

Thomas Schneider

Krankenversicherung in Europa – Deutschland, Schweden und die Niederlande im Vergleich

Neue Lösungsansätze einer
europäischen Gesundheitspolitik



Tectum

Thomas Schneider

Krankenversicherung in Europa –
Deutschland, Schweden und die Niederlande im Vergleich.
Neue Lösungsansätze einer europäischen Gesundheitspolitik
Zugl. Univ.Diss., Halle 2009

Umschlagabbildung: © the huhu | istockphoto.com (Europakarte) und
Anka Friedrich | wikipedia.de (Aeskulapstab)
© Tectum Verlag Marburg, 2010

ISBN 978-3-8288-5254-9

(Dieser Titel ist als gedrucktes Buch unter der
ISBN 978-3-8288-2253-5 im Tectum Verlag erschienen.)

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	XIII
Tabellenverzeichnis	XVII
Abbildungsverzeichnis.....	XIX
Vorwort	XXI
1. Einleitung	1
2. Begriffsdefinitionen	9
2.1. Der Gesundheitsbegriff.....	9
2.2. Der Krankheitsbegriff.....	10
3. Theoretische Grundlagen.....	13
3.1. Modelle zum Vergleich von Wohlfahrtsstaaten.....	13
3.2. Modelle zum Vergleich von Gesundheitssystemen	14
3.3. Einflüsse auf den Staat im Bereich der sozialen Sicherung und Konzepte zur Analyse von Reformprozessen	17
3.4. Institutionentheorie und Pfadabhängigkeit.....	19
3.5. Die Gerechtigkeitstheorien.....	22
3.6. Indikatoren und zentrale Analyseparameter zur Einschätzung von Gesundheitssystemen.....	26
Die Krankenversicherung in Deutschland	
4. Die Geschichte der deutschen Krankenversicherung von den Anfängen bis heute.....	29
4.1. Von den Anfängen der Krankenversorgung bis 1883	29
4.2. Die Krankenversicherung von 1883 bis 1918	31
4.3. Der Ausbau in der Weimarer Republik.....	37
4.4. Die Veränderungen in der Ära des Nationalsozialismus	39

4.5. Die Krankenversicherung in der DDR von 1945 bis 1989.....	43
4.6. Die Restauration der Krankenversicherung nach dem Weimarer Muster und der Ausbau in der BRD von 1945 bis 1988.....	47
4.6.1. Von dem Neuaufbau der GKV bis zu den gescheiterten Reformversuchen 1964	47
4.6.2. Die Reformsituation von 1965 bis 1988.....	50
4.7. Die Entwicklung von 1989 bis heute.....	52
4.7.1. Das Gesundheitsreformgesetz von 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 und die Neuordnungsgesetze von 1996 und 1997	52
4.7.2. Die Reformgesetze von 1998 bis 2002	54
4.7.3. Die Gesundheitsreform von 2003	57
4.7.4. Die Gesundheitsreform von 2007 und die Entwicklung bis heute	58
4.8. Die Bewertung der Kostendämpfungsgesetze	69
5. Die Struktur des Deutschen Gesundheitswesens.....	73
5.1. Die Zuständigkeit des Staates	73
5.2. Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	76
5.2.1. Gestaltungsprinzipien, Versichertenkreis und Leistungserbringung.....	76
5.2.2. Die Finanzierung und Ausgabenentwicklung	80
5.2.3. Die Organisation	85
5.2.3.1. Die wichtigsten Institutionen	85
5.2.3.2. Die ambulante, stationäre Versorgung und der öffentliche Gesundheitsdienst.....	88
5.2.3.3. Die deutsche Pharmaindustrie	91
5.2.3.4. Der deutsche Apothekenmarkt	94
5.2.3.5. Die Prävention	95
5.2.3.6. weitere wichtige Institutionen.....	95

5.2.4.	Die Grundlagen der Verhandlungsführung im Gesundheitswesen	96
5.3.	Der Einfluss der Interessenverbände im deutschen Gesundheitswesen	98
5.3.1.	Die rechtliche Stellung von Verbänden und deren Lobbyismus	98
5.3.2.	Der Einfluss der Verbände auf die staatliche Gesundheitspolitik.....	102
5.3.2.1.	Die gesundheitspolitischen Akteure	102
5.3.2.2.	Die Bilanz der Einflussnahme und die Gemeinwohlorientierung der Verbände.....	106
5.3.3.	Die Phasen der Interessenvermittlung im deutschen Gesundheitswesen	107
5.4.	Der Einfluss von Kommissionen	111
5.4.1.	Funktionen, Legitimität und Erfolgsbilanz von Regierungskommissionen	111
6.	Die Gesundheitspolitik in Deutschland.....	117
6.1.	Grundlagen und Probleme in der Gesundheitspolitik.....	117
6.1.1.	Die Gesundheitspolitik und deren Steuerungsebenen	117
6.1.2.	Der Einfluss der politischen Akteure auf die deutsche Gesundheitspolitik	119
6.1.3.	Die internen Steuerungsprobleme und strukturelle Mängel.....	121
6.1.4.	Die externen Probleme	123
6.1.4.1.	Demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt	123
6.1.4.2.	Marktöffnung und Globalisierung	126
6.2.	Die Zukunftsmodelle der Parteien für die deutsche Krankenversicherung	127
6.2.1.	Die Bürgerversicherung.....	131

6.2.2.	Die Kopfpauschale.....	133
6.2.3.	Die Bürgerprämie	136
6.2.4.	Die Bewertung der Zukunftsmodelle	138
6.2.5.	Vorschlag einer privaten GKV.....	139
6.3.	zukünftige Entwicklung der GKV.....	141
6.3.1.	Ausgabenanstieg durch die Bevölkerungsentwicklung und den medizinischen Fortschritt	141
6.3.2.	Aktuelle Finanzierungsdefizite.....	143
6.3.3.	Kapitaldeckung	144
6.3.3.1.	Vor- und Nachteile.....	144
6.3.3.2.	Das Konzept der „Solidarischen Alterungsreserve“	145
6.3.4.	Vorschläge zur Abmilderung des demographischen Wandels.....	146
6.3.5.	Neugestaltung des GKV-Leistungskataloges.....	148
6.4.	Verbesserungsvorschläge	149
6.4.1.	Überwachung der Ärzteaktivitäten und mehr Gestaltungsmacht für die Krankenkassen	149
6.4.2.	Kontrolle der Pharmaindustrie.....	151
6.4.3.	Versorgungsformen der Zukunft	153
6.4.4.	Verbesserung der Prävention.....	156
6.4.5.	Verbesserung der Qualität und der Transparenz	157
6.4.6.	Einfluss, Meinung und die Eigenverantwortung der Patienten.....	159

Die Krankenversicherung in Schweden

7.	Die Geschichte der schwedischen Krankenversicherung.....	163
7.1.	Von den Anfängen bis zum Zweiten Weltkrieg.....	163
7.2.	Die Entwicklung von 1945 bis 1980.....	166

7.3. Die Zeit der Reformen von 1980 bis heute	169
8. Das Schwedische Gesundheitswesen.....	175
8.1. Die Zuständigkeiten	175
8.2. Das System der Krankenversicherung	177
8.2.1. Gestaltungsprinzipien, Versichertenkreis und Leistungserbringung.....	177
8.2.2. Die Finanzierung und Ausgabenentwicklung	180
8.2.3. Die Organisation	185
8.2.3.1. Die ambulante und stationäre Versorgung	185
8.2.3.2. Die Ärzte.....	190
8.2.3.3. Die Apotheken und Arzneimittelkontrolle	191
8.2.3.4. Qualität und Prävention.....	193
8.2.3.5. Die Patientenrechte	194
9. Die Gesundheitspolitik in Schweden	197
9.1. Akteure und Probleme in der Gesundheitspolitik.....	197
9.1.1. Der Einfluss der politischen Akteure und die schwedischen Verbände im Gesundheitswesen	197
9.1.2. Die internen Probleme	197
9.2. Bilanz und Zukunftsausblick	200
Die Krankenversicherung in den Niederlanden	
10. Die Geschichte der niederländischen Krankenversicherung.....	205
10.1. Von den Anfängen bis zum Jahre 1945.....	205
10.2. Die Neustrukturierung und der Ausbau von 1945 bis 1987.....	208
10.3. Die Reformen von 1987 bis heute	211

11. Das Niederländische Gesundheitswesen	215
11.1. Die Zuständigkeiten	215
11.2. Das System der Krankenversicherung	216
11.2.1. Gestaltungsprinzipien, Versichertenkreis und Leistungserbringung	216
11.2.2. Die Finanzierung und Ausgabenentwicklung	225
11.2.2.1. Vor 2006	225
11.2.2.2. Nach 2006	227
11.2.3. Die Organisation	237
11.2.3.1. Die Strukturen bis 2006	237
11.2.3.2. Die Strukturen nach 2006	238
11.2.3.3. Die ambulante und stationäre Versorgung	242
11.2.3.4. Die Zulassung der Leistungserbringer und die Arzneimittelüberwachung	245
11.2.3.5. Die Qualität und Prävention	246
11.2.3.6. Die Patientenrechte	248
12. Die Gesundheitspolitik in den Niederlanden	249
12.1. Akteure und Probleme in der Gesundheitspolitik	249
12.1.1. Der Einfluss der politischen Akteure und der Verbände auf die Gesundheitspolitik	249
12.1.2. Die internen Probleme	250
12.2. Bilanz und Zukunftsausblick	251
 Ein Vergleich der drei Krankenversicherungen	
13. Unterschiede und Gemeinsamkeiten	261
13.1. Schweden und Deutschland	261
13.2. Niederlande und Deutschland	264
13.3. Deutschland, Schweden und die Niederlande	269

Die europäische Gesundheitspolitik	
14. Die Geschichte der europäischen Gesundheitspolitik.....	273
14.1. Von den Anfängen bis 1993.....	273
14.2. Von 1993 bis heute	275
15. Die Gestaltung der Gesundheitssysteme durch die EU	281
15.1. Der Einfluss der EU im Gesundheitsbereich	281
15.1.1. Regelungen für Arbeitnehmer und Aktionsprogramme	281
15.1.2. Rechte aus dem EU-Vertrag und die OMK.....	283
15.2. Die Auswirkungen der europäischen Wettbewerbspolitik.....	294
15.3. Die Regulierung privater Zusatzkrankenversicherungen.....	296
15.4. Die Patienten-, Leistungserbringer- und Kapitalmobilität und Patienteninformationen in der EU	297
15.5. Die Spielräume für die nationale Gesundheitspolitik	308
15.6. Die zukünftige Entwicklung	315
Fazit und Ausblick.....	323
Literaturverzeichnis.....	343

Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
AWBZ	Allgemeine Gesetz über besondere Krankheitskosten
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIP	Bruttoinlandprodukt
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMWA	Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
CDU	Christlich Demokratische Union
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DAMA	Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programme
DRG	Disease Related Groups
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EEA	Einheitliche Europäische Akte
EGKS	Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl
EMEA	European Agency for the Evaluation of Medicinal Products

EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FBAG	Festbetrags-Anpassungsgesetz
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FDP	Freie Demokratische Partei
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GGO	Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems
GOBT	Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HIV	Human immunodeficiency virus
HMO	Health Maintenance Organizations
HSAN	Medical Responsibility Board (englische Übersetzung)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KAiG	Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands

KVEG	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
LFN	Pharmaceutical Benefits Board (englische Übersetzung)
MPA	Medical Products Agency
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NOG	Neuordnungsgesetz
OMK	Offene Methode der Koordinierung
PDS	Partei des Demokratischen Sozialismus
PHEA	Public Health Executive Agency
PKV	Private Krankenversicherung
POS	Point of Service Organizations
PPO	Preferred Provider Organizations
RSA	Risikostrukturausgleich
SAR	Solidarische Altersreserve
SEK	Schwedische Krone ¹
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
Zfw	Zielfondswet

1 am 26. April 2009 entsprach 1 Euro etwa 9,3 Schwedischen Kronen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typen des Wohlfahrtsstaates	14
Tabelle 2: Die Organisationsformen von Gesundheitssystemen.....	16
Tabelle 3: Die Ausweitung der Krankenkassen von 1854 bis 1919	32
Tabelle 4: Die Kostendämpfungsgesetze von 1977 bis 2007.....	71
Tabelle 5: Die bundesstaatliche Regelungskompetenz im Gesundheitswesen	74
Tabelle 6: gesundheitsökonomische Kennzahlen von Deutschland	84
Tabelle 7: Die Mittel und Adressaten der Verbände im Deutschen Gesundheitswesen	101
Tabelle 8: Die Verbände der gesundheitspolitischen Akteure.....	105
Tabelle 9: Vergleich Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren.....	144
Tabelle 10: Ausgaben, Steuerfinanzierung und Wartezeiten in Schweden.....	181
Tabelle 11: gesundheitsökonomische Kennzahlen von Schweden	203
Tabelle 12: gesundheitsökonomische Kennzahlen in den Niederlanden.....	256
Tabelle 13: Die Wirkung des Binnenmarktes auf die europäischen Gesundheitssysteme.....	273

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einflussfaktoren auf die soziale Sicherung	17
Abbildung 2:	Pfadentstehung und Pfadbrechung	21
Abbildung 3:	Der Gesundheitsfonds	62
Abbildung 4:	Die ökonomischen Ursachen für die Staatsaufgabe im Gesundheitswesen.....	75
Abbildung 5:	Die Funktion der GKV	78
Abbildung 6:	Die Leistungen der GKV	79
Abbildung 7:	Die Finanzierungsgrundlagen der GKV	82
Abbildung 8:	Die Ausgabenstruktur der GKV 2007.....	83
Abbildung 9:	Die Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems.....	87
Abbildung 10:	Beziehungsviereck in der vertragsärztlichen Versorgung.....	88
Abbildung 11:	Beziehungsdreieck in der stationären Versorgung.....	91
Abbildung 12:	Die Funktionen von Regierungskommissionen	114
Abbildung 13:	Die Steuerungsebenen im Gesundheitswesen	118
Abbildung 14:	Der demographische Wandel in der GKV	124
Abbildung 15 :	Die Zukunft der GKV.....	131
Abbildung 16:	Die Organisationsstruktur des schwedischen Gesundheitswesens	176
Abbildung 17:	Die Finanzierung des schwedischen Gesundheitswesens	183
Abbildung 18:	Überblick über das schwedische Gesundheitssystem	191
Abbildung 19:	Die Altersstruktur der schwedischen Bevölkerung am 31. Dezember 2005.....	198
Abbildung 20:	Die Krankenversicherung in den Niederlanden vor der Reform von 2006.....	217

Abbildung 21: Die Krankenversicherung in den Niederlanden nach der Reform von 2006	224
Abbildung 22: Die Gesundheitskosten im internationalen Vergleich.....	227
Abbildung 23: Die Finanzierung der niederländischen Krankenversicherung nach 2006	234
Abbildung 24: Die Finanzströme der neuen niederländischen Krankenversicherung nach 2006	235
Abbildung 25: Krankenversicherungsmarkt in den Niederlanden 2008	241
Abbildung 26: Die Altersentwicklung der niederländischen Bevölkerung von 1950 bis 2050.....	251
Abbildung 27: Der Ablauf der Offenen Methode der Koordinierung.....	287
Abbildung 28: Die funktionale Verflechtung im europäischen Politikfeld Gesundheit.....	290
Abbildung 29: Die Akteurskonstellationen bei der Gesundheitsreform.....	326
Abbildung 30: Einflussfaktoren auf die Gesundheit	331

Vorwort

Für die Erstbetreuung dieser Arbeit und seine sehr hilfreichen Hinweise möchte ich mich besonders bei Prof. Dr. Peter Hertner bedanken. Auch ohne die Hilfe meines Zweitbetreuers Prof. Dr. Thomas Olk wäre die Verfassung dieser Dissertation nicht möglich gewesen.

Darüber hinaus möchte ich die Angestellten der Universitäts- und Landesbibliothek von Sachsen-Anhalt in Halle/Saale, der Deutschen Bücherei in Leipzig, der Staatsbibliothek und der Hauptbibliothek der Freien Universität in Berlin und der Bibliothek des Deutschen Bundestages für ihre Hilfe bei der Literaturrecherche positiv erwähnen. Auch das Büro von Herrn Peter Friedrich im Deutschen Bundestag hat mir sehr bei der Literaturrecherche geholfen.

Während meines Forschungsaufenthaltes in Stockholm waren mir besonders die Mitarbeiter der Stockholmer Universitätsbibliothek und der National Library of Sweden bei der Materialsuche behilflich.

Auch bei allen meinen Interviewpartnern aus Deutschland, Schweden, den Niederlanden und aus Belgien möchte ich mich auf diesem Wege für ihre Zeit und ihre sehr hilfreichen Informationen bedanken.

Mein spezieller Dank gilt letztendlich meinen Eltern und der Friedrich-Ebert-Stiftung in Bonn, weil die Anfertigung dieser Dissertation ohne ihre finanzielle Unterstützung nicht möglich gewesen wäre.

1. Einleitung

Mit der Einführung der Gewerbefreiheit in Preußen und der Industrialisierung in Deutschland seit Mitte des 19. Jahrhunderts wurde allmählich klar, dass die zunehmenden persönlichen Risiken am Arbeitsplatz nicht mehr individuell, sondern nur noch gemeinschaftlich abzusichern waren.² Am 15. Juni 1883 kam es deshalb zur Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung.³ Es handelt sich bei der deutschen Krankenversicherung um eine Sozialversicherung, die sich über Beiträge finanzierte und durch eine Selbstverwaltung organisiert wurde. Weil die Lohnbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aber noch gering waren, beschränkten sich die gesetzlichen Leistungen hauptsächlich auf die Hilfe bei akuten Erkrankungen, Unfällen und Invalidität.⁴ Diese zurückhaltende Leistungsgewährung änderte sich aber bald, weil sich gerade nach dem Zweiten Weltkrieg die Sichtweise auf die Bedeutung von Gesundheit veränderte.⁵ Man kann sagen, dass die Gesundheit das Wichtigste ist, was ein Mensch hat. Denn „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“.⁶ Zu den Hauptzielen fast aller europäischen Länder im Gesundheitsbereich zählen die Gewährleistung einer angemessenen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung und die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall.⁷

Heute ist das deutsche Gesundheitssystem einer der wichtigsten Bestandteile des deutschen Wohlfahrtsstaates. Auch seine wirtschaftliche Bedeutung sollte nicht vergessen werden. Im Jahr 2008 arbeiteten allein rund 4,3 Mio. Personen in diesem Bereich. Damit ist der Gesundheitssektor die größte Wirtschaftsbranche in unserem Land. In den etwa 800 Berufen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland arbeiten mehr

- 2 Vgl. Benz, Benjamin, Boeckh, Jürgen, Huster, Ulrich-Ernst, Sozialpolitik in Deutschland: Eine systematische Einführung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, S. 16.
- 3 Vgl. Frerich, Johannes, Sozialpolitik: Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Oldenbourg-Verlag, München 1996, S. 86.
- 4 Vgl. Benz/Boeckh/Huster, S. 65.
- 5 Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik: Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1982, S. 10.
- 6 Vgl. Specke, K. Helmut, Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Daten-Fakten-Akteure, Hans Huber Verlag, 3. Auflage, Bern 2005, S. 182.
- 7 Vgl. Riesberg, Annette, Weinbrenner, Susanne, Busse, Reinhard, Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich, Was kann Deutschland lernen?, in Politik und Zeitgeschichte 2003, B 33-34, S. 29.

Menschen als in der Automobilbranche oder der Elektroindustrie. Bis 2020 könnten im Gesundheitssektor sogar noch bis zu eine Millionen neue Arbeitsplätze entstehen.⁸ Im deutschen Gesundheitswesen wurden im Jahre 2005 insgesamt etwa 239,4 Mrd. € ausgegeben und so ein Anteil am Bruttosozialprodukt von etwa 10,7% erreicht.⁹ Alleine für die Gesetzliche Krankenversicherung wurden 2005 in Deutschland genau 135,9 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Der Rest wurde für Arzneimittel, Verbandsmaterial, ärztliche Leistungen und Krankenhäuser ausgegeben.¹⁰ Damit ist das Gesundheitssystem eigentlich ein Zukunftsmarkt mit hohen Innovations- und Beschäftigungspotenzialen. Weil es jedoch zum staatlichen System der sozialen Sicherung gehört, werden diese Aspekte aus Kostengründen eher negativ gesehen. Wegen den heutigen Kostenproblemen steht die deutsche Gesundheitspolitik vor der großen Aufgabe, den Menschen auch in Zukunft bei der Bewältigung ihrer Lebensrisiken langfristige Sicherheit zu geben, ohne sie finanziell zu überfordern. Diese Aufgabe kann nicht mit *einer* Reform erreicht werden. Es wird vielmehr immer Reformen im Gesundheitsbereich geben müssen. Die Reformpolitik im Gesundheitswesen ist deshalb immer als ein Prozess zu verstehen.¹¹

In Zukunft werden die Akteure im deutschen Gesundheitswesen vor der Aufgabe stehen, das Gesundheitssystem finanziell stabil halten zu müssen. Zum anderen sollte weiterhin eine hohe Qualität im Leistungsbereich angeboten werden.

Um diese zukünftigen Aufgaben besser bewältigen zu können, lohnt sich ein Blick nach Schweden und in die Niederlande. Dabei kann ein Vergleich der Gesundheitssysteme von Deutschland, Schweden und den Niederlanden dazu beitragen, neue Lösungen für die anstehenden Probleme in Deutschland zu finden. Dafür wird die Krankenversicherung in Schweden und der Niederlande kurz vorgestellt.

8 Vgl. Giorgis, Angelika, Der Gesundheitsmarkt wächst: Ärzte, Kranken- und Altenpfleger werden gesucht, in: Berliner Zeitung vom 14.06.2008.

9 Vgl. Egle, Christoph, Das rot-grüne Projekt: eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2003, S. 259.

10 Vgl. www.sueddeutsche.de/ra1711/gesundheit/artikel/187/111076/, 240 Milliarden Euro für die Gesundheit vom 6. Juli 2008.

11 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesundheitsreform in Deutschland: Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform?, Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn 2003, S. 5.

Die neuen Lösungen können aber meiner Meinung nach nur kurz- oder mittelfristig in Deutschland erfolgreich sein. Die externen Probleme, wie die Globalisierung, erfordern langfristig eine europäische Lösung. Dafür wird die bisherige Entwicklung der Europäischen Gesundheitspolitik etwas länger dargestellt.

Die Krankenversorgung in Schweden hat eine lange Tradition. Schon seit dem Ende des 17. Jahrhunderts gab es in Schweden Krankenhäuser und Provinzialärzte. Die Krankenversicherung entstand in Schweden aber erst 1955. Das schwedische Gesundheitssystem finanziert sich über Steuern und ist durch seine starke Dezentralisierung geprägt. Die gesundheitspolitischen Akteure verfolgen das Ziel, die Gesundheit der ganzen Bevölkerung sicherzustellen.¹² Sie wollen für alle gleich gute gesunde Lebensbedingungen schaffen.¹³

Die niederländische Krankenversicherung entstand erst nach dem Krankenkassenerlass der deutschen Besatzer von 1941. Dieser Erlass wurde dann 1964 durch die Zfw und 1968 durch die AWBZ in eine neue niederländische Krankenversicherung umgewandelt. Diese basiert bis heute auf drei Säulen. In der ersten Säule waren bis 2006 die gesetzliche Krankenversicherung (Zfw) und die private Krankenversicherung zu finden. Die zweite Säule umfasst bis heute den Schutz gegen besondere Krankheitskosten. Für eine weitergehende Absicherung werden in der dritten Säule Zusatzversicherungen angeboten. Bis zur Reform von 2006 gehörte die niederländische Krankenversicherung auch zu den Sozialversicherungsmodellen. Allerdings wurden seit 1989 von den Versicherten schon zusätzlich zu den Lohnbeiträgen einkommensunabhängige Prämien verlangt. Nach 30jähriger Planung wurde in den Niederlanden im Jahre 2006 eine fundamentale Änderung im Gesundheitssystem vorgenommen. Die private und gesetzliche Krankenversicherung arbeiten seitdem nach gleichen Vorgaben und kombinieren dabei eine für die gesamte Bevölkerung geltende Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen. Der soziale Ausgleich erfolgt aus Steuermitteln. In den Niederlanden existiert damit ein pri-

12 Vgl. Ägren, Gunnar, National Institute of Public Health, Sweden`s new public health policy; National public health objectives for Sweden, Stockholm 2003, S. 3.

13 Vgl. ebd., S. 4.

vates System mit öffentlich-rechtlichen Merkmalen. Die Rolle der Patienten wurde durch diese Reform gestärkt.¹⁴

Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union steckt noch in den Kinderschuhen. Durch die Aktionsprogramme hat die EU seit 1986 einen kleinen Einfluss auf den Bereich. Obwohl der Artikel 152 des EU-Vertrages den Mitgliedsstaaten die alleinige Kompetenz für die Organisation und Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme gibt, konnte die EU nach der Einführung durch Offene Methode der Koordinierung im Jahre 2005 ihren Einfluss im Gesundheitsbereich nicht unwesentlich steigern. Auch die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes von 1998 bis 2003 zur ambulanten und stationären Versorgung innerhalb der EU stärken den Einfluss der europäischen Ebene. Trotz allem ist der Weg zu europäischen Mindeststandards im Gesundheitsbereich noch lang. Die unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme der Mitgliedsstaaten werden in Zukunft noch stärker in einen Wettbewerb um die Kosten, Qualität und die Kunden treten.¹⁵

Die erste Forschungsfrage lautet daher: Wie sehen die Gesundheitssysteme in Deutschland, Schweden und den Niederlanden aus? Dabei sind vor allem zwei Fragen wichtig: Welche institutionellen Unterschiede bestehen zwischen den Gesundheitssystemen? Wie gelingt es den drei Staaten die Finanzierung des Gesundheitswesens sicherzustellen? Bei der Finanzierung stellt sich die Frage: Wie reformfreudig waren die drei Regierungen, um die Zukunftssicherheit ihres Gesundheitssystems herzustellen? Falls die Reformen nicht erfolgreich waren, stellt sich die Frage: Warum sind die Reformen gescheitert? Bei positiven Reformen ist hingegen folgendes zu klären: Was kann man daraus lernen und ist eine Umsetzung auch in Deutschland zu empfehlen?

Neben den Reformen stellt sich weiterhin die Frage der Qualitätssicherung. Ist es den drei Staaten gelungen, die Qualität im Gesundheitssystem trotz Einsparungen stabil zu halten? Vor allem im Zeichen der

14 Vgl. Ginneken, van Ewout, Busse, Reinhard, Gericke, Christian, Das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: erste Erfahrungen mit der Mischung aus Kopfpauschalen Bürgerversicherung und einem zentralen Fond, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 7-8/2006, S.10.

15 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, Sozialpolitik europäisch denken: Europäische Integration und nationale Sozialpolitik, Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn 2006, S. 27.

Europäisierung wird immer wichtiger zu prüfen: Welchen Einfluss hat die EU heute auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten? Wie erfolgreich ist die „Offene Methode der Koordination“? Wie könnte eine effektivere europäische Gesundheitspolitik aussehen? Wie lautet die Position der Mitgliedsstaaten zu einer harmonisierten europäischen Gesundheitspolitik?

Um diesen Fragestellungen gerecht zu werden, ist diese Arbeit wie folgt aufgebaut:

Die Gliederung der Arbeit besteht aus drei Kernbereichen und 3 Unterpunkten. Im ersten Unterpunkt der Arbeit werden zuerst die Begriffe Gesundheit und Krankheit genau definiert. Im zweiten Unterpunkt werden die theoretischen Grundlagen für den Vergleich von Wohlfahrtsstaaten und der Analyse von Reformprozessen vorgestellt.

Danach wird im ersten Kernbereich die deutsche Krankenversicherung beschrieben. Dabei sollen Kategorien wie die Geschichte, Finanzierung, Organisation, Akteure, Probleme und die bisherigen Reformmaßnahmen im Vordergrund stehen. Nach der allgemeinen Vorstellung der deutschen Krankenversicherung sollen die Zukunftsmodelle für die deutsche Krankenversicherung und die zukünftige Entwicklung der GKV vorgestellt werden. Danach folgt eine Darstellung der Verbesserungsvorschläge in der GKV.

Im zweiten Kernbereich werden die niederländische und im dritten die schwedische Krankenversicherung auch in den Kategorien Geschichte, Finanzierung, Organisation, Akteure, Probleme und die bisherigen Reformmaßnahmen betrachtet. Danach werden die Akteure und Probleme in der Gesundheitspolitik beschrieben. Diesem Punkt folgt die Beschreibung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser beiden Gesundheitssysteme im Vergleich zur deutschen GKV.

Da auch in der Gesundheitspolitik ein Europäisierungsprozess zu erkennen ist, soll im dritten Unterpunkt die europäische Gesundheitspolitik genauer betrachtet werden. Die Sicht der Mitgliedsstaaten auf die europäische Gesundheitspolitik, der bisherige Einfluss der Europäischen Union in diesen Bereich und die zukünftige Entwicklung sollen dabei im Vordergrund stehen.

Die Arbeit orientiert sich methodisch am Stand der vergleichenden Politikfeldanalyse. Dabei soll das Gewicht auf den Systemebenenver-

gleich liegen. Es existieren bereits Modelle zum Vergleich von Gesundheitssystemen und Konzepte zur Analyse von Reformprozessen.

Es sollen durch den Vergleich der drei Gesundheitssysteme neue Lösungsmuster für eine Neuorganisation der deutschen Krankenversicherung aufgezeigt werden. Dabei ist aber immer zu bedenken, dass Lösungen aus Schweden oder aus den Niederlanden nicht immer auch in Deutschland funktionieren können, da der historische und institutionelle Hintergrund bei Reformen immer eine wichtige Rolle spielt.

Weil nationale Reformen meiner Meinung nur noch mittelfristig finanzielle Stabilität des Systems garantieren können, kann langfristig nur noch eine harmonisierte europäische Gesundheitspolitik erfolgreich sein. Deshalb soll die „Offene Methode der Koordination“ genau untersucht werden. Falls sie zu einer langfristig stabilen Regelung in der europäischen Gesundheitspolitik nicht beiträgt, soll ein Vorschlag für ein effektiveres Verfahren abgegeben werden.

Allgemeine Forschungsliteratur zum Vergleich der Gesundheitssysteme in Deutschland, Schweden und den Niederlanden existiert in ausreichender Zahl. Insbesondere das Werk von Axel Weber und Volker Leienbach „Die Systeme der Sozialen Sicherung in der Europäischen Union“ gibt einen guten Überblick über die Sozialpolitik in den europäischen Staaten. Erst das Werk von Josef Schmid „Wohlfahrtsstaaten im Vergleich: Soziale Sicherungssysteme in Europa“ ermöglicht eine erste tiefere Betrachtung. Er stellt nicht nur die Sozialsysteme von beispielsweise Deutschland, Schweden und den Niederlanden vor, sondern vergleicht auch kurz unterschiedliche Sozialpolitikbereiche, wie z.B. die Gesundheitspolitiken. Weil europaweit Reformen unausweichlich waren, griffen Susanne Lütz und Roland Czada die Reformstrategien der Mitgliedsstaaten in ihrem Werk „Wohlfahrtsstaat-Transformation und Perspektiven“ auf.

Wenn man dann nach intensiveren Vergleichen der deutschen, schwedischen und niederländischen Gesundheitspolitik sucht, wird es etwas schwerer, entsprechende Literatur zu finden. Nur das Werk von Markus Schneider, Peter Diertich-Biene, Monika Gabanyi, Uwe Hofmann, Manfred Huber, Aynur Köse und Jürg H. Sommer, „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“ von 1995, der Text von Dieter Döring, Bettina Dudenhöfer und Jürgen Herdt „Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck: Vergleichende Betrachtung

der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in der EU 15 Staaten und der Schweiz“ von 2005 und das Buch von Susanne Tiemann „Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Union: Gemeinschaftsrechtliche und europapolitische Perspektiven für das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen“ von 2006 unternehmen einen ausführlichen Vergleich der drei Gesundheitspolitiken. Ansonsten existieren eher Darstellungen zu den einzelnen nationalen Gesundheitssystemen.

Die bisherige deutsche Forschung zur GKV ist sehr gut und konzentriert sich in der letzten Zeit stark auf die Darstellung der zukünftigen Finanzierungsmodelle. Das Standardwerk „Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur-Leistungen-Weiterentwicklung“ von Beske und Reinkemeier wurde 1993 veröffentlicht.

Gerade das Buch die „Gesundheitspolitik in Deutschland“ von Peter Oberender, Professor für Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie an der Universität in Bayreuth, aus dem Jahre 2002 erweiterte die Erkenntnis über die GKV enorm.¹⁶ Das neueste Werk mit dem Titel „Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung“ von Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger von 2004 stellt erstmals die komplette deutsche Gesundheitspolitik dar. Seit 2004 sind sehr viele Bücher über die zukünftige Finanzierung der GKV und Prognosen erschienen. Zu den beiden besten Büchern in dieser Thematik zählen sicherlich die von Fritz Beske und Thomas Drabinski über die „Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test“ von 2004 und die „Finanzierungsdefizite in der gesetzlichen Krankenversicherung, Prognose 2005-2050“ von 2005. Der Text von Marcus M. Grabka, Johannes Leinert und Gert G. Wagner über die „Bürgerprämien für die Krankenversicherung als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung“ von 2004 ergäntz die Debatte ideal mit einem Alternativvorschlag.

Über die schwedische Krankenversicherung existieren hingegen nicht so viele Bücher. Erst in dem Buch von Uwe K. Preusker mit dem Titel „Gesundheitssysteme in Skandinavien, Eine aktuelle Darstellung des schwedischen, norwegischen und finnischen Gesundheitswesens“ von 1996 wurde erstmals eine genaue Analyse der schwedischen Kranken-

16 Vgl. Oberender, Peter, Zerth, Jürgen, Gesundheitspolitik in Deutschland, Verlag P.C.O., Bayreuth 2002, S. 9ff.

versicherung vorgenommen. Das bisher einzige Standardwerk über das schwedische Gesundheitssystem wurde 2002 von Kai Michelsen veröffentlicht. Die HiT Summary des European Observatory on Health Systems and Policies über das Gesundheitssystem von Schweden ergänzte 2005 dieses Standardwerk.

Auch über die niederländische Krankenversicherung gibt es nicht sehr viel Forschungsliteratur. Das beste Buch haben Stefan Greß, Maral Manouguian, und Jürgen Wasem im Jahre 2006 herausgebracht. Es heißt „Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?“. Aber auch der Text von Ewout van Ginneken, Reinhard Busse und Christian Gericke über „Das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: erste Erfahrungen mit der Mischung aus Kopfpauschalen Bürgerversicherung und einem zentralen Fond“ von 2006 gibt einen sehr guten Überblick über die neue Krankenversicherungsreform von 2006.

In dieser Arbeit wird auch versucht, die Gesundheitssysteme von Deutschland, den Niederlanden und Schweden zu vergleichen und die Informationen über das schwedische und niederländische Gesundheitssystem gerade durch Interviews zu vertiefen.

Weiterhin wurde auf die verschiedenen Forschungsinstitute, die Gesundheitsministerien, die OECD und das Internet zurückgegriffen. Auch die Europäische Union vergleicht ihre sehr unterschiedlichen Sozialsysteme miteinander.

Somit wird versucht, die Entwicklungen in der europäischen Gesundheitspolitik darzustellen. Das Literaturangebot in diesem Bereich hat sich in den letzten Jahren sehr verbessert. Zu den besten Büchern in diesem Bereich zählen das Werk von Hans-Jürgen Urban über die „Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System“ von 2003, das Buch von Stefan Greß über die „Europäisierung des Gesundheitswesens: Perspektiven für Deutschland“ von 2003 und das Buch von Klaus Höchstetter über „Die offene Koordinierung in der EU, Bestandsaufnahme, Probleme und Perspektiven“ von 2007.

Alle genannten Quellen wurden im Hinblick auf die eingangs formulierten Fragestellungen empirisch-analytisch ausgewertet.

2. Begriffsdefinitionen

2.1. Der Gesundheitsbegriff

Die Gesundheit ist ein besonderes Gut. Gerade der Artikel 2 des deutschen Grundgesetzes garantiert jedem Bürger ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, was eng mit dem Recht auf Gesundheit zusammenhängt. Die Gesundheit ist eine der Grundvoraussetzungen für die Teilhabe der Menschen am gesellschaftlichen Leben und an den Möglichkeiten des Wohlfahrtsstaates. Ohne gesunde Bürger kann keine Gesellschaft dauerhaft bestehen.¹⁷ Da der Staat funktions- und wehrfähig sein will, hat er ein Interesse an einer gesunden Gesellschaft. Wenn die Bürger eines Landes nicht gesund sind, gibt es auch keine Produktion und damit auch keinen Konsum. Die Unternehmen haben damit auch ein großes Interesse an gesunden und leistungsfähigen Arbeitskräften.¹⁸

Eine der ersten Gesundheitsdefinitionen wurde von der Welthandelsorganisation 1948 geschaffen. Darin heißt es, Gesundheit ist „der Zustand eines vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens eines Menschen“.¹⁹ Die Gesundheit stellt im Bezug auf die genetischen Bedingungen eines Menschen ein funktionelles Optimum dar.²⁰ Spätere Definitionen ergänzen diese anspruchsvolle Einstufung, indem sie feststellen, dass die Gesundheit eines Menschen von drei Faktoren abhängig ist. Diese sind die eigenen körperlichen und seelischen Erfahrungen sowie Meinungen, die sozialen Bezüge in der Familie und die täglichen Umweltbedingungen.²¹ Außerdem wird unter der Gesundheit die Freiheit des Menschen von der Bedrohung durch Krankheit, der Lebensqualität und von Leid verstanden. Bei der Einschätzung der Gesundheitsumstände sollten auch die Lebensverhältnisse wie die Arbeit, Wohnung, Ernährung und Bildung berücksichtigt werden. Das Hauptaugenmerk bei vielen Gesundheitsdefini-

17 Vgl. Wendt, Claus, Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2003, S. 44f.

18 Vgl. Zdrowomyslaw, Norbert, Gesundheitsökonomie, Oldenbourg Verlag, München 1997, S. 1.

19 Vgl. Metze, Ingolf, S. 10.

20 Vgl. Zetkin, Maxim, Wörterbuch der Medizin, Ullstein Mosby Verlag, Berlin 1992, S. 790.

21 Vgl. Riege, Fritz, Kurzer Abriss der Gesundheitspolitik: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Haag+Herchen, Frankfurt am Main 1999, S. 20.

tionen liegt aber auf einer altersgemäßen biologischen Norm, mit der versucht wird, die Funktionalität und Belastbarkeit einer Person einzuschätzen.²² Heute geht man sogar soweit, die medizinische Versorgung als ein Element der alltäglichen Daseinsvorsorge zu betrachten.²³ Ohne Gesundheit können die persönlichen Lebensziele nicht verwirklicht werden. Nur ein gesunder Mensch kann seine Individualität entfalten und ein produktives und erfülltes Leben führen. Letztendlich wird es auch nur ihm gelingen, sein eigenes Potential auszuschöpfen.²⁴

2.2. Der Krankheitsbegriff

Als die Krankenversicherung 1883 in Deutschland eingeführt wurde, waren die Infektionskrankheiten leichter erkennbar. Heute sind die psychosomatischen Krankheiten oft viel schwerer feststellbar.²⁵

Im umfassenden Sinn versteht man unter Krankheit die Abwesenheit von Gesundheit.²⁶ Dabei gehen oft die Gesundheit und Krankheit fließend ineinander über.²⁷ Wenn man den Begriff Krankheit enger fasst, dann ist es eine Situation, in der subjektiv empfundene oder objektiv feststellbare körperliche, geistige oder seelische Veränderungen oder Störungen vorübergehend oder dauerhaft vorliegen.²⁸ Die objektiven Störungen können durch eine Diagnose einer Krankheit festgestellt werden.²⁹ Im Extremfall können Krankheiten bis zum Tode führen. Im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist eine Krankheit das Vorhandensein einer Störung, die eine ärztliche Behandlung erfordert und zur Arbeitsunfähigkeit führt.³⁰ Man kann heute feststellen, dass die deutschen Patienten bei einer Krankheit eher einen Arzt aufsuchen als früher. Es dominieren heute auch viel stärker die chronischen Krankheiten, wie zum Beispiel Diabetes. Schon heute sind 80 Prozent der Krankenhausaufenthalte auf chronische Kranke zurückzuführen.³¹

22 Vgl. Zdrawomyslaw, Norbert, S. 3.

23 Vgl. Nolte, Paul, *Generation Reform, Jenseits der blockierten Republik*, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2005, S. 184.

24 Vgl. Zetkin, Maxim, S. 790.

25 Vgl. Specke, K. Helmut, S. 319.

26 Vgl. www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/Konzepte/L52/L5270.htm vom 30.03.2008.

27 Vgl. Specke, K. Helmut, S. 182.

28 Vgl. www.meyers.de/meyers/Krankheit vom 30.03.2008.

29 Vgl. www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/Konzepte/L52/L5270.htm vom 30.03.2008.

30 Vgl. www.meyers.de/meyers/Krankheit vom 30.03.2008.

31 Vgl. Specke, K. Helmut, S. 320.