen als -belastungen kommen wird. Wenn es Kostensteigerungen gibt, dann werden diese eher in größerer Entfernung zu bevorstehenden Wahlen positioniert. Nutzensteigerung wird nicht erwartet, da man mit Entlastungen der Versicherten auch immer andere belastet, die ebenfalls wichtige Wählergruppen darstellen, wie z.B. die Steuerzahler im Allgemeinen oder Freiberufler.

2.3.8 Weitere

Als weitere Politikfelddimensionen werden das Krankengeld, das Sterbegeld und Fahrtkosten untersucht. Als Randbereiche der GKV-Leistungen sollen sie hier ebenfalls erwähnt werden, allerdings nicht vertieft.

Krankengeld zahlen die Kassen der GKV im Falle von Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausbehandlungen oder stationären Kuren als eine Form des anteiligen Lohnersatzes für maximal 78 Wochen. Diskutiert wurde, zu welchem Anteil es von Arbeitgeber oder Arbeitnehmern getragen werden sollte (vgl. Carels/Pirk, 2005, S. 134f.). Das Krankengeld ist ein größerer Ausgabenposten unter den Geldleistungen, wurde aber im Untersuchungszeitraum nach starken Steigerungen erkennbar reduziert. Von zunächst 2,71 Mrd. Euro im Jahr 1977 stiegen die Ausgaben für das Krankengeld auf bis zu 9,41 Mrd. im Jahr 1995 und wurden auf 7,26 Mrd. Euro im Jahr 2009 gedrückt.⁷⁰ Zu erwarten ist hier eine Belastung der Versicherten durch einen höheren Beitrag zur Finanzierung des Krankengeldes und Einschränkungen der Leistungen durch Reduzierungen des Umfangs.

Fahrtkosten zahlt die GKV für Fahrten im Zusammenhang mit Hauptleistungen, konkret zu ambulanten Behandlungen mittlerweile nur noch in Ausnahmefällen und Notfällen, nach Verordnung durch einen Vertragsarzt und wenn „eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2004). Fahrtkosten nehmen zwar mit 3,5 Mrd. Euro im Jahr 2009 einen eher kleinen Anteil an den GKV-Leistungsausgaben ein, allerdings wird fast im gesamten Untersuchungszeitraum für Fahrten mehr ausgegeben als für Kuren und Rehabilitation.⁷¹ Die stetige Steigerung der Ausgaben in dieser

⁷⁰ Vgl. Tab. A 61 im Anhang.

⁷¹ Vgl. Tab. A 61 im Anhang.

Dimension hängt mit der generell gestiegenen Zahl an Behandlungen, Energiekosten, weiteren Entfernungen und gesteigener Mobilität zusammen (vgl. Abig, 2005, S. 607). Leistungserbringer sind häufig Krankentransportunternehmen, die von den Ländern bestellt werden, welche ein Interesse an einer Finanzierung dieser Dienste durch die GKV haben (vgl. Abig, 2005, S. 608). Die Bundespolitik zielt indes auf eine Ausgabenreduzierung in dieser Politikfelddimension. Um diese Fahrten zu begrenzen setzen politische Akteure auf einen Eigenanteil. Es ist davon auszugehen, dass dieser Eigenanteil im Untersuchungszeitraum erhöht wird und gleichzeitig der Umfang der Leistungen reduziert wird, um bei diesen Geldleistungen Ausgaben zu senken und Fahrten auf das Notwendige zu reduzieren.

Das *Sterbegeld* wurde im Todesfall eines Versicherten den Hinterbliebenen gezahlt, um bei Bestattungskosten zu unterstützen. Es handelte sich dabei also um eine finanzielle Zuwendung, bei der der Versicherte nicht der Begünstigte ist. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde es aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen (vgl. Steffen, 2011).

Es ist davon auszugehen, dass politische Akteure reine Geldleistungen, wie eben Sterbegeld, Krankengeld und Fahrtkosten im Untersuchungszeitraum so weit wie möglich reduzieren wollten, da sie nicht direkt mit der Gesundheit der Versicherten in Verbindung stehen und ein erheblicher Druck zur Ausgabenreduzierung besteht. Für die Versicherten ist eine solche Ausgabenreduzierung der GKV eine Form der Leistungsreduzierung oder im Fall der erhöhten Zuzahlungen zum Krankengeld oder zu Fahrtkosten eine Kostensteigerung. Es sind nur begrenzte Teile der GKV-Versicherten betroffen, was es für politische Akteure leichter macht – allerdings fallen die politischen Entscheidungen auf der monetären Ebene der Versicherten und sind so für diese direkt wahrnehmbar.

Daher wird erwartet, dass die notwendigen Kostensteigerungen und Leistungsreduzierungen in einem hohen Anteil als nutzenreduzierende Initiativen in größerer Entfernung zu bevorstehenden Wahlen eingebracht werden. Nutzensteigerung wird in diesen Politikfelddimensionen, in denen es nur um Geldleistungen geht, kaum erwartet.

Vote-Seeking in der deutschen Gesundheitspolitik
Der Einfluss von bevorstehenden Wahlen in Bund und
Ländern auf Reforminitiativen

Köhler, A.

2018, XII, 278 S., Softcover

ISBN: 978-3-658-18640-1