

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Die gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg: Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik?

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1994) : Die gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg: Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik?, In: Heinz Harald Abholz, Dieter Borgers, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock (u.a.) (Ed.): Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, ISBN 3-88619-802-2, Argument-Verlag, Hamburg, pp. 189-205

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122426>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Rolf Rosenbrock

Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg

Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik?

Der Gesundheitsminister rief zu einem Ideenwettbewerb über die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf, und die Schleusen öffneten sich: eine unübersehbare Vielzahl von Positions- und Thesenpapieren, von Abhandlungen, Rezepten und Vorschlägen ergießt sich über das Land. Sieht man von den zahlreichen modischen Wort-Etiketten einmal ab, ist daran eigentlich nur neu, daß die Ideologie vom Eigenwert der Deregulierung und von der entwicklungs- und fortschrittsschaffenden Kraft der ökonomischen Konkurrenz mittlerweile auch im Bereich der Gesundheitspolitik in einem Ausmaß Fuß gefaßt hat, das vielfach blind macht gegenüber ihren absehbaren Folgen und in diesem Ausmaß bis vor wenigen Jahren auf erklärte Marktradikale begrenzt war. Schon die Themenauswahl der gegenwärtigen Diskussion über die Weiterentwicklung der GKV ist ein Produkt dieser ideologisch begründeten Schräglage. Sie konzentriert sich (1) auf den Ausbau wettbewerblicher Elemente im Verhältnis der Kassen untereinander, und dabei (2) ganz besonders auf die Schaffung unterschiedlicher Tarife, Leistungskataloge und Versorgungsformen sowie (3) auf die Einführung von Leistungsausschlüssen und Tarifaufschlägen als Mittel der erkrankungsrisikosenkender Verhaltenssteuerung bei den Versicherten. In diesen drei miteinander verbundenen Handlungsfeldern werden wichtige Instrumente zur rationaleren Steuerung von Ressourcen und Ausgaben und damit zur Kostendämpfung in der GKV gesehen. In diesem Zugschnitt der zum Teil bereits hochdetailliert verlaufenden Debatte liegen zwei Gefahren: (a) die ordnungspolitische und gesundheitspolitische Aufgabe der GKV gerät zunehmend aus dem Blickfeld; (b) die mechanistische Übertragung von Denkmodellen zur Effizienz von Anlage- und Verbrauchsgütermärkten führt zur Ausblendung unverwischerbarer Unterschiede zwischen den Anforderungen an solche Märkte und den Funktionsvoraussetzungen einer zeitgemäßen Krankenversorgung. Übersehen werden dadurch auch reale

Chancen für die notwendige Modernisierung der Gesundheitspolitik und der Krankenversorgung sowie der Neubestimmung der Rollen und Aufgaben, die eine moderne GKV darin zu übernehmen hat. In dieser Situation erscheint es notwendig, die Grundgedanken der Regulierung des Systems der Krankenversorgung durch die GKV noch einmal ins Gedächtnis zu rufen und erwünschte sowie unerwünschte Wirkungen von Veränderungen an diesem Regulierungsmodell aufzuzeigen. Es geht also um fundamentale Fragen der Gesundheitspolitik. Deshalb braucht im folgenden die derzeitige Flut von Literatur zum Thema nicht im einzelnen berücksichtigt zu werden: sie ist ganz überwiegend redundant und ideologisch, und sie spart die Grundlagen, um die es in diesem Beitrag geht, geradezu systematisch aus (vgl. als Überblick die Beiträge in Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1/2, 1994). Verwiesen sei statt dessen auf die dialogische und kontroverse Zusammenfassung der ordnungspolitischen Fragen im Zwischen- und Schlußbericht der Enquete-Kommission zur »Strukturreform der GKV« des 11. Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag 1988; 1990) sowie auf den immer noch gültigen Überblick zur »Ordnungspolitik im Gesundheitswesen« von Hartmut Reiners (1987).

Das Regulierungsmodell der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV hat unter staatlicher Aufsicht und mit flankierender staatlicher Regulierung eine gesundheitlich, gesellschaftspolitisch und ökonomisch definierbare Dienstleistungsaufgabe gegenüber der Gesamtgesellschaft zu erbringen. An der Erfüllung dieser Aufgabe ist jede Reform zu messen. Die Aufgabe lautet: 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 wird.

Diese Aufgabe erfordert zu ihrer Erfüllung eine andere Anreizstruktur für die Produzenten – nämlich nicht eine Maximierung der Produktion oder Innovation um jeden Preis –, eine andere Verteilungslogik – nämlich gerade nicht nach kaufkräftiger Nachfrage – und damit eine andere Steuerung von Angebot und Nachfrage, als sie auf Gütermärkten im allgemeinen zu finden ist. Das zur Erfüllung dieser Aufgabe vor über 110 Jahren in Deutschland unter

Bismarck geschaffene Grundmodell hat sich über alle Stürme der Zeit hinweg als hinreichend robust erwiesen, um diese Aufgabe – auch im Vergleich mit allen anderen Systemen der Welt – verlässlich, belastbar und anpassungsfähig zu lösen. Es besteht aus den sieben Grundelementen (1) der parafiskalischen Aufgabenerfüllung (2) durch kooperative Selbstverwaltung von Kapital und Arbeit, (3) dem durch den Einkommensbezug der Beiträge gewährleisteten Solidarprinzip, (4) der Abwesenheit von direkten Geldbeziehungen im Versorgungsgeschehen durch das Sachleistungsprinzip, (5) der Festsetzung von Leistungen und Preisen der Versorgung durch Verhandlungen zwischen den Kassen und den Verbänden der Leistungserbringer, die dabei (6) ihrem jeweiligen Eigeninteresse folgen und dabei (7) unter staatlicher Aufsicht stehen.

Jedes dieser Regulierungselemente ist essentiell. Wird ein Pfeiler entfernt oder verändert, kann das gesamte Gebäude ins Rutschen kommen. Deshalb sind Änderungen an diesen Grundelementen begründungspflichtig. Wenn es seriös zugehen soll, müssten die absehbaren erwünschten und unerwünschten Wirkungen jeder Veränderung aufgezeigt werden. Würde diese Regel eingehalten, wäre die große Masse der jüngsten Literatur zum Thema gar nicht erst gedruckt worden.

Schwächen und Stärken der Aufgabenerfüllung

Ein Blick auf die Erfüllung dieser Aufgaben durch die GKV zeigt überwiegend Stärken, aber auch einige Schwächen:

Stärken

(a) Universeller, zumindest ökonomisch/tarifär nicht diskriminierter Zugang zu einer im großen und ganzen medizinisch hochwertigen und modernisierungsfähigen Krankenversorgung für die gesamte Bevölkerung. Die Verfügbarkeit über diese Leistungen gilt als wesentlicher Bestandteil der sozialen Infrastruktur und weltweit beneideter Vorteilsfaktor für den »Wirtschaftsstandort Deutschland«.

(b) Finanzierbar und politisch steuerbar: Seit dem politisch gewollten Modernisierungs- und Wachstumsschub zu Beginn der siebziger Jahre konstanter Anteil der GKV-Ausgaben am BSP (1970: 3,7 %; 1975: 5,9 %; 1988: 6,4 % (max.); 1991: 5,7 %), erreicht durch ein im einzelnen fragwürdiges, aber insgesamt erfolgreiches Steuerungsmix. Instrumente waren und sind Budgetierung, moral suasion und Verlagerung von Kosten auf Versicherte. Der Steuerungserfolg

wurde unter erschwerten Bedingungen, nämlich trotz des staatlichen Mißbrauchs der GKV als Verschiebebahnhof für Finanzierungsprobleme anderer Systeme der sozialen Sicherung, v.a. der Rentenversicherung, erreicht. Die Finanzierungsprobleme gelten auch bei langfristiger Betrachtung des Wandels im Altersaufbau und der Morbidität als lösbar (SVR 1994).

(c) Flexibel: Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten sind zwischen der von Kapital und Arbeit kontrollierten Gewährleistungsverpflichtung der GKV und der Erfüllung der Versorgungsaufgaben durch die Leistungserbringer auf Vertragsbasis unter der Rahmenregulierung und der Aufsicht durch den demokratisch legitimierten Zentralstaat verantwortungs- und interessengerecht verteilt. Diese Grundstruktur enthält nach dem heutigen Stand der internationalen Debatten zur Organisationsentwicklung im Zuge der Modernisierung des Staates und des öffentlichen Sektors gute Voraussetzungen sowohl zur Binnenmodernisierung im Bereich jedes einzelnen der Akteursysteme als auch für Reformen der Schnittstellen zwischen ihnen (Naschold 1993). Jede Verschiebung dieser grundsätzlichen Aufgabenzuweisung muß vor Inangsetzung daraufhin überprüft werden, ob sie die durch Aufgabendifferenzierung und Kompromißzwang gegebenen Möglichkeiten der Modernisierung und Effektivitätssteigerung unbeschädigt läßt. Wer heute z.B. kassengetragene Gesundheitszentren als Mittel des Kassenwettbewerbs sowie als Alternative zur bestehenden ambulanten Versorgung vorschlägt, sollte zumindest plausibel machen können, warum und wie dies auf Dauer gesundheitlich und betriebswirtschaftlich bessere Ergebnisse hervorbringt als die gegenwärtigen Strukturen. Auch bei der Prävention ist die von den Kassen zu treffende Entscheidung zwischen Eigenleistung (make) oder Fremdbezug (buy) sorgfältig im Hinblick auf Leistungs- und Kostensteuerung sowie Flexibilität und Innovationsoffenheit zu prüfen.

Schwächen

(a) Die Steuerungskapazität der GKV reicht nicht aus, um bedeutende, teure und gesundheitlich sinnlose (z.T. schädliche) Fehlallokationen in der Krankenversorgung zu verhindern oder abzubauen. Teils ist dies auf mangelnde Entfaltung der Nachfragemacht aufgrund der immer schon wirksamen und in dieser Hinsicht immer schon kontraproduktiven Konkurrenz der Kassen zurückzuführen (Beispiele: Einzelleistungsvergütung; Entgelthöhen; Verzahnung

ambulanter und stationärer Versorgung; Zulassung ineffizienter Diagnose- und Behandlungsmethoden) [Vollzugsdefizit], teils auf mangelnde Regulierungskompetenz der Kassen aufgrund der Prädominanz staatlicher Regulierung (Beispiele: Arzneimittelzulassung; Betriebsformen ärztlicher und gesundheitlicher Leistungserbringung; Planung und Steuerung stationärer Versorgung) [Vollmachtsdefizit]. Keines dieser Defizite ist durch Kassenkonkurrenz zu verringern. Im Gegenteil: Kassenkonkurrenz schwächt die Kassen gegenüber den Anbietern.

(b) Die Regelungskapazität der Kassen reicht nicht aus, um die gesundheitliche Versorgung aus dem Paradigma der Akut-Versorgung herauszulösen und die aufgrund des säkularen Panoramawechsels gebotene Schwerpunktverlagerung der Gesundheitssicherung (Rosenbrock 1993) auf (a) Interventionen vor der Manifestation (Prävention) und (b) gleichgewichtige Entwicklung pflegerisch-psycho-sozialer Betreuung und Aktivierung des sozialen Umfeldes zusätzlich zu der in ihrer Bedeutung zurücktretenden medizinischen Versorgung mehr als nur symbolisch einzuleiten (vgl. Deutscher Bundestag 1988, 1990). Die zur Behebung dieser Defizite notwendigen Anstöße müssen vom Zentralstaat kommen. Sie sind weder von der GKV noch über den Markt zu realisieren. Die GKV ist damit überfordert, weil ihr entsprechende Instrumente und Eingriffsmöglichkeiten fehlen. Über den Markt geht dies nicht, weil aufgrund der sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen die Realisierung dieser Ziele nicht nur nicht nach Kaufkraft differenzieren dürften, sondern sogar im Gegenteil für Angehörige der Unterschichten, für Multimorbide und Alte entsprechende Programme eine Bevorzugung, also eine »positive Diskriminierung« dieser Bevölkerungsgruppen beinhalten müßten (Kühn 1994). Angehörige der Unterschicht tragen in jedem Lebensalter ein durchschnittlich doppelt so hohes Risiko zu erkranken oder zu sterben wie Angehörige der Oberschicht (Mielck 1994).

(c) Das historisch gewachsene, berufsständisch begründete System der Mitglieder-Zuweisung führte zu erheblichen Unterschieden in den Risiko-Pools, die im Verein mit regional unterschiedlich Kosten verursachenden Versorgungsstrukturen zu Beitragsunterschieden von bis zu 100 % führten. Theoretisch wäre die Zusammenführung der unterschiedlichen Risiko-Pools unter dem Dach einer regionalisierten und organisatorisch modernisierten Einheitsversicherung die naheliegendste Lösung dieses Problems gewesen. Dagegen sprach sachlich das gut begründete (aber nicht

zwingende) Mißtrauen gegenüber der Unbeweglichkeit und Arroganz von Monopolbürokratien, in zweiter Linie auch das Eigeninteresse der Kassenapparate an ihrer Fortexistenz sowie die Sorge der Leistungsanbieter vor zu großer Nachfragemacht. Außerdem wurden vornehmlich ideologische Vorurteile gegen die Einheitsversicherung ins Feld geführt. Realisiert wurde infolgedessen die Öffnung der Kassen zur Wahlfreiheit für die Versicherten sowie der Kontrahierungszwang für die Kassen und – komplementär – die offene Konkurrenz zwischen den Kassen.

Reformversuche

Gesundheitsreformgesetz (GRG) und Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sind Versuche des Zentralstaates, in diesem interessensmäßig hoch und militant besetzten Gelände Entwicklungen in Gang zu setzen, die über die Anwendung der üblichen strukturkonservativ-administrativen (Budgetierung) und sozialpolitisch fragwürdigen (direkte Zuzahlungen) Instrumente hinausgehen. Zum Teil werden die oben genannten Defizite direkt angezielt, zum Teil geschieht dies allerdings mit Mitteln, die – entweder unmittelbar oder in der absehbaren Perspektive – die Stärken (und damit die sozialpolitische Substanz) der GKV unterhöheln.

(a) Nichts einzuwenden ist sicher gegen die organisatorische Effektivierung von Selbstverwaltung und Geschäftsführung der Kassen, wie sie das GSG vorsieht. Festzuhalten ist, daß das Gesetz aus gutem Grund an der paritätischen Selbstverwaltung und am gemeinsamen Interesse von Kapital und Arbeit an kostengünstiger und effizienter Krankenbehandlung bzw. Gesundheitssicherung festgehalten hat. Wer nun die Arbeitgeber aus der Mit-Verantwortung bzw. dem Mit-Interesse dadurch entlassen will, daß Beitragserhöhungen zukünftig allein von den Beschäftigten zu tragen sind, hat entweder die Weisheit der Bismarckschen Aufgabenverteilung nicht verstanden oder will tatsächlich vorsätzlich die unersetzlichen – und im Falle ihrer Abschaffung auch nicht mehr wiederherstellbaren – Vorteile dieser Regulierung zwischen Markt und Staat abschaffen. Wenn die asymmetrische Verteilung der Beitragslasten zwischen Kapital und Arbeit in der Pflegeversicherung der Einstieg in den Ausstieg der paritätischen Finanzierung und v.a. Verantwortung der Sozialparteien für die sozialen Sicherungssysteme in der Bundesrepublik ist, wird damit die Axt an die Wurzel dieses Systems gelegt.

(b) Die Aufnahme von Aufgaben der Prävention in die von den Kassen zu gewährleistenden bzw. selbst zu erbringenden Leistungen, sowie die Ermächtigung zur Finanzierung von Selbsthilfegruppen (§ 20 SGB V) sowie eine Pflegeversicherung unter dem Dach der GKV können Schritte hin zum erforderlichen Wandel des Interventionsprofils sein. Die dadurch auszulösenden Aktivitäten bleiben allerdings angesichts des Fehlens von institutionellen und professionellen Regelungen zur Pflege und zur psychosozialen Versorgung (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994) sowie angesichts der mangelnden Instrumentierung der Kassen zur Aufgabenerfüllung bislang weit unterhalb des Notwendigen und sind selten problemangemessen. Zumindest stark behindert wird eine positive Entwicklung, wenn die Anstrengungen der Kassen weiterhin unter dem Zwang zu Konkurrenz stehen, und zwar aus drei Gründen: (a) Prävention und integrierte Betreuung chronisch Kranker haben ihre gesundheitlich größte Wirkung gerade bei jenen Versicherten, auf die sich – auch nach korrekt vollzogenem Risikostrukturausgleich – das ökonomische Interesse der Kasse gerade nicht richten kann. (b) Moderne, gesundheitswissenschaftlich angeleitete Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung richten sich nicht primär an Individuen, sondern an Gruppen bzw. Populationen, die durch gemeinsame Merkmale der Lebensweise, der Beschäftigung, des Milieus oder des Wohnens am gleichen Ort definiert sind. Die Kassenmitgliedschaft ist kein solches Merkmal. (c) Zwischen Interventionen, die – weil für profilierende Selbstdarstellung und Werbung verwertbar – im Wettbewerb um Attraktivität und Versicherte wirksam sind, und Interventionen, denen gesundheitswissenschaftlich eine hohe Wirksamkeit zugeschrieben werden kann (Ottawa-Charta), besteht nur ein geringer Überlappungsbereich: Der fröhliche Lauftreff für Mittelschichtangehörige verkauft sich leichter als die zähe Bemühung um eine ordentliche Verpflegung auch auf Baustellen oder in Kleinbetrieben.

(c) Die weitere Stärkung der Nachfragemacht der Kassen vermindert ein in der Vergangenheit oft schmerzlich erfahrenes Defizit. Insbesondere die Aufwertung des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen kann – ein weiter anwachsendes Selbstbewußtsein der Kassen auf Basis verbesserter gesundheitswissenschaftlicher Unterstützung vorausgesetzt – insgesamt zu höherer Rationalität der Mittelverwendung führen. Es geht um die Anlegung strengerer Kriterien in den Leistungskatalogen aller Leistungserbringer. Der Anteil von medizinischen Maßnahmen und Mitteln aus Diagnostik und Therapie,

die nicht den Kriterien der Effektivität und Effizienz genügen (Cochrane 1972), soll im Rahmen der Kassenleistungen verringert werden. Daß dies prinzipiell geht, haben in jüngster Zeit einige epidemiologisch und medizinpolitisch wohlfundiert erscheinende Entscheidungen im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen gezeigt: Maßnahmen sowohl der Diagnose als auch aus dem therapeutischen Bereich wurde die Zulassung als Kassenleistung versagt, weil ausreichende Belege für die Wirksamkeit fehlten bzw. weil unerwünschte Wirkungen überwogen: Im Bereich der Früherkennung waren dies zum Beispiel das Mammographie-Screening und das Screening auf Toxoplasmose (Abholz 1994a). Im Bereich der Behandlung konnten Effektivität und Effizienz z.B. der Thermotherapie bei Prostatavergrößerung und der Magnetfeldtherapie bei Knochenheilungsschäden nicht nachgewiesen werden. Im Falle der Zulassung hätte erneut wissenschaftlich nicht abgesicherter Einsatz von Medizin die Budgets belastet (Abholz 1994b). Die Bereinigung des Angebots durch die Anwendung klinisch-epidemiologischer Maßstäbe wird sich nicht einstellen, wenn zwischen den Kassen Konkurrenz herrscht und die Verlängerung des Leistungskataloges ein zugelassener Parameter der Konkurrenz ist.

(d) Die Konkurrenz zwischen den Kassen ist kein Selbstzweck, sondern lediglich die logische Folge der Aufhebung des Zuweisungsprinzips mit seinen unerwünschten Folgen großer Beitragssatzunterschiede. Wettbewerb ist in der Marktwirtschaft das Wettstreifen der einzelnen am Wirtschaftsprozess beteiligten Subjekte mit dem Ziel des größeren Gewinns. Einen 'solidarischen Wettbewerb' kann man sich als Individuum aus ethischen oder Effizienz-Gründen wünschen. Es wird ihn aber in der Realität nicht geben, weil das Prinzip Konkurrenz in der Krankenversicherung jede Kasse bei Strafe des Mißerfolgs dazu nötigt, gute Risiken zu umwerben, schlechte Risiken eher der Nachbarkasse zuzuschieben. Wenn durch den Risikostrukturausgleich die Konkurrenzparameter Alter, Einkommen, Geschlecht und Anzahl der Mitversicherten ausgeschaltet, d.h. stillgelegt sind, dann wird sich die Konkurrenz eben auf das Merkmal der individuellen Morbidität beziehen. Es kommt also unter gegebenen Bedingungen darauf an, auf Basis gesellschaftlich und politisch gesetzter Wertentscheidungen die Konkurrenz auf einzelne Felder bzw. Parameter einzuschränken. Jede Branche lebt mit solchen Einschränkungen. Es ist auch Automobilherstellern nicht gestattet, den vorgeschriebenen Sicherheitsstandard zu unterschreiten und den damit erzielten Preisvorteil als Werbe-Argument zu nutzen. In der

GKV folgt die Einschränkung der zugelassenen Wettbewerbsfelder aus der ihr gesellschaftlich und politisch zugewiesenen Aufgabe. Danach kann sich Kassen-Wettbewerb sinnvoll nur auf Service gegenüber den Versicherten, Anstrengungen zur Qualitätssicherung bei Leistungserbringern sowie günstigere Konditionen bei der Vergütung des prinzipiell gleichen Leistungskataloges beziehen. Jede Diskussion über Wahltarife oder, allgemeiner gesprochen, über Kassen-Konkurrenz um unterschiedliche Versichertengruppen mit Hilfe unterschiedlicher Leistungskataloge und Tarife verletzt dagegen die Kernsubstanz des gesellschaftlichen Dienstleistungsauftrages der Kassen, weil die durch sie ausgelöste Dynamik das Solidarprinzip unterhöhlt, anstatt es zu stärken. Aus dem gemeinsamen Leistungskatalog wird dann zunächst ein »Leistungsspektrum«, dessen Ausfüllung oder Ausweitung dann zu einem zentralen Konkurrenzparameter wird (exemplarisch Glaeske et al. in diesem Band). Solche Modellebürden letztlich den Versicherten die Entscheidung darüber auf, welche Leistungen das Maß des Ausreichenden und Zweckmäßigen übersteigen oder nicht notwendig sind. Die Erfahrungen aus dem Ausland, zuletzt wieder aus den Niederlanden (Stegmüller 1993), zeigen, daß die Definition von »Basispaketen« und »Zusatzleistungen« ohne Verletzung medizinischer Standards nicht möglich ist.

In den derzeit modischen Phantasiespielen um einen entfesselten Kassen-Wettbewerb um Tarife und Leistungskataloge werden zudem meist drei weitere, höchst unerwünschte, aber sicher eintretende Wirkungen übersehen: (a) Die unproduktiven Ausgaben für Werbung und Marketing würden sich vervielfachen: Die GKV gibt heute knapp 5 % für Verwaltung, Werbung und Marketing aus, im wettbewerbsgesteuerten Krankenversicherungs-System in den USA liegen die entsprechenden Kosten bei über 17 %. (b) Die heute gegebene Sicherheit und Übersichtlichkeit der GKV für die Versicherten würde verschwinden. In den USA rangieren Klagen über Undurchschaubarkeit der Tarife und Verträge sowie die beständige Notwendigkeit, zur Abhilfe Beratungsfirmen und Rechtsanwälte einzuschalten, kurz hinter den Klagen über den sozialen Skandal der dort nach vielen Millionen zählenden Schar der Un- und Unterversicherten. Ein Blick auf die diesbezüglichen Klagen über Werbungskosten und -methoden sowie Unsicherheit im Umgang mit der PKV gibt einen Vorgeschmack auf mögliche Entwicklungen hier. Auf der Seite der Leistungserbringer führt dies zu einer Vervielfachung der Bürokratie und Verwaltungskosten. (c) Wenn ökonomische Anreize in der

Krankenversicherung so gesetzt werden, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gibt, werden die meisten, die es sich leisten können, in die »oberen« Tarife streben. Mangels fundierter Konsumentensouveränität in Fragen von Medizin und Krankenversorgung wirken hier inverse Preissignale besonders stark: was teuer ist, muß auch gut sein. Das führt zwangsläufig zu ungleicher Versorgung. Überdies wird durch solche Tarifgestaltungen die in der Sache oftmals falsche, deshalb gesundheitspolitisch schädliche und in der Konsequenz auch kostentreibende Vorstellung genährt, als sei Gesundheit erstens überhaupt als Ware oder Dienstleistung und zweitens im Gesundheitssystem zu kaufen.

Gründe für den gegenwärtigen Diskussionsverlauf

Die gegenwärtige Diskussion über die Weiterentwicklung der GKV krankt hauptsächlich daran, daß sich häufig Interessen und Argumente aus drei ganz anderen Themenfeldern untermischen:

(a) Markttradikale Ideologen wollen die vollzogene Öffnung der GKV für begrenzt wettbewerbliches Handeln zu einer generellen Deregulierung der sozialen Krankenversicherung und damit für die Erweiterung privater risikobezogener Versicherungsformen nutzen. Sie gewichten ganz offensichtlich die Möglichkeiten der Schaffung zusätzlicher Verwertungsfelder für in der Bundesrepublik flottierende und deshalb Anlagemöglichkeiten suchendes Geldkapital höher als den Wert sozialstaatlicher Infrastruktur. Erstaunlich dabei ist freilich zweierlei: 1. Die mittel- und langfristig das vergleichsweise sehr leistungsfähige deutsche Modell von Marktwirtschaft und Sozialstaat untergrabenden Implikationen solcher Vorstellungen werden vollständig verdrängt bzw. sehr gering gewichtet. 2. Zahlreiche Verbandsvertreter und Wissenschaftler, die das Etikett »marktradikal« weit von sich weisen würden, übernehmen Elemente dieser Argumentation, ohne die sich aus der Realisierung ihrer Vorschläge unabwendbar ergebende Entwicklungsdynamik zu reflektieren (vgl. Glaeske et al. in diesem Band).

(b) Sorgen um steigende Lohnnebenkosten führen zu Überlegungen der Verlagerung des Kostenrisikos auf die Schultern der Versicherten. Diese einseitig die Unternehmerinteressen zum Maßstab nehmenden Ansätze führen ebenfalls zur Auflösung des Kernbestands der GKV und übersehen darüber hinaus gegebene Steuerungsmöglichkeiten.

(c) Die Diskussion über die Möglichkeiten der Prävention hat in

Deutschland zu einer Verkürzung der Diskussion auf individuelles Fehlverhalten geführt. Unter der empirisch nicht begründeten und auch unplausiblen Annahme, daß sich dieses Fehlverhalten ohne weiteres über ökonomische Anreize der Krankenversicherungsbeiträge steuern ließe, werden zum Teil abenteuerliche bis totalitäre Kontrollphantasien (regelmäßige Fitness-Tests zur Tarifeinstufung bei der Krankenkasse; Bluttests zur Kontrolle z.B. des Zigarettenrauchens) geäußert, die mit dem Grundbestand an Normen des Zusammenlebens in einer liberalen Demokratie unverträglich sind. Abgesehen davon wäre solche »Gesundheitspolitik« nur eine verschärfte Auflage des alten »schuld sind die Opfer« (blaming the victim), v.a. gegenüber sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen. Die Möglichkeiten zur Erlernung und Beibehaltung eines gesundheitsgerechten Lebensstils sind nun einmal sozial ebenso ungleich verteilt wie die Gesundheitschancen selbst. Wer gleiches von allen verlangt, verlangt von den Benachteiligten mehr als von den Privilegierten.

Allen drei Themen ist gemeinsam, daß sie die vielfach analysierte und kritisierte dreifache Verkürzung der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland reproduzieren: (a) Sie reduzieren Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik und vernachlässigen Prävention und Gesundheitsförderung. (b) Sie reduzieren Krankenversorgungspolitik auf Kostenpolitik und vernachlässigen die Notwendigkeit des Auf- und Umbaus medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungssysteme. (c) Sie fokussieren Kostenpolitik einseitig auf die pretiale Steuerung des Versichertenverhaltens (Stichwort: Anspruchsdenken) und vernachlässigen die Schaffung aufgabenkonformer Anreiz- und Sanktionssysteme für Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und Heil-/Hilfsmittelhersteller (Rosenbrock 1989). Ironischerweise überlasten die gleichen Vorschläge die GKV mit der Verantwortung für Aufgaben, für die sie nur im Rahmen definierter institutioneller und professioneller Arbeitsteilung eine Teil-Zuständigkeit übernehmen könnte.

Reformalternativen

Wenn die soziale Krankenversicherung in Deutschland auch weiterhin ein weltweit als vorbildlich angesehenes Erfolgsmodell bleiben und damit eine zentrale Voraussetzung des durchweg als erfolgreich eingeschätzten deutschen Produktions- und Sozialmodells erhalten bleiben soll, wenn es weiterhin Aufgabe der Sozial- und

Gesundheitspolitik bleiben soll, der sozial bedingten Ungleichheit vor Krankheit und Tod entgegenzuwirken, dann bieten sich eine ganze Reihe von ordnungspolitisch unbedenklichen Ansätzen an, von denen abschließend zehn beispielhaft genannt werden sollen:

(a) Es ist Aufgabe des Staates, und keineswegs primär der GKV, Voraussetzungen und Instrumente gesundheitsförderlicher und gesundheitsssichernder Gesamtpolitik zu schaffen. Es sind nicht Defizite an Wissen und Konzepten, die der Umsetzung in der Arbeitswelt, in der Gemeinde, im Konsum, in der Freizeit, im Verkehr und in der Krankenversorgung im Wege stehen. Vielmehr ist es primär der Mangel an politischem Willen und/oder politischer Gestaltungskraft. Zum Beispiel können durch ein verbessertes Arbeitsschutzrahmengesetz, durch Modernisierung des öffentlichen Gesundheitswesens, durch die Ausrichtung staatlichen und privatwirtschaftlichen Handelns und Unterlassens an den Kriterien von Prävention und Gesundheitsförderung auch die Aufgaben der Kassen in diesen Feldern sinnvoll bestimmt werden. Wenn die staatliche Politik derzeit nahezu die gesamte Verantwortung für diese Aufgaben auf die Kassen abwälzt, ist dies kurzfristig legitimierende, aber letztlich nur symbolische Politik.

(b) Die Reorganisation der bestehenden und der Ausbau neuer Strukturen zur Pflege, psychosozialen Betreuung und Aktivierung des Patientenumfeldes ist angesichts der klaren Dominanz chronischer Krankheiten notwendig, um die Versorgung zu effektivieren, die Medizin zu entlasten und die überzogene Medizingläubigkeit in der Bevölkerung zu vermindern. Auch hier ist zunächst einmal durch staatliche Vorgaben das Feld und die Rolle der Kassen darin zu bestimmen. Ein Kassenwettbewerb, der für höhere Tarife mehr medizinische oder »alternative« Versorgungsleistungen verspricht, wirkt jedenfalls in die entgegengesetzte Richtung.

(c) Durch einheitliches und gemeinsames Auftreten der Kassen v.a. im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen können strengere Wirksamkeitsmaßstäbe bei neuen Leistungen durchgesetzt werden. Das Einsparpotential durch die Nichtzulassung bzw. Eliminierung von Leistungen, die nicht den Erfordernissen klinisch-epidemiologischer Effektivität und Effizienz (Cochrane 1972) genügen, also ohne Schaden für die Qualität der medizinischen Versorgung, ohne Störung des Arzt-Patientenverhältnisses und ohne Rationierung realisiert werden können, dürfte viel höher liegen als die heute diskutierte Streichung »konsumnaher« Leistungen oder durch die Rationierung genannte Verweigerung von Versorgungsleistungen für Schwerkranke.

(d) Die intendierte Konzentration der Medizin auf die Lösung jener Aufgaben, die von ihr und tatsächlich nur von ihr gelöst werden können, kann nur gelingen, wenn auch die Marktzulassung neuer Medizin-Technologie und ihre Installierung in Praxis und Klinik – analog der Arzneimittelzulassung – von strengen Wirksamkeits- und (regional) auch von Bedarfskriterien abhängig gemacht wird. Bislang finanzieren die Kassen in diesem Bereich ohne Einfluß auf Evaluation und Kontrolle einen erheblichen Teil der Erprobungsforschung bzw. Dauererprobung sowie die Infrastruktur für kostentreibende Auslastungsstrategien oft nutzloser Technik.

(e) Die institutionelle und vergütungswirksame Unterscheidung zwischen dem Hausarzt als Gatekeeper und dem Facharzt, der auf Überweisung hin tätig wird, kann bei sachgerechter Steuerung die Inanspruchnahme effektivieren, die Qualität der Versorgung erhöhen und unnötige Medikalisierungs-Karrieren vermindern. Mit den darauf zielenden Vorschlägen für kombinierte Budgets (AOK und BKK), indikationsbezogene Bonus-Systeme oder Ärzte-Pools (IKK) würden Funktionsprinzipien der in den USA entwickelten Health Maintenance Organizations (HMO) sowie der britischen Krankenversorgung in das deutsche Gesundheitssystem Einzug halten. Die positiven und negativen Erfahrungen dieser Länder müssen beachtet und können nutzbringend angewendet werden. Zwei zentrale Erfahrungen sind: (a) Attraktiv für die Versicherten ist das Modell des Primärarztes als Gatekeeper und Versorgungskordinator nur dann, wenn der Hausarzt dabei ausschließlich seiner medizinischen Sachkunde zu folgen gehalten ist, wenn er also nicht als Sparkommissar für Arme und schlechter Versicherte wirken soll. In vielen US-amerikanischen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit in HMOs ist der Gatekeeper die mit Abstand unbeliebteste Figur im Spiel. Dabei zeigt sich auch, daß er desto restriktiver Leistungen gewährt und verordnet, je niedriger der gesellschaftliche Rang seiner Patienten ist. Für deutsche Verhältnisse bedeutet dies: Vorschläge zur Versorgungscoordination durch den Hausarzt oder zu indikationsbezogenen Bonussystemen, kombinierten Budgets und Ärzte-Pools müssen Sicherungen dagegen enthalten, daß die darauf gegründeten Tarife die Billigversorgung für Arme, Alte und Multimorbide absichern, während die Besserverdienenden mit der freien Arztwahl tatsächlich einen leichteren Zugriff sowohl auf notwendige als auch auf überflüssige Versorgungsleistungen erhalten. (b) Die Zulassung und Erprobung neuer und unterschiedlicher Betriebstypen, Organisationsformen und v.a. aufgabenkonformer

materieller Anreize für medizinische und psychosozial-pflegerische Leistungen wäre ein wichtiger, weil weichenstellender Schritt in der Strukturreform der Krankenversorgung. Wenn die Kassen bzw. Kassenarten diese Entwicklung jede für sich oder sogar in Konkurrenz zueinander angehen, ist absehbar, daß die unerwünschten Wirkungen überwiegen werden: Die Seite der Leistungsanbieter würde die Kassen in den aus den vergangenen Jahrzehnten hinlänglich bekannten Aufschaukelungswettbewerb um Leistungsumfang und Preise hineinzwingen. Zum anderen ginge der für die Masse der Versicherten hohe Wert einer für sie einfachen, stabilen und überschaubaren Leistungsregulierung verloren. Mit anderen Worten: Neue Versorgungs- und Anreizstrukturen sollten von den Kassen gegenüber den Leistungsanbietern nur einheitlich und gemeinsam sowie mit ausreichenden Sicherungen gegen die Gefahren der Leistungsverkürzung und Diskriminierung von sozial unterprivilegierten Versicherten angegangen werden.

Wenn solche Modelle als Instrumente der Kassenkonkurrenz entwickelt und umgesetzt werden, kommt es entweder zu für die Patienten unübersichtlichen Einschränkungen bei der Auswahl von Arzt und Versorgungsleistungen oder zu einer Vervielfachung des bürokratischen Abrechnungsaufwandes bei den Leistungserbringern oder zu beidem.

(f) Die angestrebte Entwicklung zu einer mehr sprechenden und effizienten Medizin wird von weiten und wachsenden Teilen der Ärzteschaft gewünscht. Die Unterstützung dieser Entwicklung z.B. durch Hilfestellung bei der Organisierung von Qualitätssicherung ist von zentraler Bedeutung. Auch hier ist nicht erkennbar, welche positive Rolle die Konkurrenz der Kassen dabei spielen könnte.

(g) Kassen, Staat, Bildungsinstitutionen und Medien kommt die langfristige Aufgabe zu, sowohl der in den letzten Jahrzehnten z.B. durch sensationsgeleitete Berichterstattung ins irreal gewachsenen Medizingläubigkeit als auch der durch die gleiche Entwicklung ausgelösten Gegenbewegung zur Unterschätzung der Medizin durch eine realistische Darstellung medizinischer und nicht-medizinischer Bewältigungsmöglichkeiten für Befindensstörungen und Krankheiten entgegenzuwirken. Dabei ist zu beachten, daß eine – nach medizinischen Kriterien – Fehlanspruchnahme der medizinischen Versorgung in der Regel die Folge des Fehlens anderer, v.a. psychosozialer oder pflegerischer Versorgung ist und es – mit großen schichtenspezifischen Unterschieden – nach wie vor auch Unteranspruchnahme der Medizin gibt.

(h) In der Perspektive der hier skizzierten Steuerungsansätze liegen beträchtliche Möglichkeiten gesundheitsverträglicher und zum Teil auch -dienlicher Kostenbeeinflussung. Sollte trotzdem ein ungedeckter Finanzbedarf für die Modernisierung der Gesundheitspolitik verbleiben, steht auch der fiskalische Weg offen. Trotz methodisch unlösbarer Abgrenzungsprobleme können z.B. Instrumente der pretialen Lenkung beim Erwerb oder Gebrauch evident risikoezeugender oder -verstärkender Waren und Dienstleistungen (z.B. Zigaretten, Alkohol, Ski-Lifts, Flug-Drachen, Motorräder, Autos) eingesetzt werden. Sollen solche Einsätze nicht nur Fiskal-, sondern auch Gesundheitspolitik sein, müssen sie in vielschichtig ansetzende Kampagnen eingebettet sein. Dabei sind die Erfolge, aber auch die Fallstricke ausländischer Erfahrungen zu beachten (Kühn 1993). Zivilisations- und rechtsstaatskonform sind ausschließlich Lösungen über Verbrauchssteuern, die aber naturgemäß Ärmere stärker belasten als Reichere. Die Überwachung des persönlichen Gesundheits- bzw. Risiko-Verhaltens über Tests, Kontrollen und Denunziation ist dagegen mit einer liberalen Gesellschaftsordnung völlig unvereinbar. Das Verbot von Zwecksteuern im deutschen Rechtssystem schließt im übrigen nicht aus, die aus solchen Steuern erwachsenen Mehreinnahmen zum Ausbau und Unterhalt gesundheitlicher Infrastruktur zu verwenden.

(i) Eine weitere Möglichkeit der Einnahmeverbesserung besteht in der systemkonformen Ausdehnung des Beitragsvolumens. Viel zu wenig bemerkt von der Öffentlichkeit sind mit den meisten Gesetzen zur Kostendämpfung seit den 70er Jahren schrittweise die Wettbewerbsbedingungen zwischen PKV und GKV zu Lasten der letzteren verschoben worden. Damit hat der Staat eine schiefe Ebene betreten, in deren weiterer Verlauf durch Risikoselektion infolge erfolgreichen Marketings der PKV speziell im Bereich der »guten Risiken« die Grundlagen des Solidarprinzips unterminiert werden können. Demgegenüber ist es notwendig, – auch durch staatliche Maßnahmen – den Eintritt in die und den Verbleib in der GKV attraktiver zu machen. Die starken Anreize für Beamte – als unmittelbarste Staatsdiener –, sich außerhalb der sozialstaatlich getragenen und tragenden Versorgung in der PKV zu versichern, waren und sind eine sozialpolitische Perversion.

(k) Eine finanzielle Stärkung der GKV durch Anhebung von Versicherungspflichtgrenzen und ggf. auch Beitragsbemessungsgrundlagen (ohne Ausweichmöglichkeiten zur PKV) wäre in erster Linie nicht eine Benachteiligung gut verdienender Bevölkerungsgruppen,

sondern integraler Bestandteil der Umsetzung des historisch bewährten und von unserer Rechtsordnung gewollten Modells der solidarischen Krankenversicherung.

Fazit

Die GKV steht heute tatsächlich am Scheidewege: ohne strengere gesundheitswissenschaftliche Kriterien bei der Zulassung neuer Leistungen, ohne moderne Organisation und ohne gemeinsames und einheitliches Handeln gegenüber den Leistungsanbietern drohen am Horizont tatsächlich Rationierung oder gar amerikanische Gegenwartsverhältnisse. Wird aber die GKV mit ihren strukturtragenden Prinzipien modernisiert und in ein Gesamtkonzept von Gesundheitspolitik eingebunden, dann kann sie auch weiterhin ein Erfolgsmodell bleiben. Vor allem in früheren RVO-Kassen sind seit einigen Jahren erfolgreiche Bemühungen zu beobachten, durch Leitbild- und Organisationsentwicklung sowie zunehmende Professionalisierung des Kassenhandelns (Management, social marketing und Gesundheitswissenschaften) diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden. Diese Institutionen haben sich damit als prinzipiell fähig zur Anpassung an gewandelte Problemlagen erwiesen. Ob sie zu Modernisierungsträgern werden können, hängt im wesentlichen von der staatlichen Steuerung und vom gesundheitspolitischen Engagement in den Kassen selbst ab. Die Orientierung auf Kassenkonkurrenz bzw. die Einengung der Diskussion auf Optionen, die mit Kassenkonkurrenz vereinbar sind, löst keine einzige der vielen wichtigen Reformprobleme im Gesundheitswesen, schafft aber dafür viele neue.

Korrespondenzadresse:

Rolf Rosenbrock

Wissenschaftszentrum Berlin

AG Public Health

Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

Literaturverzeichnis

- Abholz, Heinz Harald: Toxoplasmose-Screening in der Schwangerschaft: Mehr Schaden als Nutzen, in: Das Gesundheitswesen, 55 Jg., Heft 8-9/1993, 410-413
- Abholz, Heinz-Harald: Was bringt die Gesundheitsuntersuchung? Eine Beurteilung nach der Auswertung des ersten Jahres, in: Arbeit und Sozialpolitik, 47. Jg., Heft 11-12/1993
- Cochrane, Archibald L.: Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services, Abindon, Berks: Burgess & Son 1972

- GKV-Enquete: Zwischen- und Endbericht der Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV des 11. Deutschen Bundestags, BT 11/3267 und BT 11/6380, Bonn 1988 und 1990
- Kühn, Hagen: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin: edition sigma 1993
- Kühn, Hagen: Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Rationalität der Reformdebatte, in: Rationalitäten in der Medizin, Jahrbuch für kritische Medizin 22, Hamburg 1994, 7-28
- Mielck, Andreas (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidmiologische Forschungen in Deutschland, Opladen: Leske + Budrich 1994
- Naschold, Frieder: Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors, Berlin: edition sigma 1993
- Reiners, Hartmut: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte. WIdO-Materialien Band 30, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 1987
- Rosenbrock, Rolf: Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: B. Riedmüllerr, M. Rodenstein (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung, Frankfurt: Suhrkamp 1989, 137-164
- Rosenbrock, Rolf: Gesundheitspolitik, in: K.Hurrelmann/U. Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1993, 317- 346
- Rosenbrock, Rolf/Hagen Kühn/Barbara Köhler: Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin: edition sigma 1994
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994. Baden-Baden: Nomos 1994
- Schaeffer, Doris/Martin Moers/Rolf Rosenbrock (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin: edition sigma 1994
- Stegmüller, Klaus: »Wählen und Teilen«-Skizzen zu den Konstellationen zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbietern in der Organisationsreform des GSG, in: Arzt-Konsumenten-Verhältnisse, Jahrbuch für kritische Medizin 21, Hamburg: Argument-Verlag 1993, 177-191