

Tomas Steffens

Die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Markt und Strukturkonservatismus

1. Die Privatisierung des Krankheitsrisikos

Wenn sich die Diskussion und die Praxis des Umbau des Sozialstaats in der Bundesrepublik auf einen Begriff bringen läßt, dann sicher auf den der »schleichenden Privatisierung« gesellschaftlicher Risiken. Blanke und von Bandemer haben darauf hingewiesen, daß der Diskurs, der den Umbau des Sozialstaats begleitet, das »Klima einer paradoxen Kommunikation« erzeugt: »Einerseits wird die staatliche Verantwortung für Erhalt und Fortentwicklung des Sozialstaats nicht dementiert, andererseits wird in vielen kleinen Schritten am 'Umbau' des Sozialstaats gearbeitet...« (Blanke/von Bandemer 1995, 401). Die Ausgestaltung der sogenannten »Dritten Stufe der Gesundheitsreform« (nach der Gesundheitsreform des Jahres 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992) wird darüber entscheiden, ob der Trend der Privatisierung gesellschaftlicher Risiken, hier des Krankheitsrisikos, zu einer tiefgreifenden Strukturtransformation des Gesundheitswesens führt. Die Privatisierung des Krankheitsrisikos kann verschiedene Formen annehmen: als Ausgrenzung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), als Erhöhung von Selbstbeteiligungen und Zuzahlungssätzen, als Reduktion (oder Abschaffung) von Zuschüssen der Kassen (z.B. für Heil- und Hilfsmittel) oder als Einbau von Elementen der Privaten Krankenversicherung in die GKV, wie die Etablierung von Wahltarifen, Kostenerstattung und Beitragsrückerstattung. Allen genannten Maßnahmen ist gemeinsam, daß sie zentrale Gestaltungsprinzipien der GKV, vor allem das Solidaritätsprinzip, verletzen.

Die GKV ist der strategische Bezugspunkt aller gesundheitspolitischen Reformdiskussionen. Seit ihrer Gründung konkurrieren gegensätzliche »Sozialideen« und »Sozialgestalten« (Heimann 1980) um die Ausgestaltung des Gesundheitswesens und um Struktur und Aufgabe der GKV. Folgen wir Rosenbrock (1993: 321), so lassen sich die konkurrierenden »Sozialideen« so typisieren: auf der einen Seite steht ein weitgefäßer und positiver Gesund-

heitsbegriff, die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf gesellschaftliche Bedingungen der Gesunderhaltung, der Erkrankung und der Bewältigung von Krankheit, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit, die verhaltens- und verhältnispräventive Ausrichtung des Gesundheitssystems, die Integration von Krankenversicherung und Arbeitsschutz sowie die Sicherstellung von Prävention und Kuration durch selbstverwaltete bzw. kommunale Einrichtungen. Auf der anderen Seite steht die Sozialidee eines an einem engen und negativen Gesundheitsbegriffs orientierten weitgehend kurativ ausgerichteten Gesundheitswesens, das auf der »Trennung zwischen den sozialen Verursachungsbereichen von Krankheit in der Arbeits- und Lebenswelt einerseits und dem Versorgungssystem andererseits (z.B. Abkoppelung des Arbeitsschutzes von der Krankenversicherung)« (Rosenbrock 1993: 321) bei Fragmentierung der GKV und auf der Leistungserbringung durch vorwiegend mittelständische private Anbieter (vor allem Ärzte) basiert.

Mit Alber (1992, 29) läßt sich die »*Geschichte der durch die Krankenversicherung strukturierten Sozialbeziehungen (...)* weitgehend als ein *Kampf um Lebenschancen organisierter Interessensgruppen* bzw. kollektiver Akteure begreifen«. Stets ging es dabei um materielle Interessen, aber immer standen auch »Kompetenz- und Statusfragen sowie ideelle Interessen im Sinne unterschiedlicher Vorstellungen von der rechten Ordnung des Gesundheits- und Gemeinwesens« (ebd.) auf dem Spiel. Als naturwüchsiges Ergebnis dieser Kämpfe hat sich bei großer Kontinuität der Strukturprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung ein komplexes System der *Mischsteuerung* herausgebildet, das Elemente des Marktes, der staatlichen Normsetzung und Planung und einer besonders ausgeprägten Staat-Verbände-Steuerung miteinander verbindet.

Die Leistungen und die Grenzen dieses Steuerungssystems mit der GKV als zentraler Institution sind weithin bekannt. Zu den Leistungen gehören der weitgehend ökonomisch nicht diskriminierte Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und Gütern, eine hochwertige medizinisch-kurative Versorgung der Bevölkerung und eine im ganzen unter Kontrolle gehaltene Ausgabendynamik. Zu den Schwächen des jetzigen GKV-Steuerungssystems zählen (vgl. z.B. Schmidt, Jahn, Scharf 1987):

- die starke Zersplitterung und Schließung der Sektoren des Gesundheitswesens,
- das erhebliche Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit,
- die fast ausschließlich kurative Orientierung zu Lasten der Präventiven,
- die Trennung der Verursachung gesundheitlicher Risiken von der Versorgung (insbesondere in der Arbeitswelt),
- die Anbieterdominanz der Medizin bei gleichzeitiger Schwäche der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen,

- das meist unverbundene Nebeneinander von medizinischen, pflegerischen und anderen gesundheitlichen Dienstleistungen,
- die Dominanz der nicht nur unwirtschaftlichen, sondern den Kooperationsanforderungen bei der Bewältigung der zunehmenden Zahl chronisch-degenerativen Erkrankungen ungenügenden privaten Einzelpraxis,
- die fast ausschließlich technische und medikamentöse Ausrichtung des Medizinbetriebs mit seiner Tendenz zur Ausweitung des medizinischen Definitionsanspruchs,
- die ungenügende Qualitätssicherung in nahezu allen Bereichen des medizinischen Systems,
- die fehlende Gesamtverantwortung und politische Steuerung des fragmentierten und mit widersprüchlichen Steuerungsmechanismen arbeitenden Systems,
- die unterschiedliche Risikostruktur der Krankenkassen (auf dieses Problem gehe ich unten ein).

Die gesundheitspolitische Diskussion Mitte der neunziger Jahre zeichnet sich dadurch aus, daß diese materialen Strukturschwächen und Fehlsteuerungen kaum noch eine Rolle spielen. Vielmehr wird die Diskussion durch Mythen bestimmt. Schwartz und Busse (1994) haben als fünf die Diskussion nicht nur in der Bundesrepublik beherrschenden Mythen »Demographie«, »Hohe Verweildauer als kostenentscheidender Faktor«, »Kontrolle der Kosten durch die Patienten«, »technischer Fortschritt als Kostensprengsatz« und »Markt« herausgearbeitet. Kühn (1995) hat als weiteren Mythos die »Kostenexplosion« analysiert: Der Anteil des Bruttosozialprodukts, der auf die Gesundheitsausgaben fällt, bewegt sich seit den 80er Jahren im Bereich von 8% (1980) bis 9,5% (1993). Der Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttosozialprodukt betrug 1980 6,1% und 1993 5,8% (Bundesministerium für Gesundheit 1996, Punkt 9.4). Im internationalen Vergleich liegt die Bundesrepublik damit im mittleren Feld. Gestiegen sind allerdings die Beitragssätze zur Krankenversicherung¹. Die Lösung des Widerspruchs zwischen steigenden Beitragssätzen einerseits und mehr oder weniger konstanten Gesundheitsausgaben bzw. GKV-Anteilen am BSP andererseits erklärt sich durch den Rückgang der Lohnquote. Die unbereinigte Brutto-lohnquote sank von 75,8% (bereinigt: 66,2%) im Jahr 1980 auf 70,7% (bereinigt: 61,2%) im Jahr 1994 (Vesper 1995, 185). Dadurch schrumpfte die Finanzierungsbasis der GKV. Kühn schlußfolgert:

1 Die aktuellen Finanzierungsprobleme der GKV sind auch politisch zu verantworten. Als gesetzlich induzierte Belastungen der Krankenkassen sind u.a. die 1995 eingeführte Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose, die höhere Beitragspflicht vom Krankengeld, die Herausnahme patentgeschützter Medikamente aus der Festbetragsregelung und die Senkung des Arbeitslosenhilfeanspruchs durch Anrechnung sonstiger Einkünfte ab 1997 zu nennen.

»Während der GKV-Anteil am BSP seit 1975/80 unverändert ist, ist der Anteil der Löhne und Gehälter gesunken. Wären also in den achtziger Jahren bis heute Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz exakt dem des Jahres 1980 entsprechen. Anders ausgedrückt: wäre bei der gegebenen empirischen Ausgabentwicklung (also bei gegebener 'Kostenexplosion!') der Lohnanteil am Sozialprodukt gestiegen, dann wäre der Beitragssatz sogar *gefallen*. Mit der scheinbar sachlich-neutralen Anbindung der Finanzierung an die Lohnentwicklung werden also tatsächlich fundamentale inhaltliche Entscheidungen getroffen, die möglicherweise von vielen Beteiligten nicht einmal intendiert sind« (Kühn 1995, 157).

Dabei ist zu bedenken, daß die als ökonomische Begründung für den Umbau des Gesundheitswesens herangezogenen angeblich steigenden »Lohnnebenkosten« als Beiträge der Arbeitgeber zur GKV in der Bruttolohn- und nicht in der Gewinnquote enthalten sind. Durch die Berufung auf eine »Kostenexplosion« in der Gestalt steigender Beitragssätze zur Krankenversicherung werden material-rationale Fragen der bedarfsgerechten Versorgung unter die Politische Ökonomie der Einkommensverteilung zwischen Kapital- und Arbeit subsumiert:

»Ist dieser Kontext erst einmal fixiert und legitimiert, dann müssen alle Steuerungsmedien, ob Markt, Recht, professionelle Norm oder Expertise so eingesetzt werden, daß sie zu Transformationsmechanismen werden, die dafür sorgen, daß die makroökonomischen Imperative in den mikroökonomischen, institutionellen Entscheidungen der Arztpraxis, des Krankenhauses oder der Sozialstation auch nachvollzogen, d.h. gegenüber den Patienten exekutiert werden« (Kühn 1995, 158).

Wenn diese Analyse stimmt, dann bieten sich im Prinzip zwei Typen von Reformen im Gesundheitswesen an. Der erste Typ von Reformen zielt darauf ab, erstens die vielfach analysierten strukturellen Ineffizienzen des Gesundheitssystems zu beheben, zweitens Niveau und Dynamik der Ausgabenentwicklung auf der Anbieterseite strikter zu kontrollieren und drittens die Finanzierungsgrundlage auf der Einnahmeseite im Sinne des Solidarprinzips der GKV zu verbessern.

Der zweite Typ von Reformen zielt darauf ab, unter dem Eindruck des Kostenarguments auf der Versicherten- bzw. Patientenseite anzusetzen und die als »nicht mehr tragbar« deklarierten Kosten für das Gesundheitswesen zu privatisieren. Diese Lösung hat den Charme, die interessens- und machtgestützte privatwirtschaftliche Wachstumsdynamik des Gesundheitssystems unangetastet zu lassen. Wird dieser Weg gewählt, hat dies allerdings zur Folge, daß Fragen der materialen Rationalität² einer bedarfsgerechten Ge-

2 Den Begriff »materiale Rationalität« entlehne ich Max Weber (1980, 44), der ihn von »formaler Rationalität« unterscheidet: »Als *formale* Rationalität eines Wirtschaftens soll hier das Maß der ihm technisch möglichen und von ihm wirklich angewendeten *Rechnung* bezeichnet werden. Als *materiale* Rationalität soll dagegen bezeichnet werden der Grad, in welchem die jeweilige Versorgung von gegebenen *Menschengruppen* (gleichviel wie abgegrenzter Art) mit Gütern durch die Art eines wirtschaftlich orientierten sozialen Handelns sich gestaltet unter dem Gesichtspunkt bestimmter (*wie immer gearteter*) *wertender Postulate*, unter welchen sie betrachtet wurde, wird oder werden könnte. Diese sind höchst *vieldeutig*«. Ohne die Webersche Typologie des Rationalitätsbegriffs diskutieren zu können, sei doch dreierlei vermerkt: erstens deckt sich die Unter-

staltung des Gesundheitssystems *und* eines effizienten Ressourceneinsatzes zur Verwirklichung des politisch definierten Dienstleistungsauftrags der GKV weitgehend obsolet werden. Zumindest sieben Reduktionen des bzw. Abstraktionen vom zu regulierenden Gegenstand, Gesundheit und gesundheitliche Dienstleistungen, sind notwendig, wird der marktwirtschaftliche Weg der Privatisierung gewählt. In thesenartiger Form sind dies:

1. Gesundheit bzw. gesundheitliche Dienstleistungen müssen als eine bloße Ware verstanden werden. Die komplexen (auch sozialen) Bedingungen der Risikoexposition, der Bewältigung, der personalen und sozialen gesundheitsförderlichen Schutzfaktoren und der Inanspruchnahme von Dienstleistungen bleiben vom Marktdiskurs unthematisiert.
2. Die durch soziale Verhältnisprävention mögliche lebenslagenspezifische Senkung des Krankheitsrisikos und komplementär dazu die Stärkung von sozialen gesundheitlichen Ressourcen geraten, da erstens nicht kommodifizierbar und zweitens dem Krankenversorgungssystem vorgelagert, nicht in den Blick.
3. Der Markt verstärkt das enorme Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit, das sich in schichtspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsraten zeigt. Der Zugang zu und die Qualität von gesundheitlichen Dienstleistungen wird abhängig von der Kaufkraft, das Solidaritätsprinzip wird außer Kraft gesetzt.
4. Ebenso wie die Inanspruchnahme durch das Nadelöhr der Kaufkraft gehen muß, muß das Angebot durch das Nadelöhr der Rentabilität hindurch. Soziale Qualitätsstandards sind dem Markt fremd.
5. Der in seiner lebenspraktischen Autonomie eingeschränkte Kranke muß zu einem souveränen Kunden umdefiniert werden, der frei entscheidet, welche gesundheitlichen Dienstleistungen zu welchem Preis und in welcher Menge er kaufen will. Seine Patientenkarriere wird sequenzialisiert durch eine Kette von stets neu zu treffenden ökonomischen Entscheidungen sowohl des Kranken als auch der rentabilitätsorientierten Anbieter von gesundheitlichen Dienstleistungen.
6. Das als widersprüchliche Einheit von spezifischen (d.h. rollenförmigen) und diffusen Sozialbeziehungen gekennzeichnete Arzt-Patient-Verhältnis (Oevermann 1996), dessen normative Binnenstruktur Parsons (1958) mittels der Orientierungsalternativen als gemeinwohlorientiert, universalistisch, affektiv neutral, leistungsorientiert und funktional spezifisch charakterisiert hat, muß in eine warenförmige Beziehung transformiert werden.

scheidung zwischen formaler und materialer Rationalität nicht mit der Unterscheidung zwischen mikro- und makrosozialen Phänomenen (auch eine Lebensführungspraxis kann formal rationalisiert sein). Zweitens kommt es bei Weber zu lebensordnungs- bzw. wertsphärenspezifischen Bedeutungsdifferenzierungen des Duals formal/ material. Drittens ist formale Rationalität nicht identisch mit Zweckrationalität; auch zweckrationales Handeln kann material rational beurteilt werden (vgl. Weber 1980, 45).

7. Ökonomische Rationalität muß auch im Gesundheitswesen durchgängig die Form von Rentabilität annehmen, ohne daß durch das kommodifizierte Patientenhandeln der Ressourceneinsatz auf der Anbieterseite rationalisiert wird. Alle Konzepte, die die Gewichte im Systems der komplexen »Mehrfachsteuerung« (Alber 1992, 14) des Gesundheitswesens zugunsten des Marktmechanismus verschieben, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie mit den Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung kompatibel sind. Der Diskussion um die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung, die sich als *soziale* Krankenversicherung dem Marktmechanismus bislang weitgehend entzieht, kommt deshalb eine strategische Bedeutung zu.

2. Das Gesundheitsstrukturgesetz und seine Folgen

Die jahrzehntealte Diskussion um eine Reform der GKV, die 1990 in den zunächst folgenlos gebliebenen Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Deutscher Bundestag 1990) mündete, flammte schon kurz nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) wieder auf. Das Ende 1992 in einer großen Sachkoalition beschlossene Gesundheitsstrukturgesetz bedeutete einen Bruch mit der Kostendämpfungspolitik der siebziger und achtziger Jahre. Diese hatte sich darauf beschränkt, unter weitgehender Konservierung der Versorgungs-, Regulierungs- und Organisationsformen die seit Mitte der siebziger Jahre gestiegenen Beitragssätze zur GKV durch eine Reduktion von Versicherungsleistungen durch Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungsregelungen zu stabilisieren. Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) aus dem Jahr 1989 war der zunächst letzte Versuch gewesen, unter Verzicht auf Strukturveränderungen Gesundheitspolitik als Kostendämpfungspolitik zu betreiben. Die Kostenverlagerungen auf die Versicherten und Einnahmeerhöhungen hatten nur kurzzeitige Effekte; bereits im Oktober 1992 lag der durchschnittliche Beitragssatz auf einem höheren Niveau als vor dem Gesundheitsreformgesetz.

Auch für das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) war die Entwicklung des GKV-Beitragssatzes - seit dem GRG war der »Grundsatz der Beitragssatzstabilität« im Sozialgesetzbuch (SGB V §§ 71 bzw. 141 Abs. 2) verankert - Ausgangspunkt der Diskussion. Aber unter den Bedingungen des nach wie vor bestehenden Problemdrucks, des Scheiterns des Instrumentariums der Kostendämpfungsgesetze, einer politischen Pattsituation zwischen Bundestag und Bundesrat, einer Paralyisierung des Einflusses der FDP, die als traditionelle Vertreterin der Interessen von Ärzten und Pharmaindustrie zugleich aber auch die Verwertungsbedingungen des nichtmedizinischen Teils des Kapitals im Auge haben muß, und einer Beschleunigung des Diskussions- und Gesetzgebungsverfahrens, die dem Lobbyismus wenig Chan-

cen gab, kam es mit dem GSG zu einem Gesetzeswerk, das Reiners (1993a, 32) zu recht als »Wendepunkt in der Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit« bezeichnet. Es besteht aus vier Komponenten (vgl. Knieps 1994, 31): aus sofort wirksamen Kostendämpfungsmaßnahmen (z.B. die zeitlich befristete sektorale Budgetierung, Preissenkungen und neue Zuzahlungsregelungen), kurzfristig wirkenden Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, mittelfristig wirkenden Ansätzen zur Umgestaltung der Leistungserbringung sowie mittel- und langfristig wirkenden Maßnahmen zur strukturellen Erneuerung des Gesundheitswesens.

Von den beschlossenen Strukturreformen ist die Organisationsreform der GKV die tiefgreifendste. Kern der Neuordnung des Krankenkassensystems sind das individuelle Kassenwahlrecht und der Risikostrukturausgleich. Die GKV war seit ihrer Gründung einem berufsständischen Gliederungs- und Zuweisungsprinzip verhaftet geblieben. In vier Punkten läßt sich mit Reiners (1993a, 33) die Kritik am gegliederten System zusammenfassen:

- »-Die Zuweisung von Arbeitern zu Pflichtkassen stellt eine unzulässige Benachteiligung gegenüber den Angestellten dar, die die Wahlmöglichkeit zwischen der Pflichtkasse und einer Ersatzkasse haben.
- Das berufs- und betriebsbezogene Gliederungsprinzip der GKV führt zu einem verzerrten Wettbewerb, da die einzelnen Kassen unterschiedliche Möglichkeiten der Beeinflussung der Risikostruktur ihrer Versicherten haben.
- Die durch die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassenarten entstandenen Beitragsunterschiede von bis zu 8 Prozentpunkten innerhalb einer Region sind eine nicht hinzunehmende Verletzung des Solidaritätsprinzips.
- Die Wettbewerbsverzerrungen im GKV-System schwächen entscheidend die Verhandlungspositionen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Es besteht die Tendenz zu einer Aufschaukelung des Vergütungsniveaus, indem wohlhabende Kassen großzügige Verträge abschließen, denen sich die anderen nolens volens anschließen müssen, um nicht in den Geruch der 'Arme-Leute-Kasse' zu gelangen.«

In der Diagnose der grundlegenden Verwerfungen des gegliederten Systems waren und sind sich Wissenschaftler und Politiker verschiedenster Couleur weitgehend einig. Im Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestags »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Deutscher Bundestag 1990) wurden differenzierte Reformvorschläge ausgearbeitet. Ziel der im Gesundheitsstrukturgesetz ergriffenen Maßnahmen (Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich) war es, die Selbststeuerungsfähigkeit des Systems der Selbstverwaltung zu sichern und damit die Dynamik ständig neuer staatlicher Interventionen zu begrenzen. Dazu wurde auf eine Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen gesetzt. Wettbewerb gab es selbstverständlich auch im alten, berufsständisch gegliederten System der GKV. Nur handelte es sich dabei um einen Wettbewerb der Kassen um versicherungstechnisch »gute Risiken« mit desastösen Folgen für das gesamte System. An die Stelle des Wettbewerbs um

»gute« Versicherte sollte der Wettbewerb der Kassen um eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung der Versicherten treten. Die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Kassen der GKV führte nun aber ein dem hegemonialen wirtschaftsliberalen Diskurs der Gesundheitsökonomie entnommenes Element in ein bislang ganz anders strukturiertes System ein, in die *soziale* Krankenversicherung. Wettbewerb und die Prinzipien der sozialen Krankenversicherung stehen in einem Spannungsverhältnis zueinander, sie sind nicht zusammenzufügen, ohne daß entweder die Gestaltungsprinzipien der sozialen Krankenversicherung unterminiert werden oder aber der Wettbewerb die ihm zugeschriebenen Steuerungswirkungen nicht entfalten kann.

Die wettbewerbliche Orientierung ist aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) bekannt. Die PKV unterliegt bekanntlich nicht dem Solidaritäts-, sondern dem Versicherungsprinzip. Für das Versicherungsprinzip ist entscheidend, daß die versicherungstechnische Schätzung des zu versichernden Risikos eine Kalkulation der Beiträge nach dem Äquivalenzprinzip gestattet. Dieses Prinzip stellt eine Äquivalenzbeziehung zwischen den risikoabhängigen Beiträgen der Versicherten und den Versicherungsleistungen her. In der GKV hingegen wird das Versicherungsprinzip durch das Prinzip einer bedarfsorientierten Umverteilung (Ganßmann/Weggler 1991) gebrochen, d.h., die Beiträge werden nach der Zahlungsfähigkeit und die Leistungen nach Bedarfskriterien bemessen. Gegenüber reinen beitragsorientierten Risikoversicherungen sind die Umverteilungseffekte innerhalb der Versichertengemeinschaft hier nicht mehr nur je individuell, sondern gehorchen kollektiv geteilten sozialstrukturellen Merkmalen. So werden in der GKV zum einen für unterschiedlich hohe Beiträge vielfach gleiche Leistungen (Umverteilung von höheren zugunsten niedriger Einkommen) und zum anderen trotz gleich hoher Beiträge unterschiedliche Leistungen gewährt (Umverteilung von Unverheirateten und kinderlosen Ehepaaren zugunsten mitversicherter Familienangehöriger). Eben darin drückt sich das Solidaritätsprinzip aus, das eines von mehreren aufeinander verweisenden Gestaltungselementen ist, die das Regulierungsmodell der GKV kennzeichnen. Weitere Grundelemente sind die parafiskalische Aufgabenerfüllung, die kooperative Selbstverwaltung durch Arbeit und Kapital, das Sachleistungsprinzip und die Festsetzung von Leistungen und Preisen der Versorgung durch Verhandlungen zwischen den Kassen und den Verbänden der Leistungserbringer unter staatlicher Aufsicht (vgl. Rosenbrock 1994, 191). Aufgabe der GKV ist,

»durch Verträge, Finanzierung und Strukturbeeinflussung die Anbieter gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Güter und Dienstleistungen so zu steuern, daß bevölkerungsweit die sozial und ökonomisch undiskriminierte Versorgung mit den medizinisch und gesundheitlich als notwendig und zweckmäßig erachteten Versorgungsleistungen zu möglichst geringen Kosten auf Dauer sichergestellt ist.« (ebd., 190)

Reformmaßnahmen sind daran zu messen, ob sie besser als das bisherige System zur Erreichung dieses Zieles und zur Behebung der strukturbedingten Defizite des deutschen Gesundheitssystems beitragen.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat den sozialen Dienstleistungsauftrag durch die drei Momente *Wahlfreiheit*, *Risikostrukturausgleich* und *Kontrahierungszwang* mit dem Instrument des Wettbewerbs zu verbinden gesucht.

Für neue Mitglieder besteht seit dem 1.1.1996, für Kassenwechsler zum 1.1.1997 das Kassenwahlrecht, d.h. die Versicherten können zwischen AOK, Ersatzkasse sowie Betriebs- und Innungskrankenkassen, falls diese sich öffnen, wählen. Die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten ist damit aufgehoben, wie auch der Sinn der Unterscheidung zwischen verschiedenen Kassenarten (sofern sich BKKn und IKKn öffnen) aufgehoben wird (Sondersysteme bleiben die Knappschaft, die Seekasse und die Landwirtschaftlichen Kassen).

Der Verhinderung der Risikoselektion dienen der Kontrahierungszwang und der Risikostrukturausgleich. Wettbewerb und Solidaritätsprinzip sollen auf diese Weise harmonisiert werden. Der Kontrahierungszwang soll verhindern, daß Krankenkassen versicherungstechnisch »schlechten« Risiken die Aufnahme verweigern; der Risikostrukturausgleich dient einerseits der Schaffung von Chancengleichheit im Wettbewerb, andererseits soll er Strategien der Risikoselektion durch die Kassen entgegenwirken. Die dem berufsständischen Zuweisungsprinzip geschuldeten bislang unterschiedlichen Chancen der Kassen, die »Risikostrukturkomponenten« ausgewogen zu halten, d.h. die Verzerrung des Wettbewerbs zu einem Wettbewerb um »gute« Risiken statt um gute Leistungen, sollen durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden.

3. Chancen und Risiken des Wettbewerbs

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Debatte um Reichweite, Chancen und Risiken einer stärker wettbewerblich ausgerichteten Krankenversicherung nicht beendet, sondern erst angestoßen. Unterschiedliche Entwicklungspfade, die in unterschiedlichem Grade mit den Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung vereinbar sind, waren und sind denkbar. Dabei können Reformüberlegungen danach unterschieden werden, ob sie auf die Binnenstrukturen der GKV, also die *Wettbewerbsordnung*, auf die *Wettbewerbsfelder* oder die Weiterentwicklung der *Finanzierungsgrundlagen* zielen.

Wettbewerbsordnung

Der erste Diskussionspunkt betrifft die Gestaltung des Risikostrukturausgleichs. Für seine Konstruktion wurden im GSG drei Entscheidungen getroffen:

1. Der Ausgleich wird überregional, aber zunächst für die alten und neuen Bundesländer getrennt, organisiert. Für den überregionalen Bezug spricht, daß auch das Solidaritätsprinzip der GKV kein regionales ist, sondern die Gesamtheit der Versicherten umgreift.

2. Der Ausgleich ist kassenartenübergreifend und nicht kassenartenintern organisiert. Dies ergibt sich zwingend daraus, daß erstens die Unterscheidung zwischen *Kassenarten* durch freie Kassenwahl und Kontrahierungszwang keine Realität mehr ist und zweitens ein kassenarteninterner Ausgleich die Risikoverwerfungen insbesondere innerhalb der AOKs nicht ausgleichen könnte.

3. Es handelt sich um einen einnahmeorientierten Risikostrukturausgleich, nicht um einen ausgabenorientierten Finanzausgleich. Auszugleichende Risikostrukturkomponenten sind die Grundlohnsumme als Finanzierungspotential, die Familienlastquote und die Alters- und die Geschlechtsstruktur einer Kasse. Der ausgabenorientierte Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner wird - da ja ein altersbezogener Risikoausgleich vollzogen wird - aufgegeben, weil er keinen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln gibt.

Um ausgeklügelte Selektionsstrategien von Kassen einzudämmen und um Wettbewerbsverzerrungen zu begegnen, werden Modifizierungen des Risikostrukturausgleichs diskutiert. Auf drei Aspekte werde ich eingehen³.

1. Unumgänglich ist, daß zumindest die Versichertengruppe der sog. »Härtefälle«, also derjenigen Versicherten, die von Zuzahlungen befreit sind, in den Ausgleich einbezogen wird. Allein die Notwendigkeit der Erörterung einer Modifizierung des Risikostrukturausgleichs zeigt, daß der Krankenkassenwettbewerb kein Instrument ist, das gleichsam wie von selbst die Krankenversorgung nach materialen Kriterien rational steuert. Den Kassen werden vielmehr Handlungsimperative auferlegt, die dem Dienstleistungsauftrag der GKV widersprechen. Ich werde auf diese Imperative unten näher eingehen.

2. Der zweite Punkt berührt den Arbeitgeberbeitrag. Soll verhindert werden, daß die Wahlfreiheit der Arbeitnehmer durch den Druck ihrer Arbeitgeber, die Kasse mit den niedrigsten Beitragssätzen zu wählen, ausgehöhlt wird, muß ein Mechanismus geschaffen werden, der dies verhindert und die Wahlfreiheit sichert. Reichelt und Knieps (1996) haben deshalb vorgeschlagen, den Arbeitgeberbeitrag auf die Hälfte des durchschnittlichen Beitragssatzes zu beschränken und die Verteilung der gesamten Beitragseinnahmen weiterhin nach den kassenindividuellen Beitragssätzen erfolgen

3 Weitere Aspekte wären die Gestaltung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung der Rentner, die für Ost- und Westdeutschland getrennte Durchführung des Risikostrukturausgleichs und Fragen der Organisation und Funktion der staatlichen Aufsicht.

zu lassen. Dadurch könnten interessensbedingte Beeinflussungsversuche der Arbeitgeber auf die Wahl der Krankenkasse von Versicherten neutralisiert, zusätzliche Verwerfungen zwischen den Kassen vermieden und zugleich das paritätische Finanzierungsmodell der GKV gesichert werden.

3. Als drittes ist das Problem unterschiedlicher Beitragssatzregionen zwischen den Kassen»arten« zu nennen. Aus einer Vielzahl von Gründen führt das Nebeneinander von regionalen und bundesweiten Beitragssatzregionen zu ausgesprochenen Wettbewerbsverzerrungen, ermöglichen doch die überregionalen Beitragssätze der Ersatzkassen eine Mischkalkulation, die unter vier Gesichtspunkten kritikwürdig ist (vgl. Jacobs 1994, 34ff): erstens büßt der Preis seinen Informationswert ein, zweitens wird die Solidarität zwischen den Mitgliedern der überregionalen Kassen, die Regionaltransfers leisten, belastet, drittens vermindert der überregionale Beitragssatz das Interesse dieser Kassen, die regionale Leistungserbringung zu beeinflussen, obwohl doch gerade auf regionaler Ebene Verträge mit den Leistungserbringern abgeschlossen werden sollen, und schließlich ist der überregionale Beitragssatz ein Anreiz, eine Mitgliederselektion zu betreiben, nun aber nicht nach alters-, geschlechts-, einkommens- oder Mitversichertengesichtspunkten, sondern nach Maßgabe regionaler Gesichtspunkte. Diese Probleme ließen sich zumindest entschärfen, wenn für alle Kassen einheitliche Beitragssatzregionen festgelegt werden.

Wettbewerbsfelder

Wurde bisher diskutiert, wie eine Wettbewerbsordnung zu gestalten ist, um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als *Instrument* mit den Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung kompatibel zu gestalten (»Solidarische Wettbewerbsordnung«), so geht es bei der Frage nach den Wettbewerbsfeldern bzw. -inhalten um grundlegendere Fragen der Entwicklungsrichtung des Krankenversicherungssystems. Das Gesundheitsstrukturgesetz hatte diesen Fragekomplex derart beantwortet, daß der durch die Wahlfreiheit initiierte Wettbewerb sich bei weitgehend identischem, da gesetzlich definiertem Leistungskatalog auf Beitragssatz und Service beschränkt. Die Diskussion nach Verabschiedung des GSG drehte sich dann auch wesentlich um die Wettbewerbsparameter, die den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden sollen. Für die marktwirtschaftliche Gesundheitsökonomie ist die Ausweitung der Wettbewerbsfelder neben der Erhöhung der Selbstbeteiligung und der Ersetzung des Sach- durch das Geldleistungsprinzip wesentliches Ziel ihrer Bestrebungen.

Zu unterscheiden sind drei mögliche Wettbewerbsfelder: der Leistungskatalog der GKV, die Eingrenzung der Leistungserbringer und die Vertragsgestaltung.

Leistungskatalog als Wettbewerbsfeld. Kern der Überlegungen in dieser Hinsicht ist die Ausdifferenzierung des Leistungskatalogs in Basis- bzw. Pflicht- und Wahlleistungen. Wird die Versicherungspflicht auch in marktradikalen Konzeptionen nicht abgeschafft (obwohl sie für den reinen Typ der Marktsteuerung entbehrlich ist), so soll doch die »Konsumentensouveränität« des Versicherungsnehmers durch Wahltarife erhöht werden. In einer Variante sollen die weiterhin solidarisch finanzierten Basisleistungen das medizinisch Notwendige und die Wahlleistungen das zwar medizinisch Machbare, aber nicht unbedingt Notwendige beinhalten. In einer radikaleren Version sollen die Basisleistungen nur die sogenannten »Großrisiken« sozial absichern. Folgende Probleme sind mit der Aufteilung des Leistungskatalogs in Wahl- und Pflichtleistungen verbunden.

Es ist bislang noch niemandem gelungen, medizinisch Notwendiges von zwar medizinisch Wünschbarem, aber nicht Notwendigem plausibel abzugrenzen. Das SGB V stellt Leistungserbringer, Versicherte und Krankenkassen schon bislang vor die Aufgabe, daß Leistungen »wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden« (SGB V § 2 Abs.4). Es ist mehr als fragwürdig, warum zur Durchsetzung dieser geltenden gesetzlichen Bestimmung ein Systemwechsel erforderlich sein soll. Die Versicherten haben nach § 11 SGB V Anspruch auf Leistungen, die der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten sowie der Förderung ihrer Gesundheit dienen. Nichts spricht jedoch dagegen, den Leistungskatalog der Kassen nach medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Kriterien auf ihre Wirksamkeit hin zu durchforsten.

Werden Leistungen, die der Krankenbehandlung dienen, wie etwa die Zahnbehandlung, ausgegrenzt, hätte dies fünf Effekte: erstens würden diese Ausgaben zwar die GKV entlasten, im Gegenzug aber die Versicherten belasten; zweitens wären die Versicherten der Angebotsmacht der Anbieter ausgesetzt; drittens würde sich dadurch das Arzt-Patient-Verhältnis grundlegend in ein Verhältnis von Marktagenten verwandeln; viertens hätte die GKV keine Chance mehr auf eine Steuerung des Angebotsverhaltens und schließlich würde die GKV ihren Solidarcharakter verlieren. Das Krankheitsrisiko wäre privatisiert und individualisiert, seine Absicherung an die zahlungsfähige Nachfrage gebunden. Dieselben Effekte ergäben sich, sollte der Weg gewählt werden, nicht Leistungen in Pflicht- und Wahlleistungen aufzuteilen, sondern mit unterschiedlich hohen Selbstbeteiligungstarifen (dem zweiten Lieblingskind der Marktradikalen) zu verbinden. Leistungsdifferenzierende Wahltarife sind stets mit Prozessen der Entsolidarisierung verbunden. Kassenintern reduzieren sie den Solidarbeitrag auf den Pflichtversicherungsschutz. Im Wettbewerb stehende Kassen

haben ein Interesse daran, den Wahltarif möglichst niedrig zu halten, um die zahlungskräftige und zugleich risikoärmere Klientel für sich zu gewinnen. Auf diese Weise wird auch kassenübergreifend eine Entsolidarisierung herbeigeführt. Es kommt zu einer Verstärkung der Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen. Die Kassen mit den »schlechteren Risiken« sind aufgrund ihrer ungünstigeren Einnahme- und Ausgabestruktur gezwungen, höhere Beiträge zu verlangen als die reicheren Kassen, was wiederum das Solidaritätsprinzip verletzt. Da ihre Verhandlungsmacht gegenüber der Anbieterseite geschwächt ist, müssen ihre Mitglieder damit rechnen, daß sie - sofern sich ihre Leistungsansprüche nicht überhaupt auf den Basiskatalog beschränken - gegenüber den Versicherten der reicheren Kassen auch als Patienten weniger zuvorkommend behandelt werden.

Sind im Wettbewerb stehende Kassen gezwungen, um die sogenannten »guten« Risiken zu konkurrieren, so führt dies zur Selektion, die mit subtileren Mitteln trotz Kontrahierungszwang betrieben werden wird. Da an Wahlтарifen vornehmlich diejenigen ein Interesse haben, die ein höheres Einkommen haben, denn sie sind schließlich Nettozahler, sammeln sich in den Wahlтарifen die Besserverdienenden, die auch sozialepidemiologisch die geringeren Morbiditätsrisiken haben. Man kann es also drehen und wenden, wie man will: »Jedes Modell, das Wahlтарife kennt, macht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht nur vom Bedarf, sondern von der Zahlungsfähigkeit abhängig« (Deutscher Bundestag, 1990, 166).

Auswahl von Leistungsanbietern. Die Grundidee formuliert die Wissenschaftliche Arbeitsgruppe »Krankenversicherung« (1988, 82):

»Wenn man davon ausgeht, daß einzelne Ärzte oder Krankenhäuser eine qualitativ gleichwertige medizinische Versorgung zu unterschiedlichen Kosten bereitstellen, so ist es eine sinnvolle Strategie, Ärzte und Krankenhäuser, die gute medizinische Qualität zu geringeren Kosten anbieten, in Leistungspakete zusammenzufassen«.

Dieses Grundanliegen kann in verschiedenen organisatorischen Varianten umgesetzt werden, wie etwa den Health Maintenance Organizations (HMO), die in den USA privatwirtschaftlich, in der Schweiz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung betrieben werden, und verschiedene Varianten des von der SPD entwickelten »Einkaufmodells«. Eine differenzierte Diskussion der einzelnen Modelle ist hier nicht möglich. Vier Risiken des Wettbewerbs auf der Anbieterseite, die mit dem erwarteten Nutzen ins Verhältnis gesetzt werden müßten, sollen aber doch genannt werden:

Erstens besteht das Risiko der Patientenselektion. Unter der Bedingung, daß konkurrierenden Ärzten bzw. Krankenhäusern das wirtschaftliche Risiko aufgeladen wird, wie es bei prospektiven Finanzierungsmethoden der Fall ist, haben die medizinischen Einrichtungen an bestimmten Patiententypen kein Interesse. Es handelt sich um diejenigen Versichertengruppen, die

alt sind, die chronisch krank sind und die sozialepidemiologisch ein erhöhtes Morbiditätsrisiko haben, also um die unteren Sozialschichten. Es ist nicht leicht einzusehen, wie ein Wettbewerb um dieses Klientel organisiert werden kann. Es versteht sich von selbst, daß die Strategie der Patientenselektion um so wahrscheinlicher wird, je differenzierter das Leistungsangebot der nachfragenden (ebenfalls konkurrierenden) Versicherungen gestaltet ist.

Zweitens besteht die Gefahr des Qualitätsverlusts. Damit soll nicht ein prinzipieller Gegensatz von Wirtschaftlichkeit und Qualität behauptet, aber doch die empirisch abgesicherte These vertreten werden, daß konkurrierende rentabilitätsorientierte Organisationen dem Druck nachzugeben tendieren, die zeitaufwendigen, pflege- und personalintensiven Aspekte von Qualität zu reduzieren. Wettbewerb muß keinesfalls zur Steigerung der Produktivität in der Organisation führen. Produktivitätssteigerungen sind zwar durch Organisationsentwicklung möglich und in vielen Einrichtungen auch nötig. Ihre Grenzen sind aber durch das zeit- und personalintensive interaktive Moment bei der Behandlung nur schwer standardisierbarer Erkrankungen multimorbider Patienten gezogen. Möglich und wahrscheinlich sind dagegen u.a. Strategien der Absenkung sozialer Qualitätstandards. Eine andere Gefahr ist die Trendverstärkung mißlicher Entwicklungen:

»Wettbewerb führt zu einer Leistungsstruktur und Qualität der Medizin, in der die zentralen Fehlentwicklungen noch schärfer ausgesprägt sein werden: zuviel Technik und Medikamente bei zuwenig Kommunikation, zuviel Diagnose, aber zuwenig bzw. schlechte Therapie, zuviel Medizin und zuwenig bzw. schlechte Pflege« (Kühn 1994, 23).

Drittens besteht die Gefahr eines Verlusts an politischer Steuerung des Angebots gesundheitlicher Dienstleistungen. Kapitalistische Wirtschaften sind dadurch gekennzeichnet, daß das Angebot von Gütern und Dienstleistungen durch das »Nadelöhr der Rentabilität« gehen muß und der Bedarf die Form zahlungsfähiger Nachfrage erhält. Soll das Primat einer bedarfsorientierten Versorgung aufrechterhalten werden, dann ist sicherzustellen, daß auch nicht-rentable, aber dennoch gesundheitlich notwendige Angebote zur Verfügung stehen. Dies betrifft nicht nur bestimmte (etwa ländliche) versorgungsschwache Regionen, bestimmte Sektoren des kurativen und rehabilitativen Systems (etwa in der Versorgung psychisch Kranker) und Funktionen wie den Notfalldienst und den Rettungsdienst. Nicht mehr Wettbewerb und unternehmerisches Handeln, sondern gemeinsame Planung, Koordination und Verantwortung für die Sicherstellung sind in vielen Bereichen des Gesundheitswesens notwendig.

Viertens ist an dieser Stelle kurz auf die Arzt-Patient-Beziehung einzugehen. Das von Parsons (1958) analysierte, das professionelle ärztliche Handeln leitende Muster von Orientierungsalternativen (zu nennen ist an erster Stelle die Gemeinwohl- statt der Selbst- bzw. Gewinnerorientierung) wird

dann unterminiert, wenn durch die Organisation der Leistungserbringung und durch das finanzielle Anreizsystem *nicht*-medizinische Aspekte in Diagnose, Therapie und Steuerung des Patienten durch das Versorgungssystem eingehen. Dies ist bereits jetzt zumindest graduell der Fall (Mengen- ausweitung durch den Anreiz der Einzelleistungsvergütung, Ausweitung des Einsatzes technischer Apparate aufgrund des Amortisierungszwangs etc.). Eine besondere Dramatik kann dieser Trend dann erhalten, wenn das Rentabilitäts- und d.h. auch das Einkommensinteresse des Arztes ihn verleitet, eine sozial differenzierte klinische Praxis zu betreiben. Diese Verletzung sowohl des normativen Gebots der Gemeinwohlorientierung wie auch des moralischen Universalismus' ist mit der Übernahme des wirtschaftlichen Risikos durch den Anbieter gesundheitlicher Dienstleistungen gegeben.

Die vorgetragenen Argumente sprechen nicht generell gegen die Verpflichtung von Arztgruppen durch die Krankenkassen und für das Angebotsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wohl aber sind die angesprochenen Risiken bei der Ausgestaltung von Instrumenten der Auswahl von Anbietern zu berücksichtigen.

Erweiterte Vertragsfreiheit. Ebenso wie die Auswahl des Angebots ist auch eine Erweiterung der Vertragsfreiheit ein Instrument, das den Krankenkassen ein größeres Maß an Einfluß auf die Struktur des Versorgungsprozesses gestatten soll. Statt bloße Finanziere zu sein, sollen sich die Krankenkassen versorgungsinhaltlichen Fragen widmen. Der das deutsche Gesundheitssystem charakterisierende strikte Dualismus von Finanzierung einerseits und Leistungserbringung andererseits wird dadurch aufgelockert. Vor allem in diesem Bereich kann der Wettbewerb als Instrument die innovative Gestaltung von Versorgungsprozessen fördern. Dazu gehören sowohl die Wahl des Vergütungssystems als auch die Förderung von integrativen Versorgungsformen, die Kooperation von Berufsgruppen oder die Frage der Organisationsform für die ambulante ärztliche Praxis.

Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen der GKV

Ein anderer Aspekt, der im GSG nicht weiter verfolgt wurde, ist die Frage der Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen der GKV. Dabei handelt es sich keineswegs um nur finanztechnische Regelungen, sondern um Bestimmungen, die den sozialen Gehalt der GKV berühren. Mit einer Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen kann der makroökonomische Druck auf die GKV (ihre Abhängigkeit von der funktionalen Einkommensverteilung) abgeschwächt, ihre Position im Wettbewerb mit der PKV verbessert und das Solidaritätsprinzip gestärkt werden. Das Solidaritätsprinzip würde

am besten verwirklicht, wenn mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze alle Arbeitnehmer in die GKV einträten. Würde zudem das Beihilferecht für Beamte abgeschafft, würde dies die Finanzierungsbasis der sozialen Krankenversicherung deutlich verbessern. Ebenso kommt eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Frage. In beiden Varianten (Aufhebung oder Anhebung) ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze denkbar. Zwei andere Varianten sind dagegen problematischer (vgl. Reiners 1994, 25): würde bei konstanter Versicherungspflichtgrenze die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, böte dies den Beziehern höherer Einkommens einen Anreiz, zur PKV zu wechseln; wenn die Beitragsbemessungsgrenze völlig aufgehoben würde, besteht die Gefahr, daß die GKV in dem Klientel der höheren Einkommensbezieher, die ja in der GKV als »gute« Risiken notwendig sind, an Akzeptanz verliert.

4. Die Zukunft der »Dritten Stufe der Gesundheitsreform«

Die letztlich Gestaltung der sog. 3. Stufe der Gesundheitsreform ist bei Abfassung dieses Beitrags (Anfang Januar 1997) noch nicht ausgemacht. Aber es ist möglich, ein »best case«- und ein »worst case«-Szenario zu entwerfen und Vermutungen über den vorläufigen Ausgang der Diskussion um die »Dritte Stufe« zu formulieren.

Zunächst zum »best case«-Szenario. Resümieren wir dazu die Erörterung der Stärkung von Marktelementen im Steuerungssystem der GKV, so kommen wir zu dem Ergebnis, daß einzig auf dem Gebiet der Vertragsgestaltung - und mit Vorsicht auch auf dem Feld der Verpflichtung von Leistungsanbietern - eine Stärkung von wettbewerblichen Elementen mit dem Solidaritätsprinzip der GKV vereinbar ist. Differenzierungen des Leistungsangebots, sei es über Leistungsausgrenzungen oder die Einführung von Wahltarifen oder tarifabhängige Zuzahlungsquoten hebeln dagegen das Prinzip einer bedarfsorientierten Versorgung aus. Als »best case«-Szenario mit einigem Reiz zeichnet sich also eine Reform des bisherigen Steuerungssystems mit folgen Elementen ab:

- Wahlfreiheit für die Versicherten und Kontrahierungszwang für die Kassen;
- Wettbewerb nicht-gewinnorientierter öffentlich-rechtlich verfaßter gesetzlicher Krankenkassen;
- Regulierung des Binnenverhältnisses der Krankenkassen durch eine Wettbewerbsordnung mit einem dauerhaften und modifizierten bundesweiten kassen»arten«übergreifenden Risikostrukturausgleich;
- Beitragssatz, Kundenfreundlichkeit und Vertragsgestaltung als Wettbewerbsparameter;
- einem weitgehend einheitlichen Leistungskatalog aller Krankenkassen;

- einer solidarischen Finanzierung des Krankheitsrisikos bei Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen.

Als *Steuerungstyp* verlangt dieses Modell die Übertragung des Versorgungsauftrags an die GKV einerseits und die Aufhebung von Kartellen auf der Anbieterseite (Kassenärztliche Vereinigungen) andererseits. Die makroökonomische Einbindung (»Kostenexplosion«) kann über eine flexible Budgetierung der Gesamtausgaben erreicht werden.

Durch diesen Steuerungsmix kann der Wettbewerb - so die Idee - als Instrument einer innovativen Gestaltung von Vertrags- und Versorgungsgeschehen verbunden werden mit dem Solidaritätsprinzip einer sozialen Krankenversicherung, die auch weiterhin das Krankheitsrisiko vollversichert und zugleich die GKV-Gesamtausgaben deckelt. Die Krankenkassen würden zu Gestaltern der Krankenversorgung, die Steuerungsfähigkeit der Selbstverwaltung würde gestärkt und der Entscheidungsspielraum der Versicherten erweitert⁴.

Bei aller Attraktivität dieses von kapitalistischer Marktwirtschaft und verstaatlichtem Gesundheitswesen gleich weit entfernten Mischmodells ist (noch einmal) auf seine (zumindest) drei Schwächen aufmerksam zu machen. Erstens wird der Kassenwettbewerb trotz Risikostrukturausgleich und Kontrahierungszwang als Wettbewerb nicht um den Versicherten schlechthin, sondern um den versicherungstechnisch »guten« Versicherten (d.h. nicht um den chronisch kranken, alten und sozial schwachen Patienten) geführt werden. Zweitens birgt die Initiierung von Wettbewerb auf der Seite der Anbieter gesundheitlicher Dienstleistungen (vor allem der Ärzte) - ohne den der Markt mit gravierenden Folgen unvollständig bleibt - die Gefahr der Erosion professioneller, d.h. besonders gemeinwohlorientierter und universalistischer Standards. Drittens schließlich ist in diesem Modell die staatliche Verantwortung für die Ermittlung des Bedarfs und die Sicherstellung der Versorgung aufgegeben: wie im Marktmodell erfolgt die Bedarfsermittlung über die Versicherungsentscheidungen der Versicherungsnehmer und über das unternehmerische Handeln der Kassen; weder regional noch überregional ist eine politische Steuerung der Versorgungsstruktur (etwa über kommunale Gesundheitskonferenzen) mehr möglich. Dieser Rückzug des Staates aus der politischen Verantwortung könnte fatale Folgen für die Bewältigung derjenigen Probleme haben, die vom gegenwärtigen medizinisch-kurativ ausgerichteten System kaum angegangen werden und für die auch der sozial regulierte Wettbewerb kein taugliches Mittel ist: - die Umorientierung des Versorgungssystems vom Paradigma der Akutversorgung zur Behandlung der chronisch-degenerativen Erkrankungen

4 Unter den gesundheitspolitischen Akteuren favorisieren mit Unterschieden im Detail ein derartiges Modell die Spitzenverbände der GKV, die Gewerkschaften und die SPD.

- durch Integration medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste;
- die Förderung gesundheitsgerechter Arbeits- und Lebenswelten durch medizinisch *und* gesundheitswissenschaftlich betriebene Risikosenkung und Stärkung von Gesundheitsressourcen;
 - damit auf das engste verbunden die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit durch eine lebenslagenpezifische soziale Verhaltens- und Verhältnisprävention;
 - die Schaffung einer aussagehaltigen, sozial- und umweltepidemiologisch ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung, die die Formulierung prioritärer Gesundheitsziele und deren Umsetzung und Evaluation erlaubt;
 - die Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der insbesondere für die Bereiche der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, der Sicherstellung der Versorgung und der Prävention die Akteure unter Kooperations- und nicht Wettbewerbsdruck stellt.

Vor dem Hintergrund der Bewältigung dieser Problemkonstellation ist, wie Rosenbrock (1996, 450) zu recht feststellt, die Frage der Gestaltung der Beziehungen der Krankenkassen zueinander ein »nachrangiges Problem«. Das »worst case«-Szenario knüpft an die hegemoniale Diskussion um die »Kostenexplosion« an. Dieses Szenario muß nicht phantasiert werden, ein Blick auf die aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung gibt genügend Hinweise. Zum 1.1.1997 ist das »Beitragsentlastungsgesetz« in Kraft getreten. Das Beitragsentlastungsgesetz hat u.a. folgende Inhalte:

- zum 1.1.1997 sinken die Beitragssätze um 0,4%;
- die Zuschüsse für Zahnersatz entfallen für Versicherte der Jahrgänge 1979 und jünger;
- ebenso entfallen generell die Zuschüsse für Brillengestelle;
- im Bereich der Arzneimittel erhöhen sich die Zuzahlungen auf 4 DM, 6 DM und 8 DM je nach Packungsgröße;
- für Kuren beträgt die Regeldauer nur noch drei Wochen, und eine Wiederholung ist erst nach frühestens vier Jahren möglich. Die Zuzahlung wird für die alten Bundesländer auf 25 DM, für die neuen Länder auf 20 DM pro Tag erhöht;
- das Krankengeld wird um 10% auf 70% des regelmäßigen Bruttoentgelts, aber nicht mehr als 90% des Nettoentgelts reduziert.

Das nicht zustimmungspflichtige »1. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG)« wurde ebenfalls vom Bundestag bereits beschlossen, hat aber den Bundesrat noch nicht passiert. Im 1. GKV-Neuordnungsgesetz ist eine Verbindung zwischen Beitragssatz und Selbstbeteiligung konstruiert: steigt der Beitragssatz z.B. um 0,1%, dann steigen die Zuzahlungen um jeweils 1 DM.

Ein Entwurf für ein zweites GKV-Neuordnungsgesetz wurde vorgelegt und im zuständigen Ausschuß des Bundestags beraten; es wird aber im ersten Quartal des Jahres 1997 überarbeitet und neu in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Im Mittelpunkt des diskutierten 2. GKV-Neuordnungsgesetzes werden folgende vier Punkte stehen:

- der Risikostrukturausgleich wird schrittweise aufgehoben;
- es werden Gestaltungsleistungen eingeführt, deren Finanzierung dem Risikostrukturausgleich entzogen ist;
- den Selbstverwaltungen der Kassen wird ermöglicht, Regelungen zum Selbstbehalt im Rahmen der Kostenerstattung mit entsprechender Beitragsermäßigung einzuführen sowie bestehende Zuzahlungen zu erhöhen;
- die Finanzierung der zahnmedizinischen Versorgung wird von einem prozentualen Zuschuß zu einer Festbetragsregelung umgestellt; Kontrollrechte der Kassen entfallen weitgehend.

Sind auch die Einzelheiten der weiteren Reform noch in der Diskussion, so ist deutlich geworden, daß die Überlegungen zur Weiterentwicklung der GKV nicht auf das Modell der »solidarischen Wettbewerbsordnung« hinczielen; dazu wäre auch (wie beim GSG) das politische Einvernehmen von Bundestag und Bundesrat notwendig. Das nicht unrealistische »worst case«-Szenario der Umgestaltung der GKV folgt dem zu Beginn des Beitrags konstatierten Muster der »paradoxen Kommunikation«: unter Aufrechterhaltung der Rhetorik von einer sozialen Krankenversicherung werden die Krankenkassen zu Agenten einer sozial gestaffelten Rationierung (statt Rationalisierung) gesundheitlicher Dienstleistungen nach Maßgabe der durch die Verteilung des Volkseinkommens zwischen Arbeit und Kapital maßgeblich bestimmten Finanzspielräume der GKV.

In einem »worst case«-Szenario dürfen zwei weitere marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente nicht ungenannt bleiben, die im bereits in Kraft getretenen »Beitragsentlastungsgesetz« und in der Diskussion der zwei GKV-Neuordnungsgesetze eine wichtige Rolle spielen: Selbstbeteiligungen und das Prinzip der Kostenerstattung.

Selbstbeteiligungen

Sollen Selbstbeteiligungen die Wirkung haben, über eine sinkende Nachfrage zur Senkung von Beiträgen zu führen, setzt dies voraus, daß die Nachfrage preiselastisch ist. Der Bedarf nach Gesundheitsgütern ist aber nicht wie der nach Luxusgütern aufschiebbar und abweisbar. Aber selbst wenn dem so wäre, stellt sich die Frage, ob nicht die Diagnose von Krankheit/Behandlungsbedürftigkeit einen offenen Zugang zu gesundheitlichen Gütern und Dienstleistungen erforderlich macht. Selbstbeteiligungen, so sie denn wirken sollen, halten vom Arztbesuch ab und bauen schichtenspezifisch

sche Barrieren vor dem Versorgungssystem auf, ohne daß *nach* Inklusion in das Versorgungssystem das Geschehen in Hinblick auf Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit (i.S. des Ressourceneinsatzes) in irgendeiner Weise beeinflußt wird. Sie setzen beim Versichertenverhalten an und ignorieren, daß nicht der Versicherte, sondern das Angebot an gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten über die Kosten entscheidet.

Sollen Selbstbeteiligungen wirken, sind sie nicht sozial verträglich. Zwischen sozialer Verträglichkeit und Steuerungswirksamkeit besteht ein nicht zu vermittelnder Widerspruch (vgl. Pfaff 1986, 275f). Die sozialen Verteilungswirkungen sind derart, daß sie einerseits zu Lasten von Einkommenschwachen, Alten und chronisch Kranken gehen, andererseits - ohne die Wirtschaftlichkeit zu steigern - die Einkommen von Leistungsanbietern erhöhen. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, daß sich im Kreise der letzteren besonders viele Befürworter von Selbstbeteiligungen finden.

Bei den Bevölkerungsgruppen, die einkommensschwach, chronisch krank und alt sind, besteht sowohl der größte Bedarf nach gesundheitlichen Dienstleistungen als auch die geringste Zahlungsfähigkeit. Es ist genau dieser Sachverhalt, den Befürworter von Marktkonzepten im allgemeinen und von Selbstbeteiligungen im besonderen ignorieren müssen.

Schließlich ist wie bei allen marktwirtschaftlichen Instrumenten das Bürokratieproblem zu erwähnen. Generell gilt, daß Markt und Bürokratie nicht die Antipoden sind, als die sie die liberale Gesundheitsökonomie gerne darstellt. Im Fall der Selbstbeteiligung rührt der teure Verwaltungsaufwand von der Verwaltung der Härtefallregelungen her.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, daß Selbstbeteiligungen immer auch eine Verschiebung der Finanzierungslasten des Gesundheitssystems zugunsten der Arbeitgeber und zu Lasten der Arbeitnehmer bedeuten. Dies erklärt das Interesse nicht nur der pharmazeutischen Industrie an diesem Steuerungsinstrument. Mit der Vergrößerung des Anteils der Gesundheitsausgaben, die nicht GKV-finanziert sind, verliert die GKV Steuerungsmacht und die paritätische Selbstverwaltung ihre Legitimität. Selbstbeteiligungen sind nichts weiter als eine Privatisierung von Kosten des Gesundheitssystems.

Kostenerstattung

Der Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip wird erstens mit einer erzieherischen Wirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und zweitens mit höherer Kostentransparenz und Kontrolle der Leistungserbringer begründet. Das »pädagogische« Argument unterstellt, die Sinnhaftigkeit eines Arztbesuchs sei ex ante eindeutig zu bestimmen. Dagegen ist einzuwenden, daß schon vor dem Beginn der eigentlichen Patientenkarriere, d.h. vor der Inklusion in das Versorgungssystem,

Krankheit bzw. Gesundheit im Laiensystem thematisch ist. Übersteigen die Belastungen schichten- und milieuspezifische Gesundheitsvorstellungen als auch das Selbsthilfepotential der Person und seines sozialen Netzwerks, wird der Arzt kontaktiert (vgl. Dörner 1975). Aber auch für den Arzt ist in vielen Fällen die Sinnhaftigkeit seiner Inanspruchnahme und damit sein therapeutisches Handeln nicht eindeutig zu klären, sondern vielmehr das Ergebnis einer immer *auch* fallspezifischen Diagnose und Therapiestellung. Die Nachfrage nach gesundheitlichen Dienstleistungen ist oft zunächst unspezifisch und gerade deshalb in ihrem erwarteten Gebrauchswert und im Preis nicht antizipierbar.

Die Besonderheit des Gutes Gesundheit wird auch in anderer Hinsicht ignoriert. Die »Pädagogik« der Kostenerstattung unterstellt, daß die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen und Gütern der »Freibiermentalität« folgt, also umso größer ist, je niedriger oder unbekannter der Preis. Dies ist die zweite Generalprämisse der Befürworter eines marktwirtschaftlichen Gesundheitswesens. Sie verkennt, daß der Gebrauchswert von gesundheitlichen Dienstleistungen und Gütern in der Wiederherstellung bzw. graduellen Stärkung der lebenspraktischen Autonomie von Personen liegt, nicht in der Befriedigung luxurierender Bedürfnisse mit Erlebniswert. Je geringer das verfügbare Haushaltseinkommen der Versicherten ist und je größer die etwa nach einem Zahnarztbesuch vorzuschießenden Kosten sind, desto abschreckender ist der Arztbesuch.

Diese fatale gesundheitspolitische Wirkung prägt sich einkommensspezifisch aus. Wieder zeigt sich, daß ein marktwirtschaftliches Instrument immer auch sozial folgenschwere Verteilungswirkungen zeitigt, die unmittelbar die Chancen auf Partizipation an gesundheitlichen Gütern und Dienstleistungen für die unteren Sozialschichten verringern.

Nehmen wir nun an, ein Versicherter erfährt (Argument der Kostentransparenz), daß die individuell auf ihn anfallenden Kosten geringer sind als sein individueller Beitrag zur Finanzierung des Systems. Entweder er entschließt sich, für sein Geld mehr Leistung zu verlangen, oder aber er hinterfragt aufgrund einer Kosten-Nutzen-Rechnung den Sinn seiner »zu hohen« Beiträge. Im ersten Fall führt die Entscheidung zu einem sachlich nicht begründeten Versuch der Ausweitung der Inanspruchnahme, ein klarer Fall von kosten-treibender »Anspruchsmentalität«. Im zweiten Fall sind drei Alternativen denkbar: erstens kann er aufgrund seiner individuellen Kosten-Nutzen-Rechnung zu dem Ergebnis kommen, daß eine Versicherung sich für ihn nicht lohnt, führt doch jede Versicherung, auch eine Risikoversicherung, zu erheblichen Umverteilungen, nur sind diese je individuell und gehorchen nicht sozialstrukturellen Merkmalen. Führt er aber eine Risikokalkulation durch, d.h. versucht er die Wahrscheinlichkeit von Versicherungsereignissen in ei-

ner prinzipiell unbestimmten, offenen Zukunft für sein aktuelles Handeln relevant werden zu lassen (vgl. Luhmann 1990), kann er sich, sofern er freiwillig versichert ist, für eine Risikoversicherung entscheiden und damit gegen das Solidaritätsprinzip der GKV. Entscheidet er sich aber drittens für eine soziale Krankenversicherung, so hat er die Prämisse des kostensenkenden und nutzenmaximierenden Privatsubjekts fallen gelassen. Dann sind die Informationen, die er über die Kostenerstattung erlangt, für ihn uninteressant, ja störend, verletzen sie doch die materiale Rationalität des Versorgungsprozesses.

Vier weitere Aspekte, die ich nur kurz erwähnen möchte, sind bedenkenswert. Erstens führt auch dieses Instrument zu einem steigenden Verwaltungsaufwand sowohl beim behandelnden Arzt als auch bei der Kasse - und zu Mehrarbeit für den Versicherten. Zweitens werden die Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen geschwächt. Drittens wird kehrseitig dazu dem Patienten die Kontrollfunktion aufgebürdet, der als Kranker in seiner Autonomie geschwächt ist, in einer *auch* diffusen Beziehung zum Arzt und zugleich unter Wissens-, Definitions- und Steuerungsaspekten in einer asymmetrischen Machtbeziehung zum Arzt steht. Die widersprüchliche und prekäre Einheit von spezifischen und diffusen Sozialbeziehungen in der Arzt-Patient-Beziehung wird ökonomisiert. Viertens schließlich gibt es andere Möglichkeiten der Kostentransparenz und Kontrolle, die die Arzt-Patient-Beziehung nicht berühren, z.B. die schon im GSG verschärften Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zurück zu den anderen oben erwähnten Maßnahmen. Mit dem Mechanismus der Koppelung von Beitragssteigerung und Zuzahlungserhöhung bei sofortigem Kündigungsrecht der Versicherten wird die Beitragsstabilität zum absoluten Imperativ der Gesundheitspolitik gemacht. Von allen versorgungsinhaltlichen Fragen des Gesundheitswesens, wird dabei notwendigerweise abstrahiert. Der Beitragssatz und die Höhe der Selbstbeteiligungen werden zum erstrangigen Wettbewerbsparameter. Die klassische Reduktion von Gesundheitspolitik auf Kostenpolitik und deren Reduktion auf die Beeinflussung des Versichertenhandelns wird verbunden mit einer neuen Funktion der Selbstbeteiligung. Diente sie bislang als erzieherischer Anreiz in Hinsicht auf das Inanspruchnahmeverhalten, so zielt sie nun zusätzlich auch auf die Beeinflussung der unternehmerisch agierenden Kassenorganisationen. Der Wettbewerbsdruck auf die Kassen wird sich auf diese Weise - ohne daß ihnen effektive Instrumente der Vertrags- und Versorgungsgestaltung zur Verfügung stehen - enorm erhöhen.

»Ziel ist offenbar das allgemeine Krankenkassen-hopping: Einerseits bei den Gesunden zu den Kassen, die bei Rückerstattung und hohen Selbstbehalten den schlankesten Leistungskatalog bieten. Andererseits bei den Kranken zu jenen Kassen, bei denen die jeweils interessierenden Leistungen gerade noch nicht gestrichen worden sind. Die 'Gestaltungsleistungen'

werden damit für alle Kassen - das ist nur eine Frage der Zeit - im Sinne des 'Kellertreppeneffekts' allmählich auf Null geführt werden (müssen)« (Paquet 1996, 260).

Vermittelt über die wettbewerbsinduzierten Wanderungsbewegungen der Versicherten werden die Kassen also ihren Leistungskatalog angleichen - durch Streichung der Gestaltungsleistungen. Die Unterscheidung zwischen Pflicht- und Gestaltungsleistungen wird nur eine temporäre Erscheinung auf dem Weg der Leistungsausgrenzung sein. Bleiben hingegen Versichertenbewegungen in größerem Stil aus, kommt es auf der Grundlage bereits bestehender »Risikoverwerfungen« zu einer Polarisierung der Kassenlandschaft, mithin also zu einer Situation, die Ausgangspunkt der Diskussion um die Organisationsreform der GKV war. *Beide* Varianten hebeln den Wettbewerb tendenziell aus. Eine dritte Möglichkeit besteht darin, daß die Kassen auf einen ruinösen Wettbewerb verzichten und Pflicht- und Gestaltungsleistungen »gemeinsam und einheitlich« regeln. Dies haben die Kassen bei Vorlage des Entwurfs zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz angekündigt und die politisch Verantwortlichen mit der wahrscheinlichen Realität *explizit* nicht beabsichtigter Leistungsausgrenzungen konfrontiert.

Ob zudem das Klientel der chronisch Kranken, Alten und sozial Schwachen den erweiterten Entscheidungsspielraum nutzen (können) wird, ist unsicher. Sicher werden die Krankenkassen Strategien der Risikoselektion forcieren (müssen), um unter den Bedingungen verschärften Wettbewerbs für das Versichertensegment der »guten« Risiken (jung, männlich, ohne Familie, gut verdienend mit geringem Morbiditätsrisiko) attraktiv zu sein. Für genau diese Klientel, die Nettozahler, sind die der Privatversicherungswirtschaft entlehnten Instrumente des Selbstbehalts bei Kostenerstattung und Beitragsrückerstattung interessant. Umgekehrt »müssen« auch die Satzungsleistungen, sollen sie den Beitragssatz effektiv entlasten, auf Kranke, Alte und sozial Schwache hoch selektiv wirken. Der entscheidende Wettbewerbsparameter, der durch die Kombination von Leistungsausgrenzung und kassenindividueller Selbstbeteiligung installiert wird, ist also die Risikoselektion (vgl. Paquet 1996, 259).

Die schrittweise Abschaffung des Risikostrukturausgleichs würde diesen Trend unterstützen⁵. Nur ein dauerhafter und zugleich modifizierter Finanzausgleich würde risikoselegierenden Wettbewerbsstrategien zwar nicht vorbeugen, sie doch zumindest teilweise neutralisieren können. Seine Abschaffung würde den durch die anderen Maßnahmen forcierten Trend zur Polarisierung der Krankenkassenlandschaft stützen.

5 U.a. in der Frage der zeitlichen Dauer des Risikostrukturausgleichs unterschieden sich schon die Reformoptionen der Mitglieder der Enquete-Kommission des Bundestags zur Strukturreform der GKV (vgl. Deutscher Bundestag 1990, Band 1, 445ff).

Sollte die Vollversicherung des Krankheitsrisikos weiter durch Leistungseinschränkungen bzw. erhöhte Belastungen der Versicherten abgebaut bzw. ausgehöhlt werden, ist mit einem weiteren Effekt zu rechnen:

»Je mehr Zuzahlungen, Kürzungen oder Kostenerstattungsformalitäten die Sozialversicherten belasten, desto eher entscheiden sie sich zum immer leichter möglichen Wechsel (zur PKV, T.S.). Solche mit dem Kostenargument legitimierten Verschlechterungen der GKV haben in der Vergangenheit, über die verbesserten Marktchancen der PKV und den dadurch weiter beeinträchtigten Solidarausgleich, in die beitragssteigernde Richtung gewirkt« (Kühn 1990, 42).

Je mehr das Krankenversicherungssystem sich kommerzialisiert, desto mehr wird die Krankenversorgung sich sozial differenzieren, d.h. soziale Ungleichheit wird sich auch in der Bundesrepublik in sozial unterschiedlichem Zugang zu gesundheitlichen Gütern und Dienstleistungen oder doch zumindest in sozial unterschiedlichem Umgang mit Patienten widerspiegeln. Sind aber - wie Kühn (1990) am Beispiel Großbritanniens zeigt - die gut verdienenden Versichertengruppen für eine privatwirtschaftliche Versicherung erst einmal gewonnen, so ist damit zugleich der artikulationsfähigste Teil der Versicherten»gemeinschaft«, der einer weiteren Erosion des Systems politischen Widerstand entgegensetzen könnte, für den Solidargedanken verloren gegangen.

Literatur

- Alber, Jens (1992): *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*, Frankfurt/Main, New York.
- Blanke, Bernhard; von Bademer, Stephan (1995): Sozialpolitik unter Kostendruck: Schleichende Privatisierung oder neue Verantwortungsverteilung, in: *Soziale Sicherheit*, 11/1995.
- Bundesministerium für Gesundheit (1996): *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*, Bonn.
- Deutscher Bundestag (1990): *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages* (2 Bände), Bonn.
- Dörner, Klaus (1975): Wie werde ich Patient oder Sozialisation zum Patienten, in: ders., *Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Medizin und Psychiatrie*, Frankfurt/Main, S. 150-175.
- Ganßmann, Heiner; Weggler, Rolf (1991): Interessen im Sozialstaat, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 1/1991, S. 5-24.
- Heimann, Eduard (1980): *Soziale Theorie des Kapitalismus. Theorie der Sozialpolitik*, Frankfurt/Main.
- Jacobs, Klaus (1994): *Krankenkassenwettbewerb und neue Vertragsmodelle. Gutachten im Auftrage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung der Landesgesundheitskonferenz 1995*, Berlin.
- Knieps, Franz (1994): Kostenbremse oder Strukturreform? - Eine Zwischenbilanz des Gesundheitsstrukturgesetzes vor weiteren Entwicklungsschritten in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 22, *Rationalitäten in der Medizin*, Hamburg, S. 29-44.
- Kühn, Hagen (1990): »Privat oder Kasse?« - Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 15, »Gesundheitsreform« und die Folgen, Hamburg, S. 31-45.
- (1994): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Rationalität der Reformdebatte, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 22, *Rationalitäten der Medizin*, Hamburg, S. 7-28.
- (1995): Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 24, *Frauen und Gesundheit*, Hamburg, S. 145-161.

- Luhmann, Niklas (1990): Risiko und Gefahr, in: *Soziologische Aufklärung 5, Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen, S. 131-169.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt/Main.
- Paquet, Robert (1996): Die Versicherten werden auf Trab gebracht, in: *Sozialer Fortschritt* 11/1996, S. 259-260.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3, S. 10-57.
- Pfaff, Martin (1986): Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: *Sozialer Fortschritt*, 5/6 1986, S. 145-160.
- Reichelt, Herbert; Knieps, Franz (1996): Die freie Wahl der Krankenkasse und die Neutralisierung des Arbeitgeberbeitrags, in: *Soziale Sicherheit*, 6/1996, S. 222-225.
- Reiners, Hartmut (1993a): Das Gesundheitsstrukturgesetz - »Ein Hauch von Sozialgeschichte«, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin 20, Die Regulierung der Gesundheit*, Hamburg, S. 21-53.
- (1993b): Die »Dritte Stufe« der Gesundheitsreform: Wahlleistungen in der GKV - ein sinnvolles Steuerungsinstrument?, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin 21, Arzt-Konsumenten-Verhältnisse*, Hamburg, S. 159-176.
- (1994): Auf dem Prüfstand. Die solidarische und paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit*, 1/1994, S. 24-26.
- Rosenbrock, Rolf (1993): Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*, Weinheim.
- (1994): Die gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg: Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin 23, Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit*, Hamburg, S. 189-205.
- (1996): Die Beziehungen der Krankenkassen untereinander sind ein nachrangiges Problem, in: *Wirtschaftsdienst*, 9/1996, S. 449-452.
- Schmidt, Alfred; Jahn, Erwin; Scharf, Bodo (1987): *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*, Band 1, Köln.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Busse, Reinhard (1994): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen: Zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin 23, Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit*, Hamburg, S. 149-170.
- Strauss, Anselm et. al. (1985): *Social Organization of Medical Work*, Chicago.
- Vesper, Dieter (1995): Steuern, Staatsausgaben und Umverteilung, in: *PROKLA 99, Verteilungsfragen*, Nr. 2/1995, S. 165-192.
- Weber, Max (1980): *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen.
- Wissenschaftliche Arbeitsgruppe »Krankenversicherung« (1988): *Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Geislingen.