



Abschlußarbeit: Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen?

Die Reaktion bremischer Krankenhausärzte

Zusammenfassung der Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, der Frage nachzugehen, inwieweit die seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre andauernden Reformbemühungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen zu einer Modifikation, Umgewichtung oder gar zu einer Neudefinition gesundheitspolitischer Zielvorstellungen im stationären Sektor geführt haben. Geprüft wird die Hypothese, ob als Folge der zahlreichen Kostendämpfungsgesetze (Vosteen 1999) und insbesondere mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes ein ordnungspolitischer Wandel eingeleitet wurde, der sich auch trotz oder aufgrund der Neuregelungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 fortsetzte. Um die Frage nach einem ordnungspolitischen Wandel zu erörtern, ist es notwendig sich mit den Zielen und Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beschäftigen, da sie quantitativ und qualitativ den Charakter einer Volksversicherung besitzt¹ und aufgrund dessen zur Bestimmung des Status quo gesundheitspolitischer Zielvorstellungen in der Bundesrepublik herangezogen werden kann. Dementsprechend war und ist die GKV auch das unmittelbare Ziel aller bisher durchgeführten und geplanten Reformen.

Die Generierung von Kriterien zur Messung eines ordnungspolitischen Wandels erfolgt in einem der empirischen Untersuchung vorangestellten Teil. Entscheidend ist hierbei die Klärung der Frage nach der Operationalisierbarkeit verschiedener Begriffe, die mehr oder minder gravierende Veränderungen des Gesundheitssystems konzeptualisieren. Im

¹ Der Kreis der vom Versicherungsschutz der GKV inkludierten umfaßt ca. 90% der bundesdeutschen Wohnbevölkerung (BMG 2000, 10.2), ca. 9% besitzen einen vollwertigen Schutz bei privaten Krankenversicherungen und der Anteil der Nichtversicherten liegt bei 0,2% (Klammer 1998, 268). Auch wenn dem klassischen Modell einer 100%igen Inklusion als Kriterium einer Volksversicherung, wie es z.B. in Schweden der Fall ist (BMA 1998, 39; Lißner/Wöss 1999, 196), nicht entsprochen wird, kann m.E. von einer quasi Volksversicherung gesprochen werden. In diesem Sinne kann postuliert werden, dass „Gesundheitspolitik in Deutschland (...) ganz wesentlich eine Politik (ist), die das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betrifft“ (Hinrichs 1994, 128). Die GKV kann außerdem als Vollversicherung charakterisiert werden, da sie für ihre Mitglieder einen umfassenden Leistungsanspruch gegenüber dem Risiko Krankheit begründet (Eberle 1998, 53; Schulin 1999; Schulin/Kegel 1990, 20).



Mittelpunkt der Diskussion stehen Begriffe wie Reform, Modifikation, Strukturveränderung und Transformation sowie ihre Integration in ein analytisches Konzept zur Bestimmung eines ordnungspolitischen Wandels (s.u.).

Ausgehend von der Hypothese, dass starke Veränderungen innerhalb eines Politikfeldes (hier: des Gesundheitssystems) neben einer Änderung des rechtlichen Rahmens (hier: insbs. Bundesgesetze) die Akzeptanz zentraler Akteure erfordern, wird in dieser Arbeit das Schwergewicht auf einem Abgleich des sich aus den Reformen ergebendem Anpassungsdrucks mit dem tatsächlichen Verhalten der beteiligten Akteure gelegt. Herangezogen wird die Gruppe der Ärzte, denen in der gesundheitspolitischen und – wissenschaftlichen Diskussion eine Sonderrolle zugesprochen wird, da sie die zentralen Leistungserbringer sind, systemisch bedingt nur schwer zu kontrollieren sind und ihnen eine gewisse Vetomacht nachgesagt wird. Als Quintessenz von Erwägungen hinsichtlich der Struktur des Gesundheitssystems (s.u.), z.B. bezüglich der spezifischen Rolle des stationären Sektors als letztzuständiger Institution², bietet es sich an, sich mit genau diesem Bereich des Gesundheitssystems zu beschäftigen. Insofern erfolgt hier keine Untersuchung des ambulanten Bereichs, sondern der Fokus liegt auf dem Verhalten der Krankenhausärzte. Auch aufgrund seiner für die Kostendiskussion herausragenden Bedeutung und den auf eben diese monetäre Entwicklung abzielenden Reformen bietet es sich an, den stationären Sektor in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken.³ Mittels leitfadenbasierter Experteninterviews, die mit dem Führungspersonal in bremischen Krankenhäusern geführt werden, wird auf Landes- bzw. regionaler Ebene eruiert, ob und inwieweit diese Akteure einen ordnungspolitischen Wandel wahrnehmen, mittragen, gestalten oder aufgrund konträrer Interessen und/oder (Wert-) Vorstellungen unterlaufen.

Diese Abschlußarbeit ist den Bereichen der Wohlfahrts- bzw. Sozialstaatstheorie und -forschung sowie der Politikfeldanalyse zuzuordnen. Das besondere Augenmerk liegt auf ordnungspolitischen Ansätzen und Theorien der Krise des Sozialstaats im Allgemeinen und des Gesundheitssystems im Besonderen. Ferner werden Studien und Abhandlungen, die sich

² Was die Sozialhilfe im Bereich ökonomischer Überlebenssicherung ist, ist das Krankenhaus im Bereich der Gesundheit: Wird hier das Niveau des Leistungsanspruches gesenkt, gibt es für die Betroffenen keinen Ausweg.

³ Der Anteil der Aufwendungen für stationäre Behandlung lag 1995 bei 123 Mrd. DM von 359 Mrd. DM Sachleistungen für das gesamte Gesundheitswesen, wobei der Anteil der Krankenhausleistungen seit den 60er Jahren stetig von 16,5 % auf gegenwärtig ca. 34 % gestiegen ist, d.h. dieser Bereich war bish er überproportional am Ausgabenwachstum beteiligt (BMG 1998, 10.9, 10.12., 10.13). Jüngste Daten könnten eine Trendwende bedeuten, sofern sie sich verstetigen: In 2001 waren die Krankenhäuser mit 0,9 % Ausgabenanstieg je GKV -Mitglied deutlich geringer als andere Bereiche am Ausgabenanstieg beteiligt (SopoU, 2002, H 1, 28). Es könnte jedoch sein, dass hier eine „Verschiebung von stationär zu ambulant“ stattgefunden hat, indem die Krankenhäuser verstärkt dazu übergehen, die Versorgung der Patienten mit teuren Arzneimitteln den niedergelassenen Ärzten zu überlassen (Mlodoch 2002).



auf Basis derartiger Konzepte mit dem Gesundheitssystem beschäftigen, berücksichtigt. Neben einer Aufarbeitung der relevanten Literatur wird mittels Experteninterviews in Bremer Krankenhäusern eine eigene Erhebung durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Literatur

BMA, 1998: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: *Euroatlas. Soziale Sicherheit im Vergleich*, Bonn: BMA.

BMG, 1998: Bundesministerium für Gesundheit: *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*, Bonn: BMG.

BMG, 2000: "Statistisches Taschenbuch Gesundheit" in *Bundesministerium für Gesundheit*. Bonn: BMG.

Eberle, Gudrun, 1998: "Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand", in: *Sozialer Fortschritt* 47: 53-58.

Hinrichs, Karl, 1994: "Restrukturierung der Sozialpolitik? Das Beispiel der Gesundheitspolitik", in: Riedmüller, Barbara; Olk, Thomas (Hg.), *Grenzen des Sozialversicherungsstaates*, Leviathan Sonderheft, Opladen: Westdeutscher Verlag: 119-145.

Klammer, Ute, 1998: "Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung - von der Verfehlung des Ziels zur Auflösung der Zielvorstellung?", in: Blasche, Siegfried; Döring, Diether (Hg.), *Sozialpolitik und Gerechtigkeit*, Frankfurt a.M., New York: Campus: 258-313.

Lißner, Lothar; Wöss, Josef, 1999: *Umbau statt Abbau. Sozialstaaten im Vergleich: Deutschland - Österreich - Schweden*, Frankfurt a. M.; Wien: Bund-Verlag; ÖGB-Verlag.

Mlodoch, Peter, 2002: "Kosten für Arzneien explodieren" in *Weser Kurier*. Bremen Pp. 20 .

Schulin, Bertram, 1999: "Einführung", in: BMA (Hg.), *Sozialgesetzbuch (25)*, München: C.H. Beck

Schulin, Bertram; Kegel, Raimund, 1990: *Systeme und Zahlen sozialer Sicherung. Ein Überblick*, Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe.

SopoU, 1990ff: Sozialpolitische Umschau, hrsg. vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: *diverse Ausgaben*, Bonn: Bundesregierung.



Vosteen, Klaus, 1999: "Auswirkungen der Ausgabensteuerung im deutschen Gesundheitswesen auf die Patienten",