

Inhalt	Seite
Kapitel I	
Die sozialwissenschaftliche Diskussion über die Machtverteilung im Gesundheitswesen und die Ziele dieser Arbeit	15
1. Die doppelte Bedeutung der Machtverteilung im Gesundheitswesen	16
2. Theoreme der Anbieterdominanz	20
a) Die Ärzteschaft als stärkste Lobby und Pressure-Group im Gesundheitswesen	21
b) Theoreme der professionellen Dominanz	24
c) Die staatliche Konservierung mittelständischer Strukturen im Gesundheitswesen - ein Mittel konservativer Gesellschaftspolitik	32
d) Machtzentren und -komplexe im Gesundheitswesen	35
e) Staatsversagen im Gesundheitswesen	39
3. Theoreme des Macht- und Autonomieverlusts der ärztlichen Profession unter dem Druck des Wohlfahrtsstaates	44
4. Neokorporatismus im Gesundheitswesen	49
5. Fragestellungen und Aufbau der Arbeit	56
Kapitel II	
Die Machtverteilung im Gesundheitswesen - strukturelle Gesichtspunkte	59
1. Begriffe und Definitionen	60

Inhaltsverzeichnis

1.1	Das Gesundheitswesen als soziales Teilsystem	60
	a) Funktional- oder Tätigkeitsbezug?	60
	b) Die Elemente und ihre Beziehungen	63
	c) Gesundheitssystem und Gesamtgesellschaft	66
1.2	Ressourcen und Ebenen der Machtausübung	69
	a) Begriffliche Grundlagen	69
	b) Grundlagen und Ebenen der Machtausübung im Gesundheitswesen	79
	c) Handlungspotentiale und Interessenlagen der systeminternen Akteure	83
2.	Der Klient in der Organisation des Gesundheitswesens	91
2.1	Vorbemerkung	91
2.2	Soziale Macht in den Beziehungen der Klienten zur niedergelassenen Ärzteschaft	93
	a) Dominanz der Experten	93
	b) Exkurs: Historische Genese	98
	c) Soziale Konstellationen	105
2.3	Andere Anbieter medizinischer Güter und Dienstleistungen	113
2.4	Beziehungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu ihren Versicherten	119
3.	Machtasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern	123
3.1	Die Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung	123

Inhaltsverzeichnis

3.2	Die Beziehungen der GKV zur niedergelassenen Ärzteschaft	126
	a) Historischer Rückblick	126
	b) Qualität, Mengen und Preise ambulanter medizinischer Dienstleistungen	137
3.3	Die Beziehungen der GKV zu den Krankenhäusern	145
3.4	Die Beziehungen der GKV zu den Arzneimittel- und Medizingeräteherstellern	155
	a) Arzneimittelversorgung	157
	b) Anschaffung und Anwendung medizinisch-technischer Geräte	166
3.5	Die Beziehungen der GKV zu den Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln	171
3.6	Zusammenfassung	178
4.	Machtasymmetrien zwischen den Leistungsanbietern	184
4.1	Kassenärztliche Dominanz in der gesundheitlichen Versorgung	184
4.2	Die Beziehungen der pharmazeutischen und medizinischen Geräteindustrie zur Kassenärzteschaft - Herrschaft, Interessengemeinschaft oder Konflikt?	189
	a) Kassenärzte und pharmazeutische Industrie	189
	b) Kassenärzte und medizinische Geräteindustrie	203
4.3	Die Beziehungen der pharmazeutischen und medizinischen Geräteindustrie zu den Krankenhäusern	210
	a) Krankenhäuser und pharmazeutische Industrie	210
	b) Krankenhäuser und medizinische Geräteindustrie	212
4.4	Die Beziehungen der pharmazeutischen Industrie zum	

Inhaltsverzeichnis

Großhandel und den Apotheken	213
4.5 Zusammenfassung	214

Kapitel III

Das Gesundheitswesen zwischen Fremd- und Selbststeuerung - zur Bedeutung der Machtverteilung im Gesundheitswesen für die Systemsteuerung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung 217

1. Fragestellung und Methode	218
2. Vorwiegend bundesstaatlich gesteuerte Bereiche	223
2.1 Aufgabenbestimmung des Krankenversicherungssystems	223
2.2 Methoden und Organisation der Aufgabenbearbeitung	229
2.3 Umverteilung der Einkommen	235
3. Vorwiegend von den gesetzlichen Krankenkassen gesteuerte Bereiche	240
3.1 Aufbringung der finanziellen Ressourcen	240
4. Bereiche mit rechtlich stark restringiertem bundesstaatlichen Steuerungseinfluß	244
4.1 Personelle und sachliche Angebotskapazitäten	244
5. Bereiche mit bundesstaatlich garantierter kassenärztlicher Autonomie und Dominanz	250
5.1 Arbeitsteilung und Kooperation	250
5.2 Soziale Beziehungen der Klienten mit dem Personal	260
5.3 Erstellung und Abgabe gesundheitsbezogener Güter und Leistungen	266

Inhaltsverzeichnis

6.	Vorwiegend durch Kollektivverhandlungen von Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern gesteuerte Bereiche	274
6.1	Allokation der finanziellen Ressourcen	274
7.	Schlußbemerkungen: Zur Stabilität kassenärztlicher Autonomie und Dominanz - Bedingungen und Folgen	289

Kapitel IV

Organisierte Interessen und staatliche Gesundheitspolitik: Das Beispiel der "Strukturreform im Gesundheitswesen"

		299
1.	Einleitung	300
2.	Erklärungsansätze für das Scheitern der Gesundheitsreform	306
3.	Der koalitionsinterne Abstimmungsprozeß	315
4.	Zum Anspruch einer "Strukturreform": Potentielle Tragweite und Zieladäquanz der geplanten Maßnahmen	341
5.	Zur Metamorphose der Reform im politischen Durchsetzungsprozeß	350
5.1	Etappen der politischen Entscheidungsfindung	350
5.2	Modifikationen der vorrangig auf Versicherte und Patienten zielenden Reformbestandteile	352
	a) Interessenvertretung	352
	b) Interessenberücksichtigung und Resultate	356
5.3	Modifikationen der vorwiegend auf die niedergelassenen Ärzte zielenden Reformbestandteile	362
	a) Interessenvertretung	362

Inhaltsverzeichnis

b)	Interessenberücksichtigung und Resultate	364
5.4	Modifikationen der vorrangig auf die pharmazeutische Industrie und die Apotheker zielenden Reformbestandteile	367
a)	Interessenvertretung	367
b)	Interessenberücksichtigung und Resultate	370
5.5	Modifikationen der vorrangig auf die Krankenhäuser zielenden Reformbestandteile	375
a)	Interessenvertretung	375
b)	Interessenberücksichtigung und Resultate	376
6.	Umsetzung und Ergebnisse der Gesundheitsreform	378
6.1	Risikoprivatisierung, Selbstbeteiligung und das Wachstum der privaten Krankenversicherung	378
6.2	Zur Praxis der verbesserten sozialen Absicherung der Schwerpflegebedürftigen	382
6.3	Zur Umsetzung der Festbetragsregelung	384
6.4	Zur Umsetzung weiterer Steuerungsinstrumente zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung (im Kontext der GKV-Ausgabenentwicklung)	388
7.	Zusammenfassende Schlußbemerkungen	394
	Epilog	402
	Literatur	425