

Gerlinger, Thomas

Working Paper

Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel

WZB Discussion Paper, No. P 02-204

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Gerlinger, Thomas (2002) : Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, WZB Discussion Paper, No. P 02-204, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47384>

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.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P02-204

**Zwischen Korporatismus und
Wettbewerb: Gesundheitspolitische
Steuerung im Wandel**

von

Thomas Gerlinger

Berlin, Mai 2002

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Ausgangspunkt des vorliegenden Textes ist die Beobachtung, dass sich seit Beginn der neunziger Jahre ein tiefgreifender Wandel in der politischen Steuerung des Gesundheitswesens vollzieht, der einen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel darstellt. Er ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Individualakteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) mit Hilfe einer Reihe von Instrumenten in ein umfassendes Anreizsystem integriert werden, das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen bei der Erbringung, bei der Finanzierung und – in der konservativ-liberalen Variante – auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung zu orientieren. Wichtige Instrumente dieses Wandels sind die Einführung bzw. der Ausbau des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sowie die Einführung von Pauschalentgelten und Individualbudgets für die Leistungserbringer.

Die Implementation derartiger Steuerungsinstrumente geht einerseits mit einer partiellen Rückführung korporatistischer Steuerungsformen einher, um die Individualakteure in die Lage zu versetzen, den veränderten Anreizen zu folgen; andererseits ist aber auch ein Fortbestand, ja sogar ein partieller Bedeutungszuwachs korporatistischer Steuerungsinstrumente zu beobachten, dem vor allem die Absicht des Gesetzgebers zugrunde liegt, die wahrgenommenen oder antizipierten Fehlanreize der neuen Steuerungsinstrumente zu vermeiden oder zu korrigieren. Vermutlich werden wettbewerbliche Steuerungsinstrumente in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen, allerdings ist nicht damit zu rechnen, dass korporatistische Strukturen und Regelungsmechanismen dabei verschwinden werden. Vielmehr dürfte es bei den bevorstehenden Gesundheitsreformen darum gehen, die Beziehungen von wettbewerblichen und korporatistischen Steuerungsinstrumenten neu zu justieren.

Inhalt

Abstract.....	3
1. Einleitung.....	7
2. Traditionelle Kostendämpfungspolitik.....	8
3. Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik	11
4. Rot-grüne Gesundheitspolitik: Kontinuität und neue Akzente	18
5. Korporatistische Steuerung zwischen Beharrungskraft und Erosion....	21
6. Ausblick: Entwicklungsdynamiken und Entwicklungstrends in der Steuerung der GKV.....	30
Literatur	36

1. Einleitung

Die neunziger Jahre waren das gesundheitspolitisch bisher bewegteste Jahrzehnt in der Geschichte der Bundesrepublik. Zwar ist die Stabilität der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereits seit Mitte der siebziger, als der „kurze Traum immerwährender Prosperität“ zu Ende ging (Lutz 1984), der wichtigste Orientierungspunkt der Gesundheitspolitik, aber seit dem Beginn des letzten Jahrzehnts haben sich nicht nur Tempo und Reichweite gesundheitspolitischer Reformen unverkennbar erhöht, sondern auch die Steuerungsinstrumente erheblich gewandelt. Diese Entwicklung wird in den – nicht sehr zahlreichen – politikwissenschaftlichen Analysen mit z. T. deutlich unterschiedenen Akzenten (Döhler/Manow 1997; Manow 1999: 161ff.; Blanke/Kania 1996; Kania/Blanke 2000; Bandelow 1998; Bandelow/Schubert 1998; Hartmann 2002) und bei den Akteuren der Gesundheitspolitik höchst kontrovers interpretiert. Der folgende Text geht der Frage nach, wie sich die politische Steuerung der GKV in diesem Prozess verändert, insbesondere wie sich gewachsene korporatistische und neu eingeführte wettbewerbliche Steuerungselemente zueinander verhalten.

Seit etwa einem Jahrzehnt – so die Ausgangsthese – vollzieht sich in der politischen Steuerung des Gesundheitswesens ein tiefgreifender Wandel, der einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik darstellt: Die Steuerungsadressaten auf der Mikro-Ebene, also die beteiligten Individualakteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) werden mit Hilfe einer Reihe von Instrumenten in ein umfassendes Anreizsystem integriert, das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung zu orientieren. Wichtige Instrumente dieses Wandels sind die Einführung bzw. der Ausbau des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sowie die Einführung von Pauschalentgelten und Individualbudgets für die Leistungserbringer. Auch die Versicherten bzw. Patienten wurden – in den letzten Jahren der konservativ-liberalen Koalition – mit einer durchgreifenden Privatisierung von Krankenbehandlungskosten in dieses System einbezogen, allerdings waren diese Maßnahmen nur für eine kurze Zeit wirksam, weil die neu ins Amt gekommene rot-grüne Koalition diese Privatisierungsschritte 1998 weitgehend wieder rückgängig machte.

Bei der Neuausrichtung von politischer Steuerung in der GKV überlagern sich unterschiedliche Entwicklungstrends: Zum einen werden wettbewerbliche Elemente auf Kosten korporatistischer Steuerungsformen ausgebaut, um die Individualakteure in die Lage zu versetzen, den veränderten Anreizen zu folgen. Zum anderen ist aber auch ein Fortbestand, ja sogar ein paralleler Bedeutungszuwachs korporatistischer Steuerungsinstrumente zu beobachten, dem vor allem die Absicht des Gesetzgebers zugrunde liegt, die wahrgenommenen oder antizipierten Fehlanreize der neuen Steuerungsinstrumente zu vermeiden oder zu korrigieren.

Der Umbau des GKV-Steuerungssystems ist zu Beginn des neuen Jahrhunderts keineswegs abgeschlossen. Vermutlich werden wettbewerbliche Steuerungsinstrumente in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen, allerdings ist nicht damit zu rechnen, dass korporatistische Strukturen und Regelungsmechanismen dabei verschwinden werden. Vielmehr dürfte es bei den bevorstehenden Gesundheitsreformen darum gehen, die Beziehungen von wettbewerblichen und korporatistischen Steuerungsinstrumenten neu zu justieren. Der Wandel in der Steuerung der GKV ist sektorspezifischer Ausdruck eines übergreifenden Umbaus sozialer Sicherungssysteme in Deutschland und anderen westlichen Gesellschaften. Er bedient sich dabei einiger Instrumente, die seit geraumer Zeit bei der Modernisierung des öffentlichen Sektors (z. B. Naschold 1995; Naschold/Bogumil 1998) Anwendung finden.

2. Traditionelle Kostendämpfungspolitik

Um den Charakter des behaupteten Paradigmenwechsels zu verdeutlichen, sei zunächst in groben Zügen die vorausgegangene, relativ geschlossene Periode von Gesundheitspolitik skizziert, die im folgenden als traditionelle Kostendämpfungspolitik bezeichnet wird. Sie lässt sich auf den Zeitraum zwischen 1975 und 1992 datieren und ist durch folgende Kernmerkmale gekennzeichnet:

1. Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik: Mit ihr wurde die Beitragssatzstabilität, ohne dass dieser Begriff zunächst in den Gesetzesbestimmungen auftauchte, de facto in den Rang einer globalen Zielgröße gehoben. Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik setzte stark auf Empfehlungen und Appelle unter gleichzeitiger Einbindung der beteiligten Akteure, zunächst vor allem der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Wiesenthal 1981: bes. 76ff.). Dabei wurden Mehrausgaben nicht strikt unterbunden: Eine typische Erscheinung in jenen Jahren waren die sogenannten Nachverhandlungen, in denen Leistungsanbieter und Finanzierungsträger die Vergütung nachträglich an die häufig über den prospektiven Vereinbarungen liegende Leistungsmengenentwicklung anpassten. Aber dennoch wurde der Ausgabenanstieg in der GKV spürbar gedrosselt und war die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik – nimmt man die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung als Gradmesser – nicht unbedingt erfolglos (Alber 1989; Rosenbrock 1999).¹
2. Eine vorsichtige, aber doch spürbare Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern – insbesondere in der ambulanten Versorgung: Diese Stärkung erfolgte vor allem auf dem Wege der Angleichung und Zentralisierung der zwischen den Kassen

¹ Dies gilt erst recht, wenn man bedenkt, dass der – seit 1976 im Grunde recht moderate – Anstieg der Beitragssätze in erster Linie einnahmen- und nicht ausgabenbedingt war, nämlich vor allem auf die rückläufige Lohnquote, den hinter dem Bruttoinlandsprodukt zurückbleibenden Anstieg der Grundlohnsumme und auf die sogenannten Verschiebebahnhöfe zwischen den Sozialversicherungszweigen zurückging. Vgl. dazu: Braun/Kühn/Reiners 1998: 21ff.

bzw. Kassenarten zum Teil sehr unterschiedlichen Handlungskompetenzen und Handlungsbedingungen. Wichtige Maßnahmen waren die Verlagerung der Vergütungsverhandlungen bei den damaligen RVO-Kassen² von der einzelnen Kasse auf die Ebene der Landesverbände, die Schaffung einer gemeinsamen – also für alle Kassenarten geltenden – kassenärztlichen Gebührenordnung und die Einbeziehung der Ersatzkassen in den Geltungsbereich der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) erlassenen Richtlinien. Hintergrund dieser Schritte war die Überzeugung, dass das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die gleichzeitige Fragmentierung der Kassenseite zu einer asymmetrischen Machtverteilung zwischen den Akteuren geführt hatte, die es der verfassten Ärzteschaft gestattete, die Kassen in einen Aufschaukelungswettbewerb um ausgabenwirksame Zugeständnisse zu treiben (z. B. Mayntz/Derlien 1979: 23ff., 37ff.).

3. Die vorsichtige Korrektur von Angebotsstrukturen bzw. von Fehlanreizen auf der Seite der Leistungsanbieter (als Überblick: Webber 1988: 193ff.; Webber 1989: 262ff.; Döhler 1990: 405ff.; Alber 1992: 87ff.; Wanek 1994: 126ff.): Dazu zählten insbesondere
- die Einführung einer kassenärztlichen Bedarfsplanung, die den Anstieg der Arztzahlen und damit auch der arztinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begrenzen sollte (Deppe 1987);
 - die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die kassenärztlichen Leistungen, der die Absicht zugrunde lag, vorhandene Anreize zur Ausweitung von technisch-apparativen Leistungen zu schwächen und zu einer gerechteren Honorarverteilung unter den niedergelassenen Ärzten beizutragen (Brenner 1990);
 - die Einführung einer prospektiven Budgetierung und von flexiblen Budgets bei der Krankenhausvergütung, die Anreize zur Verkürzung der Verweildauer und zur Begrenzung von Krankenhausaufnahmen schaffen sollten (Wanek 1994: 151ff.; Simon 2000a: 106ff.);
 - Maßnahmen zur Großgeräteplanung, die darauf zielten, das Angebot medizinisch-technischer Großgeräte und mit ihnen das stark ansteigende Volumen technisch-apparativer Leistungen zu begrenzen (Bruckenberg 1990a, 1990b; Wingenfeld 1992);
 - die Reform des Arzneimittelgesetzes, mit deren Hilfe die Zulassung von Medikamenten stärker als in der Vergangenheit an die Kriterien der Unbedenklichkeit und therapeutischen Wirksamkeit gebunden werden sollte (Rosenbrock 1979: 62ff.; Westphal 1982).

2 Als RVO-Kassen wurden bis 1989, als der die Krankenversicherung regelnde Teil der Reichsversicherungsordnung (RVO) als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB V) eingegliedert wurde, die Orts-, Innungs-, Betriebs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen bezeichnet, die im Unterschied zu den Ersatzkassen nicht über einen Sonderstatus in der GKV verfügten.

4. Einen Trend zur Privatisierung von Krankenbehandlungskosten: Für verschiedene Leistungen wurden individuelle Zuzahlungen eingeführt und sukzessive erhöht; vereinzelt wurden Leistungen auch von der Erstattungspflicht der Kassen ausgenommen (z. B. die sogenannten Bagatellarzneimittel).

Im Kern aber blieben unter dem Dach der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik die bisherigen Anreizstrukturen für die Akteure unverändert. Entweder wiesen sie in Richtung auf eine Ausweitung der Leistungsmenge oder waren zumindest nicht so beschaffen, dass sie die Akteure veranlasst hätten, aus eigenem finanziellen Interesse die Erbringung, Finanzierung oder Inanspruchnahme von Leistungen nachhaltig einzuschränken. Insofern war die traditionelle Kostendämpfungspolitik durch den Widerspruch zwischen dem globalen Ziel der Beitragsstabilität bzw. der Ausgabenbegrenzung und den finanziellen Anreizen für die Individualakteure gekennzeichnet. Auf Seiten der Leistungserbringer waren es die geltenden Vergütungs- und Finanzierungsformen, insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip in der stationären Versorgung und die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor, von denen ein starker Anreize zur Mengenausweitung ausging. Die Kassen genossen durch das System der weitgehend starren Mitgliederzuweisung de facto einen Bestandsschutz; ihre Konkurrenz um Mitglieder beschränkte sich auf das Segment der Pflichtversicherten mit Wahlfreiheit, also vor allem der Angestellten, und der freiwillig Versicherten. Außerdem begrenzte der *ausgabenorientierte* Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner, auf die mehr als 40 % der Leistungsausgaben entfielen (Enquete-Kommission 1990, Bd. 1: 430), das Kasseninteresse an einer sparsamen Verwendung der Finanzmittel (Reiners 1993: 31).³ Zwar waren die Finanzierungsträger auch unter diesen Bedingungen bemüht, Beitragssatzanhebungen zu vermeiden, gleichwohl blieben absehbare Erhöhungen in ihren negativen Auswirkungen auf die Kasse begrenzt und überschaubar. Auf Seiten der Versicherten bzw. der Patienten war das erreichte Zuzahlungsvolumen wohl zu gering, um sie in nennenswertem Umfang zu einer Reduzierung der Leistungsanspruchnahme zu veranlassen.⁴ Zuzahlungen der GKV-Versicherten hatten Ende der achtziger bzw. Anfang der neunziger Jahre ein aus heutiger Sicht noch recht geringes Niveau (Berg 1986: 35; SVRKAiG 1989: 56, 179; Alber 1992: 60; Pfaff/Busch/Rindsfüßer 1994: bes. 205ff.; Braun 2000: 24f., 29f.). 1991 beliefen sie sich auf

3 Im Hinblick auf die Ausgaben für Rentner hatten die Kassen sogar ein manifestes Interesse an großzügigen Vergütungsvereinbarungen mit der Ärzteschaft, weil ein Ausgabenzuwachs in der Krankenversicherung der Rentner über den ausgabenorientierten Finanzausgleich von den anderen Kassen mitfinanziert wurde (SVRKAiG 1989: Ziff. 170ff.).

4 Hier soll nicht erörtert werden, ob finanzielle Anreize zur Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen überhaupt ein unter Ausgabengesichtspunkten sinnvolles oder unter normativen Maßstäben wünschenswertes Unterfangen sind. Empirische Untersuchungen deuten darauf hin, daß von Zuzahlungen vor allem dann Steuerungseffekte ausgeht, wenn sie für die Patienten finanziell spürbar sind (z. B. Schulenburg/Greiner 2000: 77ff.). In diesem Fall treffen sie aber insbesondere sozial schwache Bevölkerungsschichten (Mielck 2000, S. 240ff.; Klose/Schellschmidt 2001, S. 136f.).

6,6 Mrd. DM; dies entsprach 4,4 % der GKV-Leistungsausgaben (ohne Dialyse- und Mutterchaftskosten) (Pfaff/Busch/Rindsfüßer 1994: 158, 205).⁵

Strukturreformen im Gesundheitswesen, also solche Maßnahmen, die eine „Umverteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten im Hinblick auf die Finanzierung, die Bereitstellung und auf die Regulierung von medizinischen Leistungen“ (Webber 1988: 157) herbeiführen, blieben in jenen Jahren aus. Zwar waren weiterreichende Reformkonzeptionen durchaus vorhanden (z. B. Enquete-Kommission 1990), jedoch machten sich die Akteure des politischen Systems diese, wenn überhaupt, meist nur in abgeschwächter Form zu eigen und tat der politische Widerstand aus den Reihen der Ärzteschaft, unterstützt in erster Linie von der FDP, und der Länder ein Übriges, um Strukturreformen zu blockieren oder zu unterlaufen (Rosewitz/Webber 1990). So blieb die Steuerungswirkung dieser Bemühungen insgesamt sehr begrenzt.

3. Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

In der ersten Hälfte der neunziger Jahre kam es zu einer Kumulation von Problemen sowohl in der gesellschaftlichen Umwelt des Gesundheitssystems als auch im GKV-System selbst, angesichts derer die bisher verfolgten Problemlösungen zunehmend als unzulänglich wahrgenommen wurden. Erstens verschärfte die Globalisierung der Wirtschaftsbeziehungen die Konkurrenz der Wirtschaftsstandorte – ein Wandel, der in den Interpretationsmustern angebotsorientierter Modernisierungsstrategien den Druck zu einer Begrenzung von Lohnkosten, und darin eingeschlossen eben auch der GKV-Beiträge, erhöhte. In die gleiche Richtung wirkten – zweitens – die auf den Einigungsboom folgende Rezession und der parallele Anstieg der Arbeitslosenzahlen – beides Faktoren, die 1991 und 1992 zugleich zu kräftigen Ausgaben- bzw. Beitragssatzsteigerungen beitrugen. Drittens wurden mit dem Scheitern des 1989 in Kraft getretenen und zunächst als „Jahrhundertreform“ apostrophierten Gesundheitsreformgesetzes (GRG) die Grenzen traditioneller Kostendämpfungspolitik immer deutlicher und wuchs die Entschlossenheit der Politik zu strukturellen Eingriffen in das Gesundheitssystem (z. B. Wanek 1994: 299ff.; Perschke-Hartmann 1994: 203ff.).

Vor diesem Hintergrund wurden mit neuer Dringlichkeit externe Anforderungen an das Gesundheitssystem herangetragen, die mit den gewachsenen Regulierungsstrukturen kollidierten.⁶ In der Folge leitete das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 (BGBl. I: 2266) je-

5 Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass mit diesen Zahlen nicht alle Formen der Selbstzahlung bzw. Selbstbeteiligung erfasst sind. So sind private Aufwendungen für Hilfsmittel wie Brillen und Hörgeräte in diesen Zahlen ebenso wenig enthalten wie Zahlungen für Leistungen, die nicht oder nicht mehr zum Leistungskatalog gehörten (Pfaff/Busch/Rindsfüßer 1994: 158). 1977 belief sich das gesamte Zuzahlungsvolumen der GKV-Versicherten noch auf 1,9 Mrd. DM, also 2,8 % der GKV-Leistungsausgaben (Wanek 1994: 243).

6 Man kann diesen Prozess auch als sektoralen Ausdruck jenes Wandel von Staatsaufgaben, Staatstätigkeit und Staatsverständnis begreifen, den Joachim Hirsch mit dem Begriff des postfordistischen „nationalen

nen tiefgreifenden Wandel ein, den der Gesetzgeber in den nachfolgenden Jahren – mit teils unterschiedlichen Akzenten – in der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform und in der GKV-Gesundheitsreform 2000 weiterverfolgte und der die Gesundheitspolitik der neunziger Jahre insgesamt prägte. Im Zuge dieser Entwicklung wertete der Gesetzgeber die Beitragssatzstabilität als gesundheitspolitische Zielgröße weiter auf (Freudenberg 1995) und flankierte sie die meiste Zeit durch sektorale Budgetierungen der GKV-Ausgaben. Aber nicht darin ist ein Paradigmenwechsel zu sehen, sondern vielmehr im Einsatz einer Reihe von Steuerungsinstrumenten, die für die GKV entweder neu waren oder so ausgebaut wurden, dass sie die Anreizstrukturen für die Akteure nachhaltig veränderten. Hierzu gehören folgende Komponenten:

- Der mit der freien Kassenwahl konstituierte Kassenwettbewerb: Die Finanzierungsträger verloren nun ihre Bestandsgarantie. Der Beitragssatz wurde zum entscheidenden Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder, und jede Beitragssatzanhebung war fortan mit dem drohenden Verlust von Marktanteilen behaftet (z. B. Stegmüller 1996).
- Die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung der Leistungserbringer: Im ambulanten Sektor orientierte sich die ärztliche Honorierung zwar nach wie vor am Grundsatz der Einzelleistungsvergütung, allerdings wurden mit den neu geschaffenen Praxisbudgets bzw. Regelleistungsvolumina arztindividuelle Punktzahlobergrenzen definiert, die den Trend zur Mengenexpansion spürbar beschränkten (Gerlinger 1997a). Parallel dazu wurde mit der Ordinationsgebühr ein Teil bisher einzeln abrechenbarer Leistungen nunmehr pauschal abgegolten. Im stationären Sektor fanden mit den im GSG vorgesehenen Fallpauschalen und Sonderentgelten erstmals von der Verweildauer unabhängige Pauschalvergütungen Anwendung. Zwar erfassten sie zunächst nur etwa 25 % der Krankenhausleistungen, jedoch schreibt das mit der 1999 verabschiedeten GKV-Gesundheitsreform 2000 (BGBl. I: 2626) reformierte Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nunmehr „ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ (§ 17b Abs. 1 KHG) auf der Grundlage diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) vor, das nahezu alle Krankenhausleistungen umfassen soll (dazu: Simon 2000b). Mit dieser Neuausrichtung der Vergütungssysteme verlagerte sich im ambulanten wie im stationären Sektor das Finanzierungsrisiko der Krankenbehandlung zu einem erheblichen Teil auf die *individuellen* Leistungsanbieter. Dabei sind mit Pauschalentgelten und Budgets unterschiedlich akzentuierte Handlungslogiken verknüpft. Pauschalen bringen eine Umkehrung der finanziellen Anreize zur Leistungserbringung mit sich: Nicht mehr auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern – bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall – dem der Leistungsminimierung können die Leistungsanbieter ihre Einkommen erhöhen (z. B. Reinhardt/Sandier/Schneider 1986; Abholz 1992), denn diese ergeben sich nun

Wettbewerbsstaats“ (Hirsch 1995) und Bob Jessop als Wandel „Keynesian Welfare State“ zum „Schumpeterian Workfare State“ charakterisiert hat (Jessop 1994: 43ff, bes. 57).

aus der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten. Budgets definieren im Unterschied dazu eine Ausgabenobergrenze (je Arzt bzw. je Krankenhaus) für die von den Kassen finanzierte Leistungsmenge und begrenzen daher den Trend zur Mengenexpansion. Der finanzielle Anreiz zur Minimierung (d.h. zur Vorenthaltung oder zeitlichen bzw. institutionellen Verschiebung) von Leistungen entsteht hier erst dann, wenn die Budgetgrenze erreicht ist oder aus Sicht des Leistungserbringers überschritten zu werden droht.⁷

- Ein Schub in Richtung auf die Privatisierung von Krankenbehandlungskosten: Dieser Schub wurde vor allem mit der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform vollzogen, insbesondere mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 (BGBl. I: 1631) sowie dem 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 (GKV-NOG) (BGBl. I: 1518 bzw. 1520). Zu den Privatisierungsmaßnahmen zählten u.a. neue Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Einführung von Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen und Kostenerstattung; eine kräftige Anhebung und Dynamisierung sämtlicher Zuzahlungen; die Ausgliederung des Zahnersatzes für alle damals unter 18jährigen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen, also die vollständige Ausgliederung einer relevanten Leistungsart für einen wachsenden Teil der Bevölkerung; die Einführung der Kostenerstattung an Stelle des Sachleistungsprinzips für die kieferorthopädische Behandlung und den Zahnersatz. Damit führte der Gesetzgeber Kernelemente der privaten Krankenversicherung in die GKV ein und ging weit über die bisherige Praxis der – sukzessiven und insgesamt eher moderaten – Anhebung von Zuzahlungen hinaus. Allerdings konnten diese Maßnahmen keine nachhaltige Wirkung entfalten, weil die rot-grüne Bundesregierung sie unmittelbar nach ihrem Amtsantritt weitgehend rückgängig machte.

Gemeinsam ist diesen Steuerungsinstrumenten, dass sie für Individualakteure einen Anreiz schaffen, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Auf diese Weise soll eine Kohärenz zwischen gesundheitspolitischem Globalziel und individuellen Handlungsrationaltäten hergestellt werden.⁸ Damit verbunden ist eine neue Dimension der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Begleitet wird diese Entwicklung von einer weiteren Stärkung der Finanzierungsträger, deren Handlungsmöglichkeiten gegenüber den Leistungserbringern im ambulanten Sektor, aber auch im stationären Sektor ausgeweitet werden (s. u.).

7 Dies bedeutet nicht unbedingt, dass jeder Arzt diesen Handlungsanreizen auch folgt, allerdings gehen politische Akteure beim Einsatz vergütungspolitischer Steuerungsinstrumente davon aus, dass sie damit eine Steuerungswirkung erzielen, und sowohl praktische Erfahrungen als auch empirische Analysen geben ihnen auch Recht (Gerlinger 1997b; Braun 2000; Simon 2001).

8 Vgl. zu den Auswirkungen dieses Wandels auf die Kultur der Patientenversorgung: Kühn 1996; Gerlinger 1997b; Braun 2000; Simon 2001; Deppe 2000: 227ff.

Wenn das GSG als Beginn der skizzierten Neuausrichtung von Gesundheitspolitik bewertet wird, so soll damit weder behauptet werden, dass es nicht auch zuvor ähnliche Steuerungsversuche gegeben hätte, noch, dass Elemente traditioneller Kostendämpfung mit und nach dem GSG aus dem Repertoire der Gesundheitspolitik eliminiert worden wären.⁹ Auch wenn also zu konzedieren ist, dass Paradigmenwechsel nicht immer – besser: wohl niemals – vollständig trennscharf sind, so nimmt das GSG bei der Wahl der Steuerungsinstrumente doch entscheidende Weichenstellungen vor, mit denen es sich von vorangegangenen Gesundheitsreformen unterscheidet und die für die weitere Entwicklung von Gesundheitspolitik prägend sind. Insofern kann es mehr als jede andere Gesundheitsreform in der Geschichte der Bundesrepublik den Anspruch erheben, tatsächlich eine „Jahrhundertreform“ zu sein.

Exkurs: Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik – strategische Absicht oder unbeabsichtigte Nebenfolge staatlicher Steuerungsversuche?

Kommt in dem gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel ein strategisch absichtsvolles Handeln der politischen Entscheidungsträger zum Ausdruck? Oder handelt es sich eher um eine unbeabsichtigte Nebenfolge staatlicher Steuerungsversuche? Das Wissen über Steuerungseffekte ist im Gesundheitssektor recht ausgeprägt. Die langjährige Erfahrung mit den Wirkungen der Kostendämpfungsgesetze lieferten ebenso wie die zunehmend rezipierten internationalen Erfahrungen mit Gesundheitsreformen eine Fülle praktischen Anschauungsmaterials über die Wirkungen politischer Interventionen; darüber hinaus trugen die Bildung und Professionalisierung von Planungsstäben in Politik, Verwaltung und Verbänden sowie die universitär und außeruniversitär sich rasch ausweitende wissenschaftliche Beschäftigung mit gesundheitspolitisch relevanten Problemen zur Bereitstellung umfangreichen Steuerungswissens bei.¹⁰ Die beteiligten Akteure hatten im Verlauf der langjährigen Auseinandersetzungen um die Gesundheitspolitik ein breites Spektrum recht detaillierter Reformkonzepte entwickelt.¹¹

9 Dies lässt sich etwa am Beispiel der Krankenhauspolitik zeigen. So verfolgte z. B. bereits das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1984 (BGBl. I: 1716) mit der Einführung prospektiv vereinbarter, flexibler Budgets die Absicht, das Interesse der Krankenhäuser auf eine Leistungsbegrenzung bzw. eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu lenken, wobei es sich allerdings um wenig wirksame Korrekturen an weiterhin gültigen Vergütungsprinzipien handelte. Umgekehrt war auch mit dem GSG das Selbstkostendeckungsprinzip keineswegs beseitigt. Nicht nur, dass die reformierte Krankenhausvergütung zunächst ohnehin als Mischsystem konzipiert war – darüber hinaus war die Einführung von krankenhausbefugten Budgets und von Pauschalvergütungen mit zahlreichen Ausnahmeregelungen versehen, die dazu führten, dass sich die Krankenhausvergütung bis in die zweite Hälfte der neunziger Jahre hinein de facto weiterhin am Selbstkostendeckungsprinzip orientierte (Simon 2000a: 246ff, 280ff.).

10 Dabei ist charakteristisch, dass sich dieses Wissen weit stärker auf den Zusammenhang von finanziellen Steuerungsanreizen und Entwicklung der Leistungsmenge als auf die Generierung – und Anwendung – von Wissen über die Voraussetzungen für eine hohe Ergebnisqualität medizinischer Behandlung bezieht. Vgl. als grundlegenden Überblick über das Problem der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen: SVRKAiG 2000/2001.

11 Das bis heute wohl eindrucksvollste und in nicht wenigen Teilen immer noch aktuelle Dokument über Steuerungsprobleme der GKV sowie die Bandbreite und die erwarteten Steuerungswirkungen von Reform-

Gleichzeitig wirkt bereits in der Planungsphase von Gesetzesvorhaben der Pluralismus der beteiligten Interessen als ein überaus empfindlicher Seismograph für mögliche Steuerungseffekte von Reformprojekten und einzelnen Reformkomponenten.

Vor diesem Hintergrund wird man die strategische Absicht der Akteure des politischen Systems bei der Verfolgung des gesundheitspolitischen Wandels durchaus hoch veranschlagen müssen. Sowohl mit Blick auf die Vergütungssysteme in der ambulanten (z. B. Schulenburg 1981; Reinhardt/Sandier/Schneider 1986; Abholz 1992) und der stationären Versorgung (dazu: Simon 2000a: 93f., 99f., 108ff., 167ff.) als auch mit Blick auf die Organisation der GKV (z. B. Mayntz/Derlien 1979) waren die zentralen Steuerungsprobleme – zum Teil schon seit den siebziger Jahren – bekannt und wichtige Reformoptionen samt ihrer erwarteten Steuerungswirkungen ausgearbeitet (dazu umfassend: Enquete-Kommission 1990). Gleichwohl bedeutet dies nicht unbedingt, dass sämtliche skizzierten Maßnahmen von langer Hand geplant und in strategischer Absicht auf den Weg gebracht worden wären. Des öfteren waren es auch situationsabhängige Opportunitätsabwägungen, unbeabsichtigte Nebenwirkungen zuvor erfolgter Interventionen oder prozedurale Handlungszwänge, die (erst) die Aufnahme von – im Sinne der skizzierten Neuausrichtung von Gesundheitspolitik – zielführenden Komponenten in gesundheitspolitische Reformvorhaben auslösten.

Eine strategische Absicht war sicherlich bei der Reform der Krankenhausvergütung handlungsleitend. Hier hatte die Ministerialbürokratie – wie bereits erwähnt – schon in den siebziger Jahren entsprechende Konzeptionen entwickelt (dazu im Detail: Simon 2000a).

Im Hinblick auf die Einführung von Wahlfreiheit und Kassenwettbewerb stellt sich die Lage weit unübersichtlicher dar. Bei der Diskussion um die Organisationsreform der GKV, die seit Ende der achtziger Jahre mit großer Intensität geführt wurde, standen andere als die ordnungspolitischen Implikationen der Kassenkonkurrenz im Mittelpunkt, nämlich die bisherige Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten bei der Kassenwahl sowie die in der Vergangenheit gestiegenen und außerordentlich großen Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen.¹² Auch die dem Gesetzentwurf zum GSG beigefügte Begründung enthält keinen Hinweis auf die ordnungspolitische Funktion der freien Kassenwahl; vielmehr verweisen die einschlägigen Passagen lediglich auf eine angestrebte Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten (Bundestagsdrucksache 12/3608: 112f.). Insbesondere aus Sicht der SPD und der Gewerkschaften war die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten und die mit dem Risiko-

optionen ist der zweibändige Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestags zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Enquete-Kommission 1990).

12 In diesem Zusammenhang wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die GKV-Beitragssätze am Ende der 80er Jahre zwischen 8 % und 16 % schwankten. Mitglieder der teuersten Kasse mussten also bei identischem Bruttoeinkommen doppelt so hohe Beiträge entrichten wie diejenigen der günstigsten Kasse – und dies bei nahezu identischem Leistungsumfang. Dieser verfassungsrechtlich bedenkliche und politisch nicht zu rechtfertigende Unterschied spielte eine große Rolle in der Debatte um die Organisationsreform (z. B. Enquete-Kommission 1990, Bd. I: 387ff.).

strukturengleich verbundene Aussicht auf eine Nivellierung der in erster Linie ihre Wählerklientel benachteiligenden Beitragssatzunterschiede ein bedeutendes sozialpolitisches Anliegen (z. B. Kirschner 1990; Standfest 1990).

Zugleich war in der gesundheitspolitischen Reformdiskussion aber auch bereits deutlich geworden, dass eine Implementierung der freien Kassenwahl von großer ordnungspolitischer Tragweite sein würde, weil sie die Anreizstrukturen für das Kassenshandeln nachhaltig verändern würde. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVRBgwE) hatte bereits in seinem Jahresgutachten 1985/86 die freie Kassenwahl als wichtigen Schritt in Richtung auf ein stärker an Marktmechanismen ausgerichtetes Gesundheitswesen charakterisiert (SVRBgwE 1985: Ziff. 369). Mit ähnlicher Stoßrichtung hoben auch die Reformkonzeptionen liberaler Gesundheitsökonomien die ordnungspolitische Bedeutung einer solchen Reform hervor (vgl. z. B. Gitter/Oberender 1987: 17ff., 31ff., 97ff.; Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ 1988: 96ff., bes. 103ff.; Enquete-Kommission 1990, Bd. 1: 447ff.). Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) hatte – wenn auch ein wenig zurückhaltender – die Organisationsreform der GKV in diesen Kontext gestellt (SVRKaiG 1988: Ziff. 211ff.; 1990: Ziff. 583ff.).¹³ Welche Rolle dieser Aspekt im Handlungskalkül liberaler und konservativer Entscheidungsträger in Parlament und Parteien spielte, lässt sich letztlich nicht mit Sicherheit sagen. Allerdings kann der Umstand, dass liberale Gesundheitsökonomien und führende Vertreter von CDU/CSU und FDP in den Jahren nach der Verabschiedung des GSG sehr rasch und mit großem Nachdruck eine Ausweitung der Wahlfreiheit auch auf den versicherten Leistungsumfang propagierten, als ein hartes Indiz dafür gewertet werden, dass die Einführung der freien Kassenwahl zumindest von weitsichtigen Strategen bereits frühzeitig als Sprungbrett für die Schaffung eines stark an marktförmigen Steuerungselementen orientierten Gesundheitssystems verstanden wurde.¹⁴ Die Verwerfungen im gewachsenen GKV-System, auf die die Organisationsreform des Jahres 1992 eine Antwort darstellen sollte, haben in diesem Fall ein *policy-window* (Kingdon 1995) geöffnet, ohne das die Einleitung eines Paradigmenwechsels in der Gesundheitspolitik vor erheblich größeren Schwierigkeiten gestanden hätte.

Anders verhielt es sich mit der Reform der ambulanten Vergütung. Hier hatte das GSG selbst im Hinblick auf die Reform von Honorierungsformen nur recht vage Regelungen getroffen,

13 Dabei setzte der SVRKaiG durchaus unterschiedliche Akzente: Während er im Jahresgutachten 1990 dafür plädierte, dass die Erweiterung von Gestaltungsmöglichkeiten „nicht in erster Linie auf der Versichertenseite ansetzen, sondern den Kassen neue Möglichkeiten zur Steuerung des Leistungsgeschehens eröffnen“ sollte (SVRKaiG 1990: Ziff. 584), stellte er im Sachstandsbericht 1994 (Ziff. 368ff., bes. 417ff.) bereits unterschiedliche Modelle für eine Trennung des GKV-Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen zur Diskussion.

14 Zu diesem Zusammenhang gehört auch der erwähnte Akzentwechsel, den der SVRKaiG 1994 in seinem ersten Gutachten nach Inkrafttreten des GSG vornahm. Er findet seinen Ausdruck auch in der Reihenfolge der Handlungsprinzipien, die im Untertitel dieses Sachstandsberichts erscheinen: „Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität“.

die für sich allein nicht die Notwendigkeit eines wirklich weitreichenden Umbaus begründet hätten (Gerlinger 1997a). Entscheidend für die schließlich vollzogene Reform des ambulanten Vergütungssystems waren nicht die unmittelbaren Gesetzesbestimmungen zur Honorierung ambulanter Leistungen selbst, sondern ein im Gefolge des GSG eintretender Wandel von Interessenkonstellationen sowohl in der Vertragsärzteschaft als auch bei den Krankenkassen. Bei den Vertragsärzten führten die Folgewirkungen der sektoralen Budgetierung, verstärkt durch die Niederlassungswelle im Jahr 1993, zu einer Zuspitzung der Verteilungskonflikte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vollzog im Verlauf des Konflikts nolens volens einen Strategiewechsel, indem sie unter heftigsten internen Auseinandersetzungen von der Forderung nach einer ungedeckelten Einzelleistungsvergütung, einer bis dato „heiligen Kuh“ ärztlicher Standespolitik, Abstand nahm und sich zur oben erwähnten Vergütungsreform durchrang (Bewertungsausschuss 1996, 1997). Diesem Strategiewechsel lag die sich im Verlauf des Konflikts herausbildende Überzeugung zugrunde, dass eine Individualbudgetierung und Teilpauschalierung des vertragsärztlichen Honorars unumgänglich sei, wenn man dem Teufelskreis von Mengenexpansion und Punktwertverfall („Hamsterradeffekt“) entfliehen wollte; zudem sahen die KBV-Strategen eine weitreichende Reform als unumgänglich an, um den Zusammenhalt zwischen den Hausärzten und Fachärzten zu wahren, die drohende Spaltung der Vertragsärzteschaft zu vermeiden und damit mittel- und langfristig als unverzichtbar wahrgenommene Voraussetzungen für die politische Durchsetzungsfähigkeit der Vertragsärzteschaft zu erhalten (Gerlinger 1997a, 1997b). Auch die Krankenkassen drängten angesichts der bevorstehenden Verschärfung ihrer internen Konkurrenz entschiedener als in der Vergangenheit auf eine durchgreifende Vergütungsreform. Insofern war die Reform der ambulanten Vergütung eher eine Nebenfolge der vom GSG geschaffenen Konstellationen als eine vom Gesetzgeber von langer Hand geplante Neuordnung (Gerlinger 1997a). Gleichwohl war sie ihm sehr willkommen und hinderte ihn ihre Entstehungsgeschichte nicht daran, die Kernelemente der entsprechenden Vereinbarung, die 1997 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV getroffen worden war (Bewertungsausschuss 1997), nur wenig später mit dem 2. GKV-NOG in den Status einer gesetzlichen Bestimmung zu heben (§ 85 Abs. 2 SGB V).¹⁵

15 Die Regelleistungsvolumina in ihrer Definition gemäß dem 2. GKV-NOG unterscheiden sich von den Praxisbudgets vor allem dadurch, dass die sich im Rahmen der definierten Höchstgrenze bewegendenden Leistungen zu einem festen und die darüber hinausgehenden Leistungen zu einem abgestaffelten Punktwert vergütet werden. Demgegenüber hatten die Praxisbudgets für die Leistungen bis zur arztindividuellen Ausgabenobergrenze einen floatenden Punktwert nicht prinzipiell ausgeschlossen – der nämlich dann eintreten würde, wenn das *Gesamtleistungsvolumen* den durch das *Gesamtbudget* für ambulante Behandlung gesetzten Ausgabenrahmen übersteigen sollte – und für Überschreitungen des arztindividuellen Budgets überhaupt keine Vergütung mehr vorgesehen. Bei dieser Bestimmung handelte es sich also um eine Intervention des Gesetzgebers zugunsten der Vertragsärzte, denn damit wurde die Budgetierung der Gesamtvergütung für ambulante Behandlung aufgehoben. Die rot-grüne Regierung wandelte mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz die Bestimmungen des 2. GKV-NOG über feste bzw. abgestaffelte Punktwerte in Kann-Regelungen um (§ 85 Abs. 4 SGB V). Dabei implizierte die parallele Wiedereinführung sektoraler Budgets de facto eine

Einem anderen Muster folgte die den Kassen eingeräumte Möglichkeit, bei Vereinbarungen über die integrierte Versorgung nach § 140a-h SGB V die KVen zu umgehen. Der ursprüngliche Gesetzentwurf der rot-grünen Koalition hatte noch vorgesehen, jeden einschlägigen Vertrag der Zustimmungspflicht durch die jeweilige KV zu unterwerfen, auch wenn sie selbst nicht Vertragspartner war (Bundestagsdrucksache 14/1245: 25). Zur Begründung verwies der Gesetzentwurf ausdrücklich auf den Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Körperschaft (Bundestagsdrucksache 14/1245: 92). Die Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung an den KVen vorbei zu schließen, wurde erst im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens in den Reformentwurf aufgenommen, und zwar in der Absicht, eine Zustimmungspflicht für das verbliebene Gesetzespaket durch den Bundesrat zu umgehen (Broll/Broll/Lehr 2000: 856). Die Entstehungsgeschichte dieser Bestimmung verdeutlicht, wie stark prozedurale Zwänge bisweilen Politikinhalt beeinflussen können. Allerdings wäre eine derartige Entscheidung wohl kaum gefallen, wenn sie nicht ohnehin mit übergreifenden Politiküberzeugungen – der Eignung von Wettbewerb und Deregulierung als Steuerungsinstrumente auch im Gesundheitswesen, dem Ruf nach mehr Flexibilität in der Vertragspolitik und einer „Auflösung der Kartelle“ – kompatibel gewesen wäre und sich nicht in entsprechende gesundheitspolitische Entwicklungstrends eingefügt hätte. Ungeachtet dessen, ob diese Maßnahmen stets in strategischer Absicht ergriffen worden sind, folgt die faktische Entwicklung von Gesundheitspolitik dem oben dargelegten Trend.

4. Rot-grüne Gesundheitspolitik: Kontinuität und neue Akzente

Wie verhält sich rot-grüne Gesundheitspolitik zu diesem gesundheitspolitischen Wandel? Zunächst ist festzuhalten, dass die skizzierten Veränderungen keineswegs nur auf das Konto der konservativ-liberalen Regierungskoalition gehen. Die mit dem GSG vorgenommenen gesundheitspolitischen Weichenstellungen – die Organisationsreform der GKV und die Einführung von Pauschalvergütungen in der stationären Versorgung – wurden in großer Koalition von CDU/CSU und SPD auf den Weg gebracht (z. B. Reiners 1993; Perschke-Hartmann 1994; Manow 1994).¹⁶ Hingegen war die Einbeziehung des Patienten als Steuerungsinstanz, so wie es in der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform geschah, zwischen Regierung und Opposition heftig umstritten.

Rot-grüne Gesundheitspolitik weist im Verhältnis zu derjenigen der Vorgängerregierungen sowohl Kontinuitätselemente als auch neue Akzente auf. Kontinuität existiert vor allem im

Rückkehr zu den 1997 von der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Bildung von Praxisbudgets geschaffenen Vergütungsmodalitäten.

16 Dabei gehörten die Einführung der freien Kassenwahl und die Reform der Krankenhausvergütung zu jenen Reformkomponenten, die auch bei der im Reformprozess ansonsten weitgehend marginalisierten FDP auf Zustimmung stießen. Die FDP lehnte insbesondere die Einführung sektoraler Budgets ab, und dies vor allem wegen ihrer einkommensmindernden Effekte für die Leistungsanbieter (Reiners 1993: 25).

Hinblick auf das Ziel der Ausgabenbegrenzung: Auch für die rot-grüne Regierung ist Gesundheitspolitik zuallererst Standortpolitik und genießt daher die Stabilität der Beitragssätze in der GKV oberste Priorität. Dabei fasste die GKV-Gesundheitsreform 2000 diesen Grundsatz sogar noch schärfer, als dies in den gesundheitspolitischen Reformen der Ära Kohl geschehen war.¹⁷ Kontinuität lässt sich aber auch im Hinblick auf zentrale Steuerungsinstrumente feststellen. Ebenso wie der konservativ-liberalen Koalition gelten auch der rot-grünen Regierung die 1997 in Kraft getretene freie Kassenwahl der Versicherten und der damit institutionalisierte Kassenwettbewerb als unverzichtbare Instrumente für die Gewährleistung einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Versorgung.¹⁸ Ebenso hat sie an den Individualbudgets für Ärzte und Krankenhäuser festgehalten. Die Reform der Krankenhausvergütung stellt eine Fortführung des mit dem GSG eingeschlagenen Weges dar, und jüngst hat Gesundheitsministerin Schmidt die Absicht geäußert, nach der Bundestagswahl 2002 krankheitsbezogene Fallpauschalen auch in der ambulanten Versorgung zu implementieren (BMG 2001). Schließlich setzte sie den Trend zu einer weiteren – wenngleich nicht durchgreifenden – Stärkung der Kassenseite gegenüber den Leistungsanbietern (z. B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) fort, um diese in die Lage zu versetzen, stärker auf die Bedingungen der Leistungserbringung Einfluss zu nehmen (vom „payer“ zum „player“). Nunmehr können Modellvorhaben (§ 64 SGB V) und Verträge zur sektorübergreifenden Versorgung (§ 140a-h SGB V) unter Umgehung der KVen geschlossen werden. Die Finanzierungsträger sollen auf diese Weise nicht nur für die Einhaltung der staatlich verordneten Ausgabenbegrenzungen Sorge tragen, sondern auch den anvisierten versorgungspolitischen Innovationen zur Durchsetzung verhelfen können. Generell setzt sich damit der Trend fort, den Kassen bei der Exekution der staatlicherseits vorgegebenen Ausgabenbegrenzungsziele eine Schlüsselrolle zuzuweisen. Im Hinblick auf die für 2003 anvisierte große Gesundheitsreform hat Bundesgesundheitsministerin Schmidt mittlerweile angekündigt, die Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss selektiver Verträge mit Leistungsanbietern auszuweiten, allerdings ohne den KVen – wie bisweilen gefordert (Glaeske et al. 2001) – den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung zu entziehen (BMG 2002).

17 Schrieb der mit dem GRG eingeführte und bis zum Ende der konservativ-liberalen Koalition unverändert gebliebene § 71 Abs. 1 SGB V den Krankenkassen und den Leistungserbringern lediglich vor, dass sie „in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 SGB V) zu *beachten*“ haben (Hervorh. d. Verf.; T.G.), so bestimmte er mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 nunmehr, dass die Vertragspartner „die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch und dem KHG sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen so zu gestalten [haben], dass Beitragssatzerhöhungen *ausgeschlossen* werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).“ (Hervorh. d. Verf.; T.G.) Auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) enthält nunmehr einen ausdrücklichen Hinweis auf diese verschärfte Fassung des § 71 Abs. 1 SGB V (§ 17 Abs. 1 KHG).

18 Die 2001 vorgenommene Reform des Risikostrukturausgleichs verfolgt dabei das Ziel, die sichtbar gewordenen Fehlsteuerungen des Kassenwettbewerbs zu korrigieren, stellt aber keineswegs eine Abkehr von diesem Steuerungsinstrument dar.

Neue Akzente bestehen vor allem in der Stärkung von Solidarelementen, die in der weitgehenden Rücknahme jener Maßnahmen zur Kostenprivatisierung sichtbar wird, die in der Spätphase der konservativ-liberalen Koalition eingeführt worden waren. Parallel dazu griff die rot-grüne Gesundheitspolitik wieder auf die bereits mit dem GSG in Kraft getretenen und später von der konservativ-liberalen Koalition aufgehobenen sektoralen Budgets zurück. Der ursprüngliche Plan zur Einführung eines Globalbudgets, das gegenüber sektoralen Ausgabenobergrenzen eine größere Flexibilität des Leistungsgeschehens hätte ermöglichen sollen, scheiterte im Gesetzgebungsprozess zur GKV-Gesundheitsreform 2000 am Widerstand der konservativ-liberal geführten Bundesländer. Die Budgets waren – ob global oder sektoral – gleichsam funktionales Äquivalent für die zurückgenommenen Privatisierungselemente und sollten für den Übergangszeitraum bis zum Wirksamwerden von Strukturreformen die Stabilität der Beitragssätze garantieren. Daneben sind bei der rot-grünen Gesundheitspolitik verstärkte Bemühungen zu beobachten, die Versorgungsqualität durch die gesetzliche Formulierung von Pflichten bzw. die gesetzliche Schaffung zielführender Handlungsanreize und Handlungskompetenzen zu verbessern. Dazu zählen vor allem die gesetzliche Verpflichtung der Leistungsanbieter zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements (§§ 136a, b, 137 SGB V), die Einführung einer Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel (§ 33a SGB V), der gegenüber früheren Bemühungen ernsthaftere Versuch, die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung voranzubringen (§§ 64, 140a-h SGB V), die weitere Stärkung der hausärztlichen Versorgung (§§ 65a, 85 Abs. 4 SGB V) und die Wiederaufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Krankenkassen (§ 20 SGB V). Dabei waren Maßnahmen zur Integration von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Stärkung des Hausarztes bereits im GSG und in der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform auf den Weg gebracht worden, wurden nun aber spürbar forciert.¹⁹

Ziel und Leitbild dieser Maßnahmen wie der rot-grünen Gesundheitspolitik insgesamt ist es, mit Hilfe von Reformen in den Versorgungsstrukturen Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die es gestatten sollten, das Ziel der Beitragssatzstabilität und das Festhalten am einheitlichen, alles medizinisch Notwendige umfassenden GKV-Leistungskatalog miteinander zu verknüpfen. Dass rot-grüne Gesundheitspolitik dabei an der Ausgabenbudgetierung –

19 Allerdings haben sich diese Bemühungen bisher kaum im Versorgungsalltag niedergeschlagen. Dies ist auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen, die hier nur angedeutet werden können: auf das Wirken von Wettbewerbsmechanismen, die dazu beitragen, dass die Kassen sich zunehmend am kurzfristigen wirtschaftlichen Erfolg orientieren; auf Budgets, die verhindern, dass das Geld der Leistung folgen kann, und mit denen ein Aufbrechen der verfestigten Versorgungsstrukturen daher kaum möglich ist; auf die Fixierung auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, die notwendige Investitionen in Modernisierung der Versorgungsstrukturen erschweren; auf Vergütungsanreize, die eine Orientierung an einer verbesserten Versorgungsqualität eher behindern als fördern; auf fehlende organisationsinterne Voraussetzungen für eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen (z. B. eine kaum vorhandene EDV-Vernetzung; auf unzureichende Controlling-Möglichkeiten und Datentransparenz); auf die Beharrungskraft der gewachsenen Institutionen des Gesundheitswesens.

nicht nur für einen Übergangszeitraum – festhielt, mag man als Anzeichen für die Skepsis werten, dass dieses Konzept aufgehen würde. Die wichtigste Differenz zwischen bisheriger rot-grüner und konservativ-liberaler Gesundheitspolitik liegt sicherlich in der Frage, ob der einheitliche und alles medizinisch Notwendige umfassende Leistungskatalog der GKV zur Disposition zu stellen ist, anders ausgedrückt: ob der Patient als Steuerungsinstanz in das System finanzieller Anreize integriert werden soll oder nicht. Allerdings ist durchaus ungewiss, ob diese Differenz auch künftig bestehen bleiben wird (Gerlinger 2001).

5. Korporatistische Steuerung zwischen Beharrungskraft und Erosion

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch einen komplexen Mix von Steuerungsformen gekennzeichnet. Korporatistische Elemente sind dabei von besonderer Bedeutung, ja, der ambulante Sektor kann sogar als Paradebeispiel für ein korporatistisches Steuerungsmodell gelten. Da sich die neuen Steuerungsinstrumente vor allem an die Adressaten auf der Mikroebene wenden, stellt sich die Frage, in welcher Weise die skizzierten Veränderungen auf diesen Ordnungsrahmen einwirken und welche Rolle der Staat dem verbandlich-kollektivvertraglichen Ordnungsrahmen zu weist?

Eine durchgängige, sektorenübergreifende Leitorientierung staatlichen Handelns im Hinblick auf den Stellenwert verbandlicher Steuerung – im Sinne eines „Mehr“ oder „Weniger“ – ist nicht zu identifizieren. Vielmehr folgen die Delegation und der – direkte oder indirekte – Entzug von Steuerungskompetenzen offenkundig jeweiligen Opportunitätsabwägungen und können in Abhängigkeit von der Handlungssituation und dem Problemfeld erheblich variieren. Im Ergebnis sind sehr unterschiedliche, zum Teil gegenläufige Tendenzen zu beobachten.

Erstens setzt sich der Trend zur staatlichen Delegation von Handlungskompetenzen an paritätisch zusammengesetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien fort, die unter staatlichen Rahmenvorgaben auf dem Wege der Verhandlung kollektiv verbindliche Beschlüsse zur Regelung von Problemfeldern fassen. Der Staat sichert sich durch Beanstandungsrechte, Genehmigungsvorbehalte und die Drohung mit Ersatzvornahmen für den Fall nicht fristgerecht getroffener oder sachlich bemängelter Vereinbarungen einen entscheidenden Einfluss auf die Inhalte der Regelungen. Unter diesen Steuerungsgremien ist vor allem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) hervorzuheben. Er wurde bereits mit dem Übergang zur Kostendämpfung in seinen Steuerungskompetenzen deutlich aufgewertet (Döhler/Manow-Borgwardt 1992b) und erfuhr im Zuge des gesundheitspolitischen Wandels der neunziger Jahren einen neuerlichen Bedeutungszuwachs (Urban 2001). Der BAK ist mit einem umfassenden Auftrag zum Erlass verbindlicher Richtlinien zu nahezu allen Bereichen der ambulanten Behandlung ausgestattet (§ 92 SGB V). Seine weitere Aufwertung kommt vor allem darin zum Ausdruck, dass er nicht mehr nur alle neu in den GKV-Katalog aufzunehmenden Leistungen, sondern sämtliche Kassenleistungen auf ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit, d. h.

auf ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis hin zu untersuchen hat. Daraus erwächst ein erhebliches Gestaltungspotential im Hinblick auf den Leistungskatalog der GKV (Urban 2001).

Korporatisierungstendenzen werden aber auch – und dies wohl noch stärker – im stationären Sektor sichtbar. Hier hatte der Gesetzgeber bereits seit den siebziger Jahren die Rolle der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und insbesondere der Landeskrankenhausgesellschaften (LKGs) deutlich aufgewertet (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 75ff.; Döhler/Manow 1997: 141ff.). Die Korporatisierung äußerte sich in erweiterten Kompetenzen für Krankenkassenverbände und Krankenhausgesellschaften, für ihre Mitglieder jeweils verbindliche Vereinbarungen zu treffen – z. B. zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung (§ 112 SGB V). Mit der gleichzeitigen Ausweitung der schiedsstellenfähigen Regelungsstatbestände (z. B. §§ 112 Abs. 3, 113, 114 SGB V; § 18a Abs. 1 und 6 KHG) gewannen die Krankenhausgesellschaften an Verpflichtungsfähigkeit gegenüber den zugelassenen Krankenhäusern und näherten sich die Vertragsbeziehungen im stationären Sektor denen des ambulanten Sektors an. Der Trend zur Kompetenzzuweisung an Kassenverbände und Krankenhausgesellschaften setzte sich auch mit den jüngeren Gesundheitsreformen fort. Hervorzuheben ist insbesondere, dass die DKG gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Einbeziehung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung für die Festlegung und Weiterentwicklung von Fallpauschalen und Sonderentgelten zuständig ist, die wiederum für die Mitglieder einer LKG unmittelbar verbindlich sind (§ 17 Abs. 2a KHG). Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat analoge Kompetenzen auch für die Schaffung der DRG-basierten Krankenhausvergütung festgeschrieben. Das 2002 in Kraft getretene Fallpauschalengesetz (BGBl. I: 1412) konkretisiert diese Regelung und sieht überdies vor, dass die Vertragsparteien auf Landesebene einen landesweit geltenden Basisfallwert für die DRG-Vergütung zu vereinbaren haben (§ 17b Abs. 3 KHG). Sowohl die Festlegung bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen als auch die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes unterliegen dem Schiedsstellenverfahren (§ 17 Abs. 3 in Verbindung mit § 18 Abs. 3 u. 4 KHG).

Darüber hinaus sind mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 zwei neue Steuerungsgremien geschaffen worden, der „Ausschuss Krankenhaus“ (§ 137c SGB V) und der „Koordinierungsausschuss“ (§ 137e SGB V). Der Ausschuss Krankenhaus soll Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Krankenhaus zu Lasten der Krankenkassen angewandt werden (sollen), daraufhin überprüfen, „ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind“ (§ 137c Abs. 1 SGB V).²⁰ Seine Aufgaben sind damit jenen vergleichbar, die der BAK für die ambulante Versorgung wahrnimmt. Dem-

²⁰ Der Ausschuss Krankenhaus setzt sich zusammen aus Vertretern der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Bundesärztekammer sowie aus dem unparteiischen Vorsitzenden des BAK (§ 137c Abs. 2 SGB V).

gegenüber ist die Funktion des Koordinierungsausschusses noch nicht klar umrissen (Zipperer/am Orde 2001). Er soll die Geschäfte der anderen beiden Bundesausschüsse führen, ohne dass bisher deutlich geworden wäre, welche Auswirkungen dies für die Kompetenzverteilung zwischen den beteiligten Gremien nach sich ziehen wird. Darüber hinaus soll er für krankheitsbezogene, sektorübergreifende Aspekte der Krankenbehandlung Regelungen treffen bzw. Empfehlungen abgeben, insbesondere „auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien“ verbindliche Kriterien für eine „zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten je Jahr beschließen“ (§ 137e Abs. 3 SGB V). Schließlich hat das Ende 2001 verabschiedete Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (BGBl. I: 3465) ihm die Aufgabe zuweist, eine Empfehlung darüber abzugeben, für welche chronischen Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme) entwickelt werden sollen (§ 137f Abs. 1 SGB V). Dies ist für die Kassen deshalb von besonderer Bedeutung, weil die auf diesem Wege erfolgende Behandlung chronisch Kranker künftig in den Finanzausgleich der Krankenkassen einfließen soll. Darüber hinaus empfiehlt der Koordinierungsausschuss „invernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung“ dieser Behandlungsprogramme (§ 137f Abs. 2 SGB V).

Man kann die mit der Stärkung und dem Ausbau der Bundesausschüsse ebenso wie die mit der partiellen Aufwertung der Krankenhausgesellschaften einhergehende Zentralisierung und Vereinheitlichung von Steuerungskompetenzen als Fortsetzung des konstatierten Trends zur Korporatisierung politischer Steuerung in der GKV (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a; Döhler/Manow 1997: 119ff.; Manow 1999: 162ff.) begreifen.²¹ Allerdings werden im Krankenhaussektor auch die Grenzen der Korporatisierung deutlich. Trotz ihrer Aufwertung sind die Rechte von DKG und LKGs noch recht weit von denen der KVen entfernt, insbesondere im Hinblick auf die Bedarfsplanung und auf das Kontrahierungsrecht. Zudem erfolgen die Budgetverhandlungen nach wie vor zwischen den Kassenverbänden und dem einzelnen Krankenhaus. Weder die Länder noch die Krankenhausgesellschaften selbst – am stärksten sicherlich noch der Bund – streben eine Transformation der Krankenhausgesellschaften zu Körperschaften öffentlichen Rechts („Krankenhausvereinigungen“) nach dem Vorbild der KVen an, und die Krankenkassen sind in erster Linie an einer weitgehenden Liberalisierung des Kontrahierungsrechts („Einkaufsmodell“) interessiert.

21 Dennoch scheint mir die Entwicklung von Gesundheitspolitik seit Beginn der neunziger Jahre mit dem Begriff der „Korporatisierung“ nicht zutreffend charakterisiert zu sein. Dabei besteht das Problem der Korporatisierungsthese nicht darin, dass sie sich nicht auf empirisch beobachtbare Entwicklungen berufen könnte, sondern dass sie damit nur einen Ausschnitt von Gesundheitspolitik wahrnimmt und ihr die – vermutlich noch längst nicht abgeschlossenen – realen Tendenzen der Dekorporatisierung und Dezentralisierung von Handlungskompetenzen aus dem Blick geraten. Zugleich bleiben die funktionalen Bezüge von Korporatisierungstendenzen, insbesondere ihr Zusammenhang zum unübersehbaren Bedeutungszuwachs wettbewerblicher Steuerungsmechanismen, ungeklärt. Insgesamt entwirft die Korporatisierungsthese das Bild einer Kontinuität von Gesundheitspolitik, die der Entwicklungsrichtung und -dynamik seit Beginn der neunziger Jahre m. E. nicht gerecht wird.

Zweitens setzt der Staat einen zunehmend restriktiven Handlungsrahmen für die kollektivvertraglichen Regelungen in der GKV. Dies betrifft insbesondere die Ausgabenentwicklung. Die sektoralen Budgetierungen seit 1993, die erwähnte Einführung und Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität²² und die im Beitragsentlastungsgesetz 1996 (BGBl. I: 1631) staatlicherseits oktroyierte Reduktion der GKV-Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte sind prägnanter Ausdruck hierarchischer Intervention und des Misstrauens gegenüber der Fähigkeit und Bereitschaft der Selbstverwaltung, die Einhaltung globaler Ausgabenziele aus eigener Veranlassung zu gewährleisten.

Drittens vollzieht sich auf einigen Regulierungsfeldern eine regelrechte Dekorporatisierung von Akteursbeziehungen und Steuerungskompetenzen – gerade im Kernbereich der korporativen Ordnung, dem ambulanten Sektor. In wachsendem Maße wendet sich der Staat direkt an die Individualakteure und erweitert deren versorgungs- und vergütungspolitische Handlungsspielräume. Deutlich wird dies in den erwähnten Möglichkeiten der Kassen, die KVen beim Abschluss von Verträgen über Modellvorhaben und integrierte Versorgungsstrukturen zu umgehen. Diese Liberalisierung des Vertragsrechts ist insbesondere im Hinblick auf die integrierte Versorgung bemerkenswert, weil dieser Bereich vom Gesetzgeber als eine zweite Säule der Regelversorgung konzipiert ist. Entsprechende Verträge können die Krankenkassen mit einzelnen oder mit Gemeinschaften von Leistungserbringern im ambulanten und stationären Sektor abschließen (§ 140b SGB V). De iure existiert bereits ein Nebeneinander von wettbewerblichen und korporativen Lenkungsformen (Stillfried 2000; Tophoven 2000: 24). Darüber hinaus deutet sich ein breiter Konsens zwischen den Parteien an (z. B. Bündnis 90/Die Grünen 2002; CDU 2001; CSU 2001; BMG 2001; Gerster 2002), das Vertragsrecht zu flexibilisieren und damit das KV-Monopol weiter auszuhöhlen, wenn nicht gar ganz zu beseitigen. Die KBV geht mittlerweile davon aus, dass eine Flexibilisierung von Vertragsbeziehungen unvermeidbar sein wird und beginnt bereits, sich auf den bevorstehenden Wandel einzustellen (z. B. Stillfried 2000; Tophoven 2000; Späth 2001; KBV 2001).

Die Erosion kollektivvertraglicher Regulierungskompetenzen betrifft aber nicht nur die verfasste Ärzteschaft, sondern auch die Kassenseite. So ist das Recht zum Abschluss von Verträgen über die integrierte Versorgung einschließlich der Vereinbarungen über die Vergütung der in diesem Rahmen zu erbringenden ärztlichen Leistungen den *Einzelkassen* – und nicht etwa den Landesverbänden der Kassenarten – übertragen worden. Damit wurde für den Geltungsbereich von § 140a-h SGB V die mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 vollzogene Verlagerung des Vertragsabschlusses für die Vergütung ambulanter Leistungen auf die Ebene der Landesverbände wieder rückgängig gemacht.²³ Zwar sind die

22 Noch deutlicher kommt die rigide Fassung der Beitragssatzstabilität im Pflegeversicherungsgesetz 1994 (BGBl. I: 1014) zum Ausdruck, das lapidar bestimmt: „Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, sind unwirksam.“ (§ 70 Abs. 2 SGB XI)

23 Der Regierungsentwurf hatte die Kompetenz zum Vertragsabschluss noch den „Krankenkassen oder deren

KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen – nach wie vor: „gemeinsam und einheitlich“ – verpflichtet, eine Rahmenvereinbarung über die integrierte Versorgung abzuschließen (§ 140d SGB V), aber die vertragspolitischen Kompetenzen liegen in diesem Versorgungssegment bereits bei den Individualakteuren.²⁴ Parallel dazu drängen die meisten Kassen darauf, die ihnen für zahlreiche Regelungsbereiche gesetzlich auferlegte Verpflichtung zum „einheitlichen und gemeinsamen“ Handeln abzuschaffen.²⁵

Bei dieser Erweiterung kassenindividueller Handlungsspielräume handelt es sich ebenso wie bei der Zentralisierung und Vereinheitlichung von Entscheidungsstrukturen um den staatlichen Versuch einer Indienstnahme von Akteuren – hier der Kassen – für die eigenen Steuerungsziele.²⁶ Dabei erhalten sie diese Spielräume nicht mehr in der Perspektive, sie als Solidargemeinschaft der GKV-Träger, sondern als – zwar in einen öffentlich-rechtlichen Rahmen eingebettete, aber im Kern eben doch – konkurrierende, rational handelnde Wirtschaftssubjekte zu nutzen. Insofern läuft die Aufwertung der Einzelkasse als Steuerungsinstanz auf eine Lockerung des kollektivvertraglichen Rahmens hinaus – ein Schritt, der in der Logik des Wettbewerbs nur konsequent ist. Darin wird zugleich deutlich, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen bei der Erschließung von Rationalisierungsreserven in der GKV eine Schlüsselrolle zuweist.

bevollmächtigte(n) Verbände(n)“ übertragen (Bundestagsdrucksache 14/1245: 24), während in dem schließlich in Kraft getretenen Reformwerk nur noch von den Krankenkassen die Rede ist. Allerdings ist hier nicht explizit ausgeschlossen, dass derartige Verträge auch von Landesverbänden oder Kassenverbänden vereinbart werden können.

- 24 Dass sie im Hinblick auf den § 140a-h SGB V die neuen Handlungsfreiheiten auch mehr als zwei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Bestimmungen kaum genutzt haben, ist kein tragfähiges Argument gegen eine Aufwertung der Individualakteure in der Gesundheitspolitik. Die schleppende Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die sektoralen Budgets das Interesse aller Beteiligten am Abschluss derartiger Verträge erheblich beschränken und die Existenz unterschiedlicher Vergütungsformen in ambulanter und stationärer Versorgung eine Integration zusätzlich stark erschwert. Eine rationale Kalkulationsgrundlage für eine – analog den Diagnosis Related Groups (DRGs) – an Krankheitsdiagnosen orientierte Vergütung in der ambulanten Versorgung ist gegenwärtig nicht vorhanden – und ist ja nicht einmal in der stationären Versorgung, wo eine derartige Umstellung bereits ab 2003 schrittweise vollzogen werden soll, bisher abschließend gebildet worden.
- 25 Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich mit dem Wettbewerb auch die Kassenpositionen zur Rolle der KVen ausdifferenzieren. Dies mag das Beispiel des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen illustrieren, der im Hinblick auf die erwähnten Verträge nach § 140 a-h SGB V für den Vertragsabschluss mit der KV und nicht mit einzelnen Leistungserbringern eintritt (Metzinger/Platz 2000). Plausibel wird dies, wenn man bedenkt, dass die Innungskrankenkassen regional eine zu geringe Versichertendichte aufweisen, um eigenständig mit einer Gruppe von Leistungserbringern Projekte zur integrierten Versorgung konzipieren und implementieren zu können. Hier hofft die Krankenkasse also auf die vereinheitlichende Wirkung des Vertragsmonopols der KVen, um die befürchteten Wettbewerbsnachteile bei der Umsetzung integrierter Versorgungsprojekte zu vermeiden. Dies bestätigt zum einen, dass gesundheitspolitische Positionen zunehmend in Abhängigkeit von der eigenen Interessenlage formuliert werden, und zeigt zum anderen, dass der Wettbewerb zu einer Pluralisierung von Interessenlagen – gleichsam zu einer „neuen Unübersichtlichkeit“ – auf Kassenseite führt.
- 26 Inhalt und Richtung dieser Kompetenzerweiterung sind dabei ein Spiegelbild der jeweiligen Steuerungsziele von Regierungen. Dies wird etwa deutlich im Unterschied zwischen der Kostenprivatisierung im Rahmen der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform und den Versuchen zur Reform von Versorgungsstrukturen, die die rot-grüne Koalition unternahm.

Viertens begünstigen die Folgewirkungen von Budgetierung und Kassenwettbewerb eine Erosion des korporativen Ordnungsmodells in der GKV, denn sie führen zu einer fortschreitenden Fragmentierung von Interessen – sowohl bei den Finanzierungsträgern als auch bei den Leistungsanbietern. Im Zusammenwirken mit der verstärkten Delegation von Kompetenzen an die Individualakteure untergräbt die neue Gemengelage der Anreize jene Homogenität von Interessen, deren Schaffung oder Bewahrung eine zentrale Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit korporatistischer Steuerung ist. Die Tendenzen zur Differenzierung und Fragmentierung äußern sich bei den Kassen in einem Wandel ihres Selbstverständnisses hin zu Versicherungsunternehmen und in einer ausgeprägten Neigung, ihre Handlungsstrategien und zunehmend auch ihre gesundheitspolitischen Positionen nach Maßgabe ihrer einzelwirtschaftlichen Interessen zu formulieren.²⁷ Noch stärker als in der Vergangenheit werden Reformvorschläge der Politik in erster Linie danach beurteilt, ob sie der eigenen Kasse bzw. dem eigenen Kassenverband im Wettbewerb nützlich sein werden oder nicht. Dabei werden Positionen mit sich ändernden Interessenlagen auch behände gewechselt. Auf diese Weise geht die Gesamtverantwortung, die die Kassen in der Vergangenheit für das Solidarsystem wahrgenommen haben, verloren. Es bedarf vielfach der für weite Teile der Vertragspolitik gesetzlich festgeschriebenen Pflicht zum „gemeinsamen und einheitlichen“ Handeln, um die Kassen noch zum Abschluss von Kollektivvereinbarungen mit den Leistungsanbietern zu bewegen. Dabei liegen die vom Kassenwettbewerb hervorgebrachten Interessenlagen teilweise quer zur Zugehörigkeit zu den einzelnen Kassenarten (Ortskrankenkassen, Ersatzkassen etc.). Den sichtbarsten Ausdruck findet die fortschreitende Fragmentierung der Kassenlandschaft im Konflikt um den Risikostrukturausgleich.²⁸

Die Fragmentierung von Interessen und Handlungsstrategien bleibt aber nicht auf die Kassen beschränkt, sondern erfasst zunehmend auch die Vertragsärzteschaft. Seit langem haben sich in den KVen angesichts des hinter dem Anstieg der Arztzahlen zurückbleibenden Zuwachses

27 Dies wird z. B. deutlich in der Gründung des „Forums für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“, einem informellen Zusammenschluss wettbewerbsstarker Betriebskrankenkassen und einer Ersatzkasse, die sich für eine Ausweitung der Wettbewerbsfelder in der GKV stark machen (TK/BKK Siemens 1999). In eine ähnliche Richtung weisen auch die Vorschläge einer bayrischen Kassenallianz für eine Neuausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung (AOK Bayern et al. 2001).

28 Die Gewinner des Wettbewerbs, die zugleich Nettozahler in den Risikostrukturausgleich sind, treten gegen eine Erweiterung um Morbiditätskriterien auf und machen sich im Gegenteil sogar für seinen Abbau stark, obwohl kein Zweifel daran bestehen kann, dass ihre niedrigeren Beitragssätze in erster Linie auf das erfolgreiche Umwerben guter Risiken zurückzuführen und dieser Anreiz durch die Wettbewerbsordnung erst geschaffen worden ist (Jacobs et al. 2001; Lauterbach/Wille 2001). Umgekehrt kann sich die Forderung der Verbände der Ortskrankenkassen und der Angestelltenersatzkassen nach der Erweiterung des Risikostrukturausgleich zwar auf das Solidarprinzip berufen, jedoch ließ ihre Wettbewerbseuphorie erst zu einer Zeit nach, als sich herauskristallisierte, dass sie zu den Verlierern der freien Kassenwahl zählen würden. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich z. B. innerhalb des AOK-Bundesverbandes die Solidaritätsbereitschaft der finanziell starken mit den schwachen Kassen (z. B. in Berlin und Brandenburg) in durchaus engen Grenzen hält. In der Debatte um den Risikostrukturausgleich wird jedenfalls in aller Klarheit deutlich, wie die Wettbewerbsanreize auf Kassenseite zu Verschiebungen in der Wertehierarchie geführt haben.

der vertragsärztlichen Gesamtvergütung die Verteilungskonflikte zwischen den Fachdisziplinen verschärft. Auch zwischen Mitgliederbasis und Vorständen ist eine wachsende Distanz und Entfremdung entstanden, weil die Vorstände oftmals nicht mehr zwischen den vom Gesetzgeber und den Kassen formulierten Handlungsanforderungen einerseits und den Interessen der KV-Mitglieder andererseits vermitteln können (z. B. Andersen/Schulenburg 1990; Behaghel 1994). Die Verteilungskonflikte spitzten sich in den neunziger Jahren derart zu, dass sie die KVen mehrmals an den Rand der Spaltung trieben; vor allem das Verhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten ist seitdem von tiefen Zerwürfnissen geprägt (Gerlinger 1997a). Die Fachverbände der Allgemeinmediziner drohen seit Jahren damit, das gemeinsame Dach der KVen zu verlassen (Gerlinger 1997a: 169, 192, 263). Von eigenen Vertragsabschlüssen mit den Kassen erhoffen sie sich angesichts der ubiquitären Präferenzen für eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung eine Besserstellung ihrer Mitglieder. Erst die mit der GKV-Gesundheitsreform verfügte Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honorartopf (§ 85 Abs. 4 SGB V) hat den Ruf nach einer „Hausärzte-KV“ in den Hintergrund treten lassen. Die ambulant tätigen Fachärzte drohen demgegenüber zwischen der politisch geförderten hausärztlichen Versorgung und der Förderung von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus zerrieben zu werden. Unter ihnen wächst daher die Neigung, das „schützende Dach“ der KVen zu verlassen und sich auf Einzelverträge mit den Kassen einzulassen (KBV 2001). Die seit Mitte der neunziger Jahre im Rahmen von Modellprojekten erprobten Praxisnetze und indikationsbezogenen Versorgungsprogramme boten den Kassen vielfach Gelegenheit, zu jenen engagierten und qualifizierten Fachärzten Kontakt zu knüpfen, die im Fall einer weiteren Lockerung des Vertragsmonopols aus Kassensicht interessante Kooperationspartner sein könnten (z. B. Rüschemann et al. 2000: 258; Tophoven 2000). Auch wenn die Vertragsärzteschaft mehrheitlich am Vertragsmonopol der KVen festhält, sind Erosionstendenzen und weitreichende Interessendifferenzierungen in der verfassten Ärzteschaft unübersehbar. Vereinzelt machen mittlerweile selbst KV-Funktionäre deutlich, dass sie einer Abschaffung der ärztlichen Körperschaft durchaus auch positive Seiten abgewinnen könnten (Bittmann 2001).

Dass sich parallel zur Einführung von Wettbewerbsmechanismen und zur Aufwertung der Individualakteure als Steuerungsinstanzen ein partieller Bedeutungszuwachs zentralisierter, parastaatlicher Steuerungsgremien vollzieht, ist ein Hinweis darauf, dass politische Steuerung kein Nullsummenspiel aus wettbewerblichen und korporativen Elementen ist. Worin liegen die Gründe für diese Beharrungskraft, ja die partielle Aufwertung korporatistischer Regulationsmechanismen im Gesundheitswesen? Folgende Aspekte sollen hier genannt werden:

1. Eine Reihe der skizzierten Korporatisierungstendenzen steht in engem Zusammenhang mit der Ökonomisierung medizinischer Versorgung selbst. Zum einen tragen sie dem Umstand Rechnung, dass für die Etablierung von Wettbewerbsmechanismen unter den Leistungsanbietern überhaupt erst Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Dies wird z. B. in der

Reform der Krankenhausvergütung deutlich. Hier erfordert die Einführung von diagnosebezogenen Pauschalentgelten eine Festlegung von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, die für alle Leistungserbringer Verbindlichkeit erlangen. Die Krankenhaus- und Kassenverbände sind für deren Kalkulation unverzichtbar. Zum anderen sind Korporatisierungstendenzen eine Reaktion auf die wahrgenommenen oder aufgrund bisheriger Erfahrungen antizipierten Fehlsteuerungen, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehen. Dies wird insbesondere deutlich im Hinblick auf die deutliche formalrechtliche Aufwertung, die das Feld der Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren in der GKV erfahren hat.²⁹ Gerade wegen der geschilderten Anreize zur Leistungsbegrenzung bzw. -minimierung, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehen, werden kollektiv verbindliche Qualitätsstandards unverzichtbarer denn je, wenn verhindert werden soll, dass Einsparungen zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen (z. B. Freytag 2001; Lungen/Lauterbach 2002).³⁰ Insofern soll die Verpflichtung von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern auf die Einhaltung derartiger Kriterien dazu beitragen, unerwünschte gesundheitliche Wirkungen veränderter Anreizstrukturen zu vermeiden bzw. zu korrigieren und auf diese Weise die Funktionsfähigkeit von Wettbewerb und Budgetierung sicherzustellen. Die zu beobachtenden Tendenzen zur Korporatisierung von Entscheidungskompetenzen lassen sich somit auch als ein notwendiges Pendant der skizzierten Ökonomisierung von Gesundheitspolitik begreifen. Die skizzierte Ökonomisierung und insbesondere die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in einen hochkomplex organisierten, staatsnahen Sektor wie das Gesundheitssystem ist ohne ein Mindestmaß an Re-Regulierung offenkundig nicht möglich. Die in diesem Zusammenhang zu regelnden Detailfragen – etwa die Festlegung von Bewertungsrelationen bei den stationären Fallpauschalen, die Definition von Behandlungsleitlinien für chronische Erkrankungen, die Vereinbarung von Kriterien der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität – erfordern ein zunehmend hohes Maß an Expertenwissen, über das die staatlichen Verwaltungen in der Regel nicht verfügen und zu dessen Bereitstellung sie auf die beteiligten Verbände zurückgreifen müssen.

2. Die Delegation von Entscheidungsbefugnissen an verpflichtungsfähige Verbände steht auch im Zusammenhang mit dem machtpolitisch motivierten Eigeninteresse der politischen Entscheidungsträger. Mit der rigiden Ausgabenbegrenzung wächst die Gefahr von Versorgungsmängeln und damit von Legitimationsrisiken für die politisch Verantwortli-

29 Allerdings trifft auch diesbezüglich zu, was oben bereits (Fußnote 19) mit Blick auf die Bemühungen zur Modernisierung von Versorgungsstrukturen konstatiert worden ist: dass sie vor großen Implementationsproblemen stehen und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung bisher nur in ungenügendem Maße Eingang in den Versorgungsalltag gefunden haben (SVRKAIg 2000/2001, Bd. 3).

30 Dies gilt um so mehr angesichts der für medizinische Versorgung charakteristischen Asymmetrie der Informationen (Siegrist 1995): Der Patient kann als Laie in der Regel die Qualität der für ihn erbrachten Leistungen nicht beurteilen, sondern ist auf das Vertrauen zum Leistungserbringer angewiesen (Kühn 1996).

chen. Vor diesem Hintergrund dient die Überprüfung des GKV-Katalogs unter den Gesichtspunkten der Qualität und Wirtschaftlichkeit und die darauf gründende – und kollektiv verbindliche – Selektion von erstattungsfähigen Leistungen dazu, die Effizienz des Versorgungssystems zu erhöhen („Rationalisierung vor Rationierung“) und damit dieser Tendenz entgegenzuwirken. Darüber hinaus ist die Vermeidung politischer Legitimationsrisiken auch ein wichtiges Motiv dafür, dass verbindliche Entscheidungen über erstattungsfähige Leistungen an die zentralisierten Steuerungsgremien der Selbstverwaltung delegiert und nicht in den politischen Arenen selbst getroffen werden. Gremien wie die erwähnten Bundes- und Landesausschüsse agieren jenseits des Scheinwerferlichts der Öffentlichkeit und sind generell gegenüber Legitimationsrisiken unempfindlicher als Parteien, Regierungen und Parlamente. Für eine Regierung ist es weit interessanter, statt einer formellen Ausgrenzung von Leistungen auf dem Gesetzeswege die restriktive Interpretation des Leistungskatalogs einem Selbstverwaltungsgremium wie dem BAK zu überlassen. So steht die erwähnte Aufwertung des BAK bei der Überprüfung des Leistungskatalogs in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den zuvor gescheiterten Bemühungen der konservativ-liberalen Koalition, einige bisher paritätisch finanzierte Regelleistungen in ausschließlich von den Versicherten zu tragende Satzungsleistungen („Gestaltungsleistungen“) zu transformieren (Urban 2001).

3. Dass der Gesetzgeber mit der Schaffung neuer Steuerungsgremien (Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss) den Geltungsbereich korporatistischer Entscheidungsmechanismen über den ambulanten Sektor hinaus ausweitete, ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Erfüllung der genannten Funktionen um so besser gewährleistet werden kann, wenn auch die stationäre Versorgung entsprechenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien unterworfen ist. Das als erfolgreich angesehene Vorbild des BAK wird damit auf den stationären Sektor übertragen. Zum anderen widerspiegelt die Etablierung der genannten Ausschüsse aber auch reale bzw. sich abzeichnende Veränderungen im medizinischen Versorgungsgeschehen. Die fortschreitende Spezialisierung in der Medizin lässt – gerade angesichts der wachsenden Bedeutung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität – die Entwicklung integrierter, sektorübergreifender Versorgungsabläufe zu einer großen Herausforderung für das Versorgungssystem werden (dazu: Kühn 2001). Die Bemühungen der Gesundheitspolitik sind darauf gerichtet, diesen Prozess zu beschleunigen, auch wenn integrierte Versorgungsstrukturen zur Zeit noch mehr Wunsch als Realität sind. Eine Beschränkung zentralisierter parastaatlich-verbandlicher Steuerungsgremien auf den ambulanten Sektor – wie dies mit dem BAK bisher geschehen war – ist unter diesen Bedingungen nicht mehr sinnvoll.

6. Ausblick: Entwicklungsdynamiken und Entwicklungstrends in der Steuerung der GKV

Gegenwärtig ist die GKV ein gutes Stück von einer Marktsteuerung entfernt. Der Vertragswettbewerb beschränkt sich bisher weitgehend auf die Krankenkassen. Dabei ist das Leistungsrecht dem Wettbewerb weitgehend entzogen; nach wie vor gilt also ein einheitlicher und alles medizinisch Notwendige umfassender Leistungskatalog, der alle Akteure in der GKV rechtlich bindet.³¹ Aber nicht nur darin kommt die öffentlich-rechtliche Verantwortung für die medizinische Versorgung zum Ausdruck. Sie findet ihren Niederschlag auch im Sicherstellungsauftrag der KVen für die ambulante und der Länder für die stationäre Versorgung, dessen Kehrseite der Kontrahierungszwang der Kassen ist. Aus gegenwärtiger Sicht spricht vieles dafür, dass wir es auch weiterhin mit einer Koexistenz von korporatistischen und wettbewerblichen, auf die Schaffung von finanziellen Anreizen für die Individualakteure gerichteten Steuerungsmechanismen zu tun haben werden. Dabei ist aber davon auszugehen, dass wettbewerbliche Steuerungsmechanismen zwischen den Individualakteuren weiter an Bedeutung gewinnen werden.

Welche Anhaltspunkte liegen vor, um einen Ausblick auf die künftige Entwicklung zu wagen? Es deutet vieles darauf hin, dass nach den Bundestagswahlen 2002 die Privatisierung der Behandlungskosten einen neuerlichen Schub erhalten, also auch der Versicherte bzw. der Patient als Steuerungsinstanz in das System finanzieller Handlungsanreize stärker integriert wird – und zwar unabhängig davon, wer die Regierungsverantwortung trägt (Gerlinger/Lenhardt/Stegmüller 2002).³² Diese Erwartung begründet sich vor allem aus den gesundheitspolitischen Rahmendaten: erstens wird jede Regierung am Primat der Beitragssatzstabilität festhalten; zweitens werden die vorhandenen Wirtschaftlichkeitspotentiale – wie die bisherigen Erfahrungen mit der Reform von Versorgungsstrukturen zeigen – kurzfristig kaum in größerem Umfang zu erschließen sein; drittens droht bei Fortsetzung der Budgetierung ein Dauerstreit mit der Ärzteschaft und – im Falle wahrgenommener Rationierungen – ein Zustimmungsverlust bei den Wählern; viertens liegt die Privatisierung sozialer Risiken ohnehin im politischen Makrotrend. Darüber hinaus erwächst Druck in Richtung auf eine Privatisierung der Behandlungskosten noch aus einem weiteren Zusammenhang: Das Gesundheitswesen wird als eine bedeutende Wachstumsbranche mit einem beträchtlichen Beschäftigungspotential angesehen und der Gesundheitspolitik mehr und mehr die Aufgabe zugewiesen, zur Schaffung von Ar-

31 Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, dass die individuellen und sektoralen Budgetierungen die Rationierung von Leistungen zu einer durchaus verbreiteten Patientenerfahrung haben werden lassen (z. B. Braun 2000; Simon 2001)

32 CDU, CSU und FDP verfolgen das Ziel einer stärkeren Privatisierung von Behandlungskosten. Zwar haben sich SPD und Grüne programmatisch darauf festgelegt, am einheitlichen und umfassenden Leistungskatalog festzuhalten, allerdings ist es fraglich, ob diese Position auch nach den Bundestagswahlen aufrecht erhalten wird – zumal in beiden Parteien auch andere Stimmen zu hören sind (dazu: Gerlinger 2001) und überdies die Koalitionsbildung in der 15. Legislaturperiode durchaus offen ist.

beitsplätzen in diesem Sektor beizutragen (z. B. SVRKAiG 1996, 1997; Hilbert 2000). Dies gilt um so mehr, als in der Arbeitsmarktforschung der Mangel an – niedrig bezahlten – Arbeitsplätzen im Bereich der sozialen Dienstleistungen als eine besondere Schwäche des deutschen Arbeitsmarktes ausgemacht wird (z. B. Scharpf 1999). Angesichts der chronischen Krise am Arbeitsmarkt dürfte für die Akteure des politischen Systems die Verlockung groß sein, dem Gesundheitssektor durch eine Privatisierung von Krankenbehandlungskosten jene kaufkräftige Nachfrage zuzuführen, die ihm wegen der Anbindung der GKV-Beiträge an die Lohnnebenkosten vorenthalten wird. Sollte sich eine derartige Privatisierung in Form einer Trennung von Grund- und Wahlleistungen vollziehen, so würde dies auf eine Dekorporatisierung der Akteursbeziehungen hinauslaufen, denn der Geltungsbereich kollektivvertraglicher Vereinbarungen würde sich damit verringern.

Auch im Hinblick auf die Regulierungsstruktur deutet sich eine Lockerung des kollektivvertraglichen Rahmens an. Im ambulanten Sektor dürfte die Dekorporatisierung von Akteursbeziehungen durch eine Beseitigung, zumindest eine weitere Lockerung des Vertragsmonopols der KVen weiter voranschreiten, ohne dass bisher die Konturen für ein alternatives Sicherstellungskonzept sichtbar geworden wären. In den Parteien und in der wissenschaftlichen Politikberatung – wie auch bei den Kassen selbst – haben offenkundig solche Positionen Oberhand, die den Wettbewerb zwischen den Finanzierungsträgern um den Wettbewerb auf der Leistungsanbieterseite ergänzen wollen (z. B. Glaeske et al. 2001). Die Gründe für diese Entwicklung liegen zum einen in der ideologischen Hegemonie solcher Politiküberzeugungen, die auf Wettbewerb, Deregulierung, Flexibilisierung und Eigenverantwortung setzen. Darauf basierende Handlungskonzepte werden auch auf die Gesundheitspolitik übertragen (zur Kritik: Reiners 2001) und setzen dort die bestehenden korporatistischen Strukturen unter einen erheblichen Legitimationsdruck.³³ Zum anderen treibt auch die Eigenlogik einmal implementierter Wettbewerbsmechanismen die gesundheitspolitische Steuerung in Richtung auf die Einbeziehung der Individualakteure in ein finanzielles Anreizsystem. Wenn es Wettbewerb in der GKV geben soll, dann bedarf es auch der Akteure, die ihn exekutieren, und entsprechender Handlungsspielräume, die sie dazu befähigen.

Welche Dynamik in den bisher implementierten Wettbewerbskomponenten angelegt ist, deutet sich heute bereits an. Da die DRGs auf eine Verkürzung der Verweildauer zielen, wächst gleichzeitig das Interesse von Krankenhäusern und Finanzierungsträgern, auf die dem Krankenhausaufenthalt vor- und nachgelagerte Versorgung Einfluss zu nehmen. Beide sind daher an geeigneten Vereinbarungen mit Anbietern ambulanter Leistungen interessiert, wobei Krankenhäuser auch damit liebäugeln können, derartige Leistungen selbst anzubieten. Sowohl aus

33 Interessanterweise hält sich gerade die FDP, die ansonsten nicht müde wird, die Forderung nach „mehr Markt“ zu erheben, in der Frage der Lockerung des KV-Monopols recht bedeckt (FDP 2001). Man tut ihr wohl nicht Unrecht, wenn man dahinter klientelpolitische Motive vermutet.

Sicht der Krankenhäuser als auch der Finanzierungsträger haben derartige Verträge zur Voraussetzung, dass die Anbieter ambulanter Leistungen ihrerseits in der Lage sind, Budgetverantwortung zu übernehmen, also bestimmte Patientengruppen mit bestimmten Qualitätsanforderungen zu prospektiv vereinbarten Preisen zu versorgen (z. B. Tophoven 2000). Dies ist aber mit dem gegenwärtigen, auf der Einzelleistungsvergütung basierenden Honorarsystem in der ambulanten Versorgung nicht realisierbar, weil es für die Kontrahierungspartner ambulanter Anbieter – also Krankenkassen oder möglicherweise auch Krankenhäuser – unkalkulierbare Risiken birgt. Daraus erwächst die Tendenz, das Prinzip der diagnosebezogenen Fallpauschalen auf die ambulante Versorgung zu übertragen und letztlich zu einem sektorenübergreifenden Vergütungssystem auszuweiten. Die bevorstehende Einführung von DRGs wäre dann nur der Anfang einer vollständigen Umwälzung der Vergütung medizinischer Leistungen. Die KBV arbeitet in Antizipation dieser Entwicklung bereits seit geraumer Zeit an einer morbiditätsbezogenen Neuordnung der ambulanten Vergütung (KBV 2000). Dies geschieht vor allem in der Absicht zu vermeiden, dass die niedergelassenen Ärzte bei der befürchteten Lockerung des KV-Monopols und der befürchteten Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung in der Konkurrenz um Verträge mit den Kassen ins Hintertreffen geraten.

Gleichzeitig wächst bei den Kassen das Interesse, selektive Verträge mit Leistungsanbietern abzuschließen. Damit verbinden sie die Erwartung, günstigere finanzielle Konditionen auszuhandeln und die Vorhaltung von Leistungen an den als wesentlich geringer eingeschätzten Bedarf anpassen zu können. Außerdem bieten ihnen selektive Verträge bessere Möglichkeiten, die Versorgungsverträge an den spezifischen Bedürfnissen ihrer Versicherten auszurichten bzw. auf ihre individuelle Wettbewerbsstrategie zuzuschneiden. Es ist deutlich, dass Krankenhausplanung – ob in unmittelbarer staatlicher Verantwortung oder durch mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattete Verbände durchgeführt – und KV-Monopol aus dieser Perspektive vornehmlich als Hindernisse für eine Liberalisierung bzw. Flexibilisierung der Vertragspolitik wahrgenommen werden. Dabei muss das Interesse an Selektivverträgen keinesfalls auf die Finanzierungsträger beschränkt bleiben. Gerade bei denjenigen Leistungserbringern im ambulanten und im stationären Sektor, die – ob über den Preis, die Qualität oder beides – Konkurrenzvorteile nachweisen können, wird ebenfalls die Neigung zu Einzelverträgen – wie sich zum Teil gegenwärtig schon abzeichnet – mit den Kassen wachsen. Bei den niedergelassenen Ärzten kristallisieren sich mit den Praxisnetzen bereits einige jener Verbände heraus, die im Rahmen eines liberalisierten Vertragsrechts bevorzugte Partner von Kassen und Krankenhäusern sein können (z. B. Rüschemann et al. 2000: 258).

Die ökonomische Eigendynamik bezieht auch die Versorgung mit medizinischen Leistungen bzw. die Vorhaltung entsprechender Einrichtungen ein. Der Übergang zu Pauschalentgelten läuft darauf hinaus, dass die ambulanten und stationären Angebotsstrukturen über den Preis reguliert werden, was seinerzeit einen Trend zum Rückzug von Versorgungseinrichtungen aus der Fläche begünstigt. Gleichzeitig setzt die freie Kassenwahl bei den Finanzierungsträgern –

zumindest denjenigen, die ohnehin bereits über eine starke Wettbewerbsposition verfügen – ein Interesse frei, die Differenzierung von Versorgungsverträgen auch auf den Versicherungsumfang ihrer Mitglieder auszuweiten, weil sie damit stärker deren – mit dem jeweiligen Gesundheitszustand variierenden – individuellen Bedarf berücksichtigen können und sich davon eine Erhöhung von Marktanteilen versprechen. Dies kann wiederum für Kranke bzw. sozial Schwache zur Folge haben, dass finanzielle Hürden für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen errichtet werden. Das bisher geschaffene Anreizsystem könnte sich somit lediglich als erster Schritt auf dem Weg einer noch viel weitergehenden Ökonomisierung individueller Handlungsanreize erweisen. Die Implementierung von Wettbewerbsmechanismen muss nicht notwendigerweise mit der Beseitigung eines kollektivvertraglichen Rahmens gleichbedeutend sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine derartige Entwicklung korporatistisch flankiert, vielleicht sogar domestiziert wird. Allerdings wird ein solcher Rahmen aller Voraussicht nach ein weit höheres Maß an Differenzierung in der Vertragspolitik und im Versorgungsgeschehen zulassen, als dies gegenwärtig der Fall ist – aller Voraussicht nach, wie die genannten Beispiele zeigen, mit Wirkungen die unter Public Health-Gesichtspunkten kontraproduktiv sind.

Die Erwartung, dass korporatistische Regelungsmechanismen auch weiterhin Bestand haben werden, begründet sich aus den sichtbaren Grenzen und Problemen, die mit einer weitergehenden Rücknahme staatlicher oder öffentlich-rechtlicher Verantwortung verknüpft sind. Das Thema „Gesundheit“ beinhaltet ein starkes Skandalisierungs- und Politisierungspotential, insbesondere dann, wenn Versorgungsmängel für die Bevölkerung bzw. für Patienten oder ihre Angehörigen unmittelbar wahrnehmbar sind. Noch in jeder Kommune und in jedem Landkreis ist die Schließung eines Krankenhauses oder einer Krankenhausabteilung ein Politikum. Weil Mängel in der Versorgung dem Land als politischem Entscheidungsträger angelastet werden und mit erheblichen Legitimationsrisiken versehen sind, ist nicht absehbar, dass die Länder in dieser Frage bereit sind, ihren Sicherstellungsauftrag und die daraus erwachsenden Planungskompetenzen aufzugeben. Ihr politisches Interesse wirkt hier nach wie vor als entscheidender Blockadefaktor für eine Liberalisierung des Kontrahierungsrechts. Die verfassungsrechtlich festgeschriebene Zuständigkeit für die Krankenhausversorgung verleiht ihnen – anders als den KVen – auch die institutionelle Macht, sich einem Kompetenzverlust erfolgreich zu widersetzen. Dies dürfte ein wichtiger Grund dafür sein, dass der Kontrahierungszwang der Kassen wohl eher im ambulanten als im stationären Sektor gelockert werden wird. So blieben die Rechte der Länder bei der Krankenhausplanung und damit ihre Letztverantwortung für die Steuerung der Angebotskapazitäten auch nach der GKV-Gesundheitsreform 2000 unberührt (Simon 2000b). Es ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass der bei einem Abbau von Angebotskapazitäten drohende Zustimmungsverlust für Landesregierungen keineswegs eine unabhängige Variable ist. Ob und inwieweit ein politische Interesse der Länder

am Erhalt staatlicher Krankenhausplanung zum Tragen kommt, hängt auch davon ab, ob die Versicherten das Interesse an einer flächendeckenden medizinischen Versorgung artikulieren.

Als weiteres Hindernis bei der Rücknahme kollektivvertraglicher Regelungselemente wirkt das Fehlen einer wirklich tragfähigen Alternative. Gegenwärtig ist kein Konzept in Sicht, das plausibel machen könnte, wie eine Steuerung gesundheitlicher Dienstleistungen allein oder vorrangig über Preis und Wettbewerb ohne massive Verwerfungen im Versorgungsniveau und in der Versorgungslandschaft zu bewerkstelligen wäre. Politische Akteure, die sich nicht erheblichen Legitimationsrisiken aussetzen wollen, dürften daher kaum auf die Zuweisung einer öffentlich-rechtlichen Verantwortung für die Sicherstellung verzichten wollen.³⁴ So ist bei politischen Entscheidungsträgern allen rhetorischen Beschwörungen zum Trotz ein gewisses Unbehagen erkennbar, den Sicherstellungsauftrag untereinander um günstige Beitragssätze konkurrierenden Krankenkassen zu übertragen. Sicherlich waren die KVen, vornehmlich an der Verfolgung ihrer Partialinteressen orientiert (z. B. Rosewitz/Webber 1990; Webber 1992), in der Vergangenheit der wohl bedeutendste Blockadefaktor bei der Implementation moderner Versorgungsstrukturen. Allerdings ist mit der Einführung der freien Kassenwahl, der damit verschärften Kassenkonkurrenz und dem wachsenden politischen Druck zur Ausgabenbegrenzung vielfach auch die Skepsis gewachsen, ob die Kassen unter diesen Bedingungen Gewähr für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung bieten können.

Kollektivvertragliche Regelungen bzw. die staatliche Zuweisung von öffentlicher Verantwortung für das Gesundheitswesen begrenzen die Eigendynamik ökonomischer Handlungslogi-

34 Dabei muss eine öffentliche Steuerung keineswegs in Form einer staatlichen Delegation von Handlungskompetenzen an zentralisierte, verpflichtungsfähige Verbände erfolgen. Denkbar ist vielmehr auch eine Rückverlagerung von Steuerungskompetenzen in die unmittelbare staatliche Verantwortung. Eine derartige Entwicklung könnte durch folgende Tendenzen begünstigt werden. *Erstens* erhöht die – zwar schleppend verlaufende, aber politisch gewünschte und auf mittlere Sicht vermutlich auch voranschreitende – Integration der Versorgungsstrukturen den Koordinierungsbedarf aller Beteiligten einschließlich der Zahl der involvierten Akteure und der Vielfalt der beteiligten Interessen. Damit wächst die Gefahr von Selbstblockaden, die auf Dauer die Problemlösungsfähigkeit korporatistischer Arrangements beeinträchtigen und den Staat dazu veranlassen könnten, Regelungskompetenzen grundsätzlich stärker an sich zu ziehen. Sichtbar wird dies etwa an den Schwierigkeiten des Koordinierungsausschusses, sich auf Anforderungen an die Disease Management-Programme zu verständigen. Das Bundesgesundheitsministerium drohte daraufhin nicht nur mit einer Ersatzvornahme (z. B. Rabbata 2002), sondern erklärte das Zustandekommen einer Regelung auch zu einer Nagelprobe für die Handlungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung. Auch die anvisierte Gründung eines „Zentrums für Qualität in der Medizin“, das nach den Plänen des BMG an Stelle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen künftig über Behandlungsleitlinien entscheiden soll (BMG 2002), deutet in diese Richtung. *Zweitens* könnte die Rechtsprechung bundesdeutscher Gerichte und des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) dazu führen, dass Krankenkassen und KVen künftig als wettbewerbswidrige Kartelle gelten und damit die entsprechenden Kollektivverträge unwirksam werden (dazu z. B. Ebsen 2000). Eine solche Entwicklung würde den Gesetzgeber wohl vor die Alternative stellen, entweder auf unmittelbar staatliche oder auf marktähnliche Steuerungsformen zurückzugreifen. Vor diesem Grund hat er im Hinblick auf die – bisher von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen – Arzneimittelfestbeträge im Jahre 2001 bereits ein Gesetz verabschiedet (BGBl. I: 1948), das es dem BMG vorübergehend gestattet, die Festbeträge auf dem Wege der Rechtsverordnung festzusetzen. Zuvor hatte das Bundeskartellamt angekündigt, die Umsetzung eines Beschlusses der Spitzenverbände wegen kartellrechtlicher Bedenken zu verhindern (Bundstagsdrucksache 14/6041: 1).

ken. Gleichzeitig wird der Bedeutungszuwachs von Wettbewerbsmechanismen, wenn sie nicht zu massiven Verwerfungen in der medizinischen Versorgung führen sollen, ein Mindestmaß an flankierender Regulierung erfordern. Ausschläge in die eine Richtung werden, wie die Entwicklung des Risikostrukturausgleichs gezeigt hat, aller Voraussicht nach Gegenbewegungen in die andere Richtung hervorrufen. Ein erheblicher Teil gesundheitspolitischer Energien dürfte sich künftig darauf richten, das widersprüchliche Verhältnis von ökonomischen und korporatistischen Steuerungslogiken auszutarieren.

Literatur

- Abholz, Heinz-Harald (1992): Wie soll man das bezahlen? – Ein Vergleich ärztlicher Honorierungssysteme, in: Arbeit und Sozialpolitik, 46. Jg., H. 5-6, S. 18-25
- Alber, Jens (1989): Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive, in: Journal für Sozialforschung, 29. Jg., H. 3, S. 259-284
- Alber, Jens (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Andersen, Hanfried H./Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1990): Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb, Berlin: Edition Sigma
- AOK Bayern/IKK Bayern/BKK Allianz/BKK Hypo-Vereinsbank/BKK Siemens (2001): Positionspapier, abgedruckt in: Soziale Sicherheit, 50. Jg., H. 6, S. 198-199
- Bandelow, Nils C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen: Leske + Budrich
- Bandelow, Nils C./Schubert, Klaus (1998): Wechselnde Strategien und kontinuierlicher Abbau des solidarischen Ausgleichs. Eine gesundheitspolitische Bilanz der Ära Kohl, in: Wewer (Hrsg.): Bilanz der Ära Kohl, S. 113-127
- Behaghel, Katrin (1994): Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Berg, Heinz (1986): Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984, St. Augustin
- Bewertungsausschuss (1996): Beschluß des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3 SGB V (49. Sitzung) v. 19. November 1996, in: Deutsches Ärzteblatt, 93. Jg., H. 50, S. B-2618-2623
- Bewertungsausschuss (1997): Beschluß des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3 SGB V (50. Sitzung) v. 11. März 1997 in Köln, in: Deutsches Ärzteblatt, 94. Jg., H. 13, S. B-695-703
- Bittmann, Klaus (2001): Ein Leben ohne KVen? „Da müssen wir nicht zittern!“ (Interview), in: Ärzte Zeitung v. 5.9.2001
- Blanke, Bernhard/Kania, Helga (1996): Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen, in: Leviathan, 24. Jg., H. 4, S. 512-538
- BMG (2001): Bundesministerium für Gesundheit: Presseerklärung Nr. 133 vom 5. Dezember 2001: Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung „Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens“ am 5. Dezember 2001 in Berlin: Ms.
- BMG (2002): Bundesministerium für Gesundheit: Presseerklärung Nr. 40 vom 11. April 2002: Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt „Leitlinien sozialdemokratischer Gesundheitspolitik“ auf der Veranstaltung „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“ der Friedrich-Ebert-Stiftung am 11. April 2002 in Berlin: Ms.
- Braun, Bernard (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?, St. Augustin: Asgard
- Braun, Bernard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt a.M.: Fischer TB

- Brenner, Gerhard (1990): Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1985 bis 1988. Planung – Durchführung – Bewertung, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Broll, Gisela/Broll, Hartwig/Lehr, Andreas (2000): Mit dem Konsens zum Bundesschiedsamt? DKG stoppt Rahmenvereinbarung zur Integrationsversorgung, in: Das Krankenhaus, 92. Jg., H. 11, S. 854-857
- Bruckenberg, Ernst (1990a): Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte in der BRD, Teil 1, in: Das Krankenhaus, 82. Jg., H. 6-7, S. 274-283
- Bruckenberg, Ernst (1990b): Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte in der BRD, Teil 2, in: Das Krankenhaus, 82. Jg., H. 8, S. 324-331
- Bündnis 90/Die Grünen (2002): Grün 2020 – wir denken bis übermorgen. Entwurf des Bundesvorstands zum Grundsatzprogramm für die 18. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz, 15.-17. März 2002, Berlin: Ms
- Bundestagsdrucksache 12/3608 vom 5. November 1992: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P., Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)
- Bundestagsdrucksache 14/1245 vom 23. Juni 1999: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)
- Bundestagsdrucksache 14/6041 vom 14. Mai 2001: Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Regelungen über die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (Festbetrags-Anpassungsgesetz – FBAG)
- CDU (2001): Neue soziale Marktwirtschaft. Diskussionspapier der CDU Deutschlands, Berlin: Ms.
- CSU (2001): Gesundheitspolitik für das neue Jahrhundert. Mehr Gesundheit – mehr Qualität – mehr Verantwortung, München: Ms.
- Czada, Roland/Wollmann, Hellmut (Hrsg.) (2000): Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Deppe, Hans-Ulrich (1987): Zulassungssperre: Ärzte in den Fesseln der Standespolitik, in: Deppe/Friedrich/Müller (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft, Jahrbuch 1, S. 37-67: Campus
- Deppe, Hans-Ulrich (2000): Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt a.M.: VAS
- Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zweiklassenmedizin, Hamburg: VSA
- Deppe, Hans-Ulrich/Friedrich, Hannes/Müller, Rainer (Hrsg.) (1987): Medizin und Gesellschaft, Jahrbuch 1: Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Döhler, Marian (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin: Edition Sigma
- Döhler, Marian/Manow, Philip (1997): Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen: Leske + Budrich

- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992a): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 3. Jg., H. 1, S. 64-106
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992b): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung, in: Politische Vierteljahresschrift, 33. Jg., H. 4, S. 571-596
- Ebsen, Ingwer (2000): Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrechts? Probleme materiellrechtlicher und kompetenzrechtlicher Koordinierung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H. 4, S. 298-314
- Enquete-Kommission (1990): Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, 2 Bde., Bonn: Deutscher Bundestag
- FDP (2001): Für ein liberales Gesundheitssystem mit Eigenverantwortung, Wettbewerb, Wahlfreiheit und Transparenz – gegen Budgetierung, Dirigismus und Bevormundung (Beschluss des 52. Ordentlichen Bundesparteitages der FDP, 4.-6. Mai 2001), Düsseldorf: Ms.
- Freudenberg, Ulrich (1995): Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur rechtlichen Relevanz einer politischen Zielvorgabe, Baden-Baden: Nomos
- Freytag, Antje (2001): DRGs, Die Qualität von Krankenhausleistungen und Vertragsfreiheiten für Krankenkassen: Ein vernachlässigter Zusammenhang, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 5-6, S. 14-21
- Gerlinger, Thomas (1997a): Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Neugestaltung der kassenärztlichen Vergütung zwischen Gesundheitsstrukturgesetz und „dritter Stufe“ der Gesundheitsreform, Frankfurt 1997: Mabuse
- Gerlinger, Thomas (1997b): Punktlandungsübungen im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 28: Nach der Reform, Hamburg: Argument-Verlag, S. 99-124
- Gerlinger, Thomas (2001): Die Gesetzliche Krankenversicherung vor dem Systemwechsel? Gesundheitspolitik am Scheideweg, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 46. Jg., H. 3, S. 345-354
- Gerlinger, Thomas/Lenhardt, Uwe/Stegmüller, Klaus (2002): Kontroversen über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deppe/Burkhardt (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik, S. 87-103
- Gerster, Florian (2002): Für mehr Effizienz die kartellähnlichen Strukturen aufbrechen, in: Frankfurter Rundschau vom 12.1.2002, S. 7
- Gitter, Wolfgang/Oberender, Peter (1987): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Baden-Baden: Nomos
- Glaeske, Gerd/Lauterbach, Karl W./Rürup, Bert/Wasem, Jürgen (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung (Ms.)
- Grimm, Dieter (Hrsg.) (2000): Staatsaufgaben, Baden-Baden: Nomos
- Häfner, Heinz (Hrsg.) (1999): Gesundheit – unser höchstes Gut?, Berlin: Springer
- Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland, Opladen: Leske + Budrich

- Hilbert, Josef (2000): Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive – Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie, Discussion Paper P01-509), Berlin: WZB
- Hirsch, Joachim (1995): Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus, Berlin, Amsterdam: Edition ID-Archiv
- Jacobs, Klaus/Reschke, Peter/Cassel, Dieter/Wasem, Jürgen (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht, o.O.: Ms.
- Jessop, Bob (1994): Veränderte Staatlichkeit. Veränderungen von Staatlichkeit und Staatsprojekten, in: Grimm (Hrsg.): Staatsaufgaben, S. 43-73
- Kania, Helga/Blanke, Bernhard (2000): Von der „Korporatisierung“ zum Wettbewerb. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren, in: Czada/Wollmann (Hrsg.): Von der Bonner zur Berliner Republik, S. 567-591
- KBV (2000): Kassenärztliche Bundesvereinigung: Rede des ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anlässlich der Vertreterversammlung am 5. August 2000 in Berlin, o.O.: Ms.
- KBV (2001): Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bericht zur Lage. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 8. Dezember 2001 in Berlin, o.O.: Ms.
- Kingdon, John W. (1995): Agenda, Alternatives, and Public Policies, 2nd ed., New York: HarperCollins
- Kirschner, Klaus (1990): Vorstellungen der Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ zur Organisationsreform, in: Sozialer Fortschritt, 39. Jg., H. 3-4, S. 66-69
- Klose, Joachim/Schellschmidt, Henner (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
- Kühn, Hagen (1996): Ethische Probleme einer ökonomisch rationierten Medizin (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P96-207), Berlin: WZB
- Kühn, Hagen (2001): Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, WZB-Paper P01-202), Berlin: WZB
- Lauterbach, Karl W./Wille, Eberhard (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht, Köln, Mannheim: Ms.
- Lüngen, Markus/Lauterbach, Karl W. (2002): Qualitätssicherung auf der Basis der DRG-Finanzierung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 48. Jg., H. 2, S. 133-163
- Lutz, Burkart (1984): Der kurze Traum immerwährender Prosperität, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Manow, Philip (1994): Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Discussion Paper 94/5), Köln: MPIfG

- Manow, Philip (1999): Der historische Weg der sozialen Krankenversicherung. Von der Behebung sozialer Not zur umfassenden Daseinsfürsorge – ein umgekehrter Weg?, in: Häfner (Hrsg.): Gesundheit – unser höchstes Gut?, S. 145-168
- Mayntz, Renate (Hrsg.) (1992): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Mayntz, Renate/Derlien, Hans-Ulrich (1979): Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung: eine strukturell-funktionale Problemstudie, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Metzinger, Bernd/Platz, Oliver 2000: Die integrierte Versorgung: Ziele, Rahmenvereinbarung auf der Bundesebene und strategische Überlegungen zur Umsetzung im IKK-System, in: Die Krankenversicherung, 52. Jg., H. 9, S. 244-248
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern: Verlag Hans Huber
- Naschold, Frieder (1995): Ergebnissteuerung, Wettbewerb, Qualitätspolitik. Entwicklungspfade des öffentlichen Sektors in Europa, Berlin: Edition Sigma
- Naschold, Frieder/Bogumil, Jörg (1998): Modernisierung des Staates. New Public Management und Verwaltungsreform, Opladen: Leske + Budrich
- Perschke-Hartmann, Christiane (1994): Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, Opladen: Leske + Budrich
- Pfaff, Anita B./Busch, Susanne/Rindsfüßer, Christian (1994): Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Rabbata, Samir (2002): Bedenkenträger, in: Deutsches Ärzteblatt, 99. Jg., H. 14, S. A-893
- Reiners, Hartmut (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Discussion Paper P93-210), Berlin: WZB
- Reiners, Hartmut (2001): Wenn Welten aufeinander prallen: Die Ökonomen und das Gesundheitswesen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., H. 11-12, S. 58-68
- Reinhardt, Uwe/Sandier, Simone/Schneider, Markus (1986): Die Wirkungen von Vergütungssystemen auf die Einkommen der Ärzte, die Preise und auf die Struktur ärztlicher Leistungen im internationalen Vergleich, Augsburg: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Rosenbrock, Rolf (1979): Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung, in: Argumente für eine soziale Medizin, Berlin: Argument-Verlag
- Rosenbrock, Rolf (1999): Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P99-205), Berlin: WZB
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Rüschmann, Hans-Heinrich/Roth, Andrea/Krauss, Christian (2000): Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care? Aufbau – Ergebnisse – Zukunftsvision, Berlin u.a.: Springer

- SVRBgWE (1985): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Auf dem Weg zu mehr Beschäftigung. Jahresgutachten 1985/86, Stuttgart und Mainz: W. Kohlhammer
- SVRKAiG (1988): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos
- SVRKAiG (1989): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos
- SVRKAiG (1990): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos
- SVRKAiG (1994): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen (Sachstandsbericht 1994), Baden-Baden: Nomos
- SVRKAiG (1996): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden: Nomos
- SVRKAiG (1997): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1997: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden: Nomos
- SVRKAiG (2000/2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, 3 Bde., o.O. (Bonn): SVRKAiG
- Scharpf, Fritz W. (1999): Der Arbeitsmarkt im internationalen Wettbewerb, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 50 Jg., H. 7-8, S. 459-464
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1981): Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen: Mohr
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der/Greiner, Wolfgang (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen: Mohr Siebeck
- Siegrist, Johannes (1995): Medizinische Soziologie, 5. Aufl., München: Urban & Schwarzenberg
- Simon, Michael (2000a): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Simon, Michael (2000b): Kein Ende des Experimentierens. Zur geplanten Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 33: Kostendruck im Krankenhaus, Hamburg: Argument-Verlag, S. 10-36
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-205), Berlin: WZB

- Späth, Michael (2001): Gewinner und Verlierer, in: Deutsches Ärzteblatt, 98. Jg., H. 9, S. A-524-526
- Standfest, Erich (1990): Reform der Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung aus Sicht des DGB, in: Sozialer Fortschritt, 39. Jg., H. 3-4, S. 69-70
- Stegmüller, Klaus (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a.M.: VAS
- Stillfried, Dominik Graf von (2000): Integrationsversorgung – Innovationspotenzial und Risiken, in: Sozialer Fortschritt, 49. Jg., H. 8-9, S. 175-184
- TK/BKK Siemens (1999): Techniker Krankenkasse/Siemens-Betriebkrankenkasse: Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Hamburg, München: Ms.
- Tophoven, Christina (2000): Entwicklungsperspektiven integrierter Anbieterstrukturen und ärztlicher Selbstverwaltung, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 11-12, S. 24-33
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206), Berlin: WZB
- Wanek, Volker (1994): Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen, Frankfurt a.M.: VAS
- Webber, Douglas (1988): Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland, in: Leviathan, 16. Jg., H. 2, S. 156-203
- Webber, Douglas (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby, in: Leviathan, 17. Jg., H. 2, S. 262-300
- Webber, Douglas (1992): Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Mayntz (Hrsg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, S. 211-272
- Westphal, Eckhardt (1982): Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse. Zur Strategie des Verbraucherschutzes im Gesundheitsbereich, Köln: Pahl-Rugenstein
- Wewer, Göttrik (Hrsg.) (1998): Bilanz der Ära Kohl. Christlich-liberale Politik in Deutschland 1982-1998, Opladen: Leske + Budrich
- Wiesenthal, Helmut (1981): Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Wingenfeld, Klaus (1992): Zur Entwicklung der Großgeräteplanung in der Bundesrepublik, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 18: Wer oder was ist „Public Health“?, Hamburg: Argument-Verlag, S. 149-168
- Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ (1988): Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen: Bleicher
- Zipperer, Manfred/am Orde, Bettina (2001): Der Koordinierungsausschuss – Genese, Anspruch, Perspektive –, in: Die Krankenversicherung, 53. Jg., H. 6, S. 172-177