# 4. Gesundheitspolitik

1. **Allgemeines**

**Medizin**: umfasst die Prophylaxe, Diagnose, Therapie und Betreuung von Krankheiten.

**Gesundheit**: nach WHO das vollständige physische, psychische und soziale Wohlbefinden, nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit.  
auf jeden Fall das **höchste Gut des Menschen**: Vorraussettung zur Realisierung des eigenen Lebensunterhalts, Grundlage der Arbeitsfähigkeit-,persönlichen Wohlergehens.

**Gesundheitsgüter**: an sich private Güter (keine externe Effekte), außer öffentliche Hygiene und Seuchenprävention durch Impfungen.  
**Trade-off zwischen Ethik und Ökonomik**: nach John Rawls ist Gesundheit ein "öffentliches Gut", z.B. Versorgungspflicht der Krankenkassen.

-

2. **Gesundheitspolitische Formen der Finanzierung und Ziele in Deutschland**

Die deutsche Gesundheitspolitik wird von vier politisch **konfligären Zielen** geprägt:

1. Stabilisierung der Gesundheitsausgaben (Finanzierung)
2. hochwertige Versorgung (Qualität)
3. gleichwertige Versorgung unabhängig vom Einkommen (Solidarität)
4. Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen sowie Gewinnoptionen für Leistungsanbieter im Gesundheitsmarkt (Wachstum)

Als Reflex auf die **Wirtschaftskrise ab 1975** liegt eine nachhaltige Finanzierung (Punkt 1) im Fokus. Die Folge ist eine Abnahme von Solidarität zu Gunsten von Privatisierungen.  
**Weitere Gründe**:  
- Dominanz unternehmerischer Anbieter, schwache Gewerkschaften.  
- Dominanz neo-institutionalistischer Ansatz trotz verschiedener Mehrheitsverhältnisse  
- Trotz bestehender trade-offs kaum Unterschiede zwischen Parteienpolitiken.  
- von der aktuellen BR eingeführter Gesundheitsfonds setzt auf Wettbewerbsfähigkeit der Leistungsanbieter mit dem Ziel effizienter Politik.

-

3. **Gesundheitspolitische Akteure, Veto-Player**

Interessensakteure  
Bürger: ist eine öffentliche Versorgung günstiger als eine private?  
Politiker: wie kann ich den (u.a. alternden) Wähler überzeugen um gewählt zu werden?  
Interessensgruppen: Ärzte, Pflegepersonal, pharmazeutische Unternehmer, usw.

-

4. **Gesundheitspolitische Mandate und Ziele der EU**  
Die EU *konnte* nur rechtlich unverbindliche Empfehlungen aussprechen, hat deswegen zahlreiche Aktionsprogramme entwicketl:  
Programme gegen AIDS  
Programme gegen Krebs  
Programme zur Drogenabhängigkeit usw.  
  
Nun verfügt die EU über **gesundheitspolitische Mandate**: Regulierung von Produktsicherheit, Verbraucherschutz, Schutz vor chemischen Stoffen usw.  
Ziel: Erreichung eines allgemeinen, hohen Gesundheitsniveaus.

🡪Es braucht mehr gesundheitspolitische Mindeststandards auf den europäischen Faktormärkten, um Transaktionskosten zu vermeiden.  
🡪Eine Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme gilt wegen der Pfadabhängigkeit als ausgeschlossen und ist nationalem Recht unterworfen.

**OMK**: ein institutioneller Wettbewerb kann im Ergebnis für EU-induzierte zentralisierte Maßnahmen sorgen. Nach dem Lissabon-Vertrag soll OMK im Gesundheitsmarkt Anwendung finden. U.a. allgemeiner Zugang zu medizinischen Leistungen.  
🡪Die EU wird sich bei der künftigen Entwicklung der Gesundheitssysteme *voraussichtlich* als **Benchmarking-Agentur** entwickeln (Vgl. Beschäftigungspolitik).

**Territorialprinzip**: alle gesundheitspolitischen Güter durften nur im Heimatland konsumiert werden.  
**Patientenmobilität**: Durch **EuGH-Urteile** wurde entschieden, dass Versicherte Behandlungen auch in anderen Mitgliedsstaaten der EU beanspruchen können.  
🡪 Die EuGH-Urteile greifen trotz des allgemeinen Verbots der Harmonisierung nachhaltig in die nationalstaatlichen Gesundheitssysteme ein. Die Grundfreiheiten sowie die Wettbewerbsfreiheit öffnen aber Wege, um Zugriffe auf nationale Präferenzen zu erhalten und zu legitimieren. 🡪 inhärenter Systemwettbewerb.  
🡪Richtlinien zum Abbau von Handelsschranken, Lebensmittelrecht, usw. dienen der Vollendung des Binnenmarkts.  
  
**Krankenkassen**: üben wegen ihres sozialen Charakters eine „nicht-ökonomische Aktivität“ aus und unterleben deshalb *nicht* dem europäischen Wettbewerbsrecht.

**Europäische Krankenversicherungskarte** (EHIC): gewährt in anderen EU-Ländern einen Anspruch auf medizinisch Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens.  
🡪oft nicht anerkannt, weil Apotheker Authenzität nicht nachvollziehen können, deshalb EU-Richtlinie erlassen.  
🡪niedrigere Mehrwertsteuer auf pharmazeutische Güter in Frankreich sorgt dafür, dass viel öfter deutsche Konsumenten in Frankreich einkaufen als umgekehrt (komparativer K)  
🡪Versandsapotheken verschärft die Liberalisierung im Vertrieb und Apothekenpflicht verhindert den Wettbewerb.

-

5. **Arbeitsumweltschutz** (sichere und gesunde Arbeitsverhältnisse)

**Richtlinien**: Bildschirmgeräte, Schutzausrüstungen, Schutz der Lendenwirbelsäule.

**Harmonisierung**: ist mittels mandatsfreier Sektorpolitik möglich. Hoch standardisierte Richtlinien konnten verabschiedet werden, Ziel ist Ausschluss von *social dumping*.

**W-Motiv**: Internationale Studien belegen, dass jeder in Gesundheitserhaltung investierte Euro etwa eine **Kapitalrendite** zwischen fünf bis 16 € - je nach Umfang betrieblicher Präventionsmaßnahmen – generiert (Gesundheit, Motivation, Arbeitsklima).

**EU-Forderung**: Senkung der Lohnnebenkosten, nachhaltige private Finanzierung (Rationierung) der sozialen Schutzsysteme.  
**Gründe**: rapider Alterungsprozess, Anstieg der Gesundheitsausgaben, Innovation   
🡪Rezeptfreie Arnzeien werden nicht mehr von der Kasse erstattet.  
🡪Praxisgebühr von 10€.  
🡪Sehhilfen und Brillen werden nicht mehr bezahlt.  
🡪Erlaubnis für Versandhandel von Arzneimittel (Kostenersparnis angestrebt).  
🡪Krankenkassen müssen ihre Verwaltung straffen.

**Kritik**: keine hinreichende Steuerungsfunktion, nach Einführung der Praxisgebühr zeigte sich beispielsweise ein signifikanter Rückgang der Konsultationen von Zahnärzten.

**Deutschland**: auch auf nationaler Ebene kam es zu einer Neujustierung von wettbewerblichen gegenüber solidarischen Elementen.

**KMU** (kleine und mittlere Einkommen): große volkswirtschaftliche Bedeutung und größtes Beschäftigungspotential.

**Privatisierung**: Die Zahl der öffentlichen und subventionierten Allgemeinkliniken sinkt überproportional und die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft steigt. In Deutschland stehen viele Kliniken vor dem Konkurs, der Markt ist überbesetzt.

**Forderung nach Wettbewerb zwischen gesundheitspolitischen Leistungsanbietern**: Preise sind reguliert und Nachfrageentscheidungen wegen umfassender Versicherungsdeckung wenig relevant, Wettbewerb v.a. bei Produktqualität.

**empirisch validiert**: Wo sich mehr Privatpatienten aufhalten, siedeln mehr Ärzte an.

Die Allokation medizinischer Dienstleistungen erfolgt in den kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen idR nicht über den Marktpreis. Ein Patient wird von einem zu hohem Preis nicht von der Nachfrage abgehalten, es entsteht ein Nachfrageüberhang.  
🡪**Rationierung**: Vorenthalten von medizinischen Leistungen trotz Nachfrage und objektivem Bedarf.  
🡪**obligatorische Zuzahlungen**: sind ein übliches Mittel zur Rationierung, die es zB beim Zahnarzt gibt.

**weiche Euthanasie**: Ältere, kranke oder arbeitslose Krankenkassenmitglieder werden aus der Kasse gedrängt und sollen (Forderung) z.B. seltener Hüft-Ops bekommen.

**Schweizer Modell**: ausschließlich privat und primär marktwirtschaftlich organisiert. Einkommensunabhängige Kopfpauschale finanziert Leistungskatalog.