Privatisierung des DDR-Gesundheitswesens

Philip Manow-Borgwardt

Gesundheitspolitische Entscheidungen im Vereinigungsprozeß[1]

1. *Einleitung*

Das Gesundheits-Strukturgesetz von Bundesgesundheitsminister Seehofer ist nur die deutlichste Bestätigung eines bereits zum Zeitpunkt der deutschen Vereinigung offenkundigen Sachverhalts: Die bundesdeutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist hochgradig reformbedürftig. Die Gesundheitsreform von 1988, selbst eines der kontroversesten Reformwerke der 11. Legislaturperiode, hatte wichtige strukturelle Reformen in der GKV etwa in der Frage des Kassenwahlrechts, der kassenartinternen oder kassenartenübergreifenden Finanzausgleiche oder in der Krankenhausfinanzierung frühzeitig auf Grund mangelndem politischen Konsens innerhalb der Regierungsparteien ausklammern müssen (Webber 1989). Damit blieben zum Beispiel die unterschiedlichen Risikogemeinschaften und die dadurch deutlich differierenden Beitragssätze und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten als drängende Probleme bestehen. Deswegen war bereits bei der Verabschiedung des GRG ein weiteres gesundheitspolitisches Reformvorhaben, die sog. »Organisationsreform«, für die 12. Legislaturperiode des Bundestages angekündigt worden.[2] Zum Jahreswechsel 1989/1990 waren zur Organisationsreform bereits vielfältige, und vor allem höchst entgegengesetzte Vorstellungen öffentlich gemacht worden.[3]

Die strukturellen Defizite in der westdeutschen GKV wurden durch die Veröffentlichung des Endberichts der Enquête-Komission des Bundestages über die »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Bt-Drks. 11/6380) am 12.2.1990 erneut ins öffentliche Bewußtsein gerückt. Nur wenig später bestätigte die Veröffentlichung des 1990er Gutachtens des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAiG) die unverminderte Notwendigkeit weiterer Reformen mit detaillierten Reformvorschlägen zu den Problemkreisen Arztzahlenentwicklung, Krankenhausfinanzierung und Organisationsreform (SVR KAiG 1990: 130-169).

Angesichts dieser Diskussionslage verwundert es nicht, daß im Zuge der deutschen Vereinigung von vielen Seiten, und keineswegs nur von »notorischen Kritikern« des Systems, rechtzeitig davor gewarnt wurde, »unser gegenwärtiges System (der DDR) ungefiltert zu oktroieren und es dann wieder zu reformieren« (MinDir Karl Jung [BMA] in der Ärzte-Zeitung vom 6.3.1990). Mit dem ersten Staatsvertrag, den gesundheitspolitischen Überleitungsgesetzen vom Sommer 1990 und schließlich dem Einigungsvertrag ist aber im weit überwiegenden Maße genau dies vollzogen worden: Der annähernd modifikationslose Transfer der Strukturen der bundesdeutschen GKV in das Beitrittsgebiet. Mit Ausnahme der 5jährigen »Bestandsgarantie« für die Polikliniken und Ambulatorien in dem durch den Einigungsvertrag vom 31.8.1990 formulierten § 311 Abs. 2 SGB V (siehe den Beitrag von Wasem in diesem Band) finden sich im geeinten Deutschland keine bedeutenden Abweichungen von den Regelungen des Sozialgesetzbuches der alten Bundesrepublik. Der modifikationslose Export eines Systems, das nicht erst seit kurzem als »krank an allen Gliedern« beschrieben wird,[4] hat zu der Einschätzung geführt, daß zumindest in der Gesundheitspolitik die DDR im Vereinigungsprozeß ganz »zweifellos« ... »über den Tisch gezogen« wurde (Lehmbruch 1991: 602, Anm. 1 und 588). Die nachstehenden Ausführungen rekonstruieren die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Zuge der deutschen Vereinigung und fragen danach, inwieweit diese Einschätzung deskriptiv zutreffend und normativ berechtigt ist.

2. *Die Interessenausbildung*

In dem Maße wie die deutschlandpolitische Entwicklung im Februar/März 1990 – beschleunigt durch das Angebot zu einer baldigen Einführung der DM in der DDR – immer deutlicher auf eine schnelle Vereinigung zwischen beiden deutschen Staaten hinauslief, wurden verschiedene Konzeptionen bundesdeutscher Verbände und Parteien über die Gestaltung eines gesamtdeutschen Gesundheitswesens veröffentlicht. Die in Hinblick auf die westdeutschen Strukturen weitestreichenden Reformforderungen wurden in einem Diskussionspapier des SPD-Sozialexperten Dreßler formuliert.[5] Neben den kurzfristigen und zwischen allen gesundheitspolitischen Akteuren weitgehend unkontroversen Forderungen nach der Herauslösung der DDR-Sozialversicherung aus dem FDGB und der – zumindest haushaltsrechnerischen – Spartentrennung nach Unfall-, Renten- und Kranken-

versicherung, beinhalteten die weiteren Forderungen u.a. eine regionale Gliederung der DDR-Sozialversicherung auf der Ebene der neu zu gründenden Länder (ebenda: 4 k.F.),[6] die Beibehaltung sowohl einer einheitlichen Versicherung für Arbeiter und Angestellte wie auch der Einbeziehung des öffentlichen Dienstes in die Versicherungspflicht (ebenda: 7 k.F.). Bei der Einführung eines gegliederten Krankenversicherungssystems sollte für alle Versicherten vollständige Wahlfreiheit bestehen, wobei die Kassen einem Kontrahierungszwang unterliegen würden. Damit sollte auch in der BRD die freie Kassenwahl und der Kontrahierungszwang eingeführt werden und somit gleiche rechtliche Grundlagen für alle Kassenarten gelten. In diesem Zusammenhang wurde in dem SPD-Diskussionspapier eine Einschätzung formuliert, die zur größten Befürchtung der bundesdeutschen Konkurrenten der Ortskrankenkassen werden sollte: Daß mit der Übernahme der DDR-Sozialversicherung durch die neu zu gründenden regionalen Kassen auf Länderebene[7] bei gleichem Wahlrecht für die Versicherten und Kontrahierungszwang der Kassen kaum ein Anreiz für andere Kassenarten bestehen kann, sich in den neuen Ländern zu gründen – daß sich also faktisch eine Einheitsversicherung oder eine deutlich dominierende Primärkasse in dem Gebiet der DDR etabliert.[8] Zusammen mit den weiteren sozialdemokratischen Forderungen nach Erhalt einer Positivliste für Arzneimittel und der Ausweitung ihrer Geltung auf das Bundesgebiet, nach Preissenkungen bei bundesdeutschen Arzneimitteln, um für einen gemeinsamen Markt ein gleiches Preisniveau zu gewährleisten, nach der mittelfristig anzustrebenden, »obligatorischen« Übertragung der Trägerschaft von Polikliniken und Ambulatorien auf die Kassen (also ihrer Umwandlung in Eigeneinrichtungen der Kassen, 15 a.F.) und nach einer verbindlichen Bedarfsplanung für die Niederlassung, ergibt sich ein umfassender, hier nicht vollständig aufgeführter gesundheitspolitischer Forderungskatalog, dessen Umsetzung einen radikalen Wandel sowohl der Organisation als auch der Versorgungsstrukturen der bundesdeutschen GKV zur Konsequenz gehabt hätte.

Nur wenige Tage nach Bekanntwerden der sozialdemokratischen Vorstellungen nahm Ersatzkassen-Geschäftsführer Fiedler in einer Pressekonferenz am 12.3.1990 eine jeglichen Reformüberlegungen schroff entgegenstehende Position ein (HB vom 13.3.1990). Quintessenz seiner Vorstellungen war die sowohl schnelle, als auch vollkommen modifikationslose Übertragung bundesdeutscher Strukturen auf die DDR. Nur durch eine sofortige Übertragung des gegliederten

Systems der Bundesrepublik – so Fiedler – könne in der DDR schnell ein leistungsfähiges Gesundheitswesen aufgebaut werden. Für die Aufnahme der Geschäftstätigkeit von Ersatzkassen nannte Fiedler mit dem Datum der Währungsunion am 2. Juli einen denkbar knappen Termin, den er sowohl mit einer sozialen »Flankierung« der Währungsunion, als auch mit dem drohenden Zusammenbruch des medizinischen Versorgungssystems in der DDR zu legitimieren suchte (Ärzte-Zeitung vom 15.3.1990). »Garniert« war die Forderung nach der schnellen Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystem mit der bekundeten Bereitschaft der Ersatzkassen, eine möglicherweise bis zur vollen Beitragsdeckung der Ausgaben notwendige Anschubfinanzierung »aus der Rücklage« oder durch Beitragssatzerhöhungen mitzutragen. Es war ein unmißverständliches Angebot an die Politik, wenn die Ersatzkassen zu einem Zeitpunkt, als die politische Diskussion bereits von der Frage nach den »Kosten der Einheit« beherrscht wurde, erklärten, daß »die Wirtschaftskraft der Ersatzkassen einen reibungslosen sozialen Ausgleich innerhalb ihrer bundesweit verbreiteten Solidargemeinschaften« ermöglicht (HB vom 13.3.1990).

Die Vorstellungen des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) trafen sich mit der Forderung der Sozialdemokraten, die für die Bundesrepublik bereits in Aussicht genommene »Organisationsreform« *zur Voraussetzung* einer Synthese beider Gesundheitssysteme zu machen. Dies implizierte einen längeren Übergangszeitraum für die Vereinigung der beiden Gesundheitswesen, in dem ein »regional gegliederter, kassenneutraler Träger« die Krankenversicherung übernehmen sollte. Daß in der Wahrnehmung der anderen Kassenverbände mit dieser gesundheitspolitischen Interimslösung ein »Monopolanspruch« der Ortskrankenkassen für die DDR exekutiert werden sollte und zudem ein für sie bedrohliches Präjudiz für die nachfolgende Vereinigung beider Systeme geschaffen würde, manifestierte sich überdeutlich in einer gemeinsamen Stellungnahme aller Spitzenverbände der GKV – mit Ausnahme des AOK-BV – vom 28.3.1990, in der die schnellstmögliche Einführung eines gegliederten Systems in der DDR gefordert wurde. Das gemeinsame Positionspapier von Innungs-, Betriebs- und Ersatzkassen sowie der Bundesknappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen formulierte das Ziel, *spätestens zu Anfang 1991* ein gegliedertes Krankenkassensystem in der DDR einzuführen.

Die Stellungnahme der GKV-Spitzenverbände bedeutete aber nicht nur eine demonstrative Isolierung der Ortskrankenkassen,

sondern adressierte sich auch bereits an das Bundesarbeitsministerium (BMA). Denn im Zuge der bundesdeutschen Vorarbeiten zum ersten Staatsvertrag war bekannt geworden, daß das Ministerium in seinem Ressortentwurf für die sozialpolitischen Artikel des Vertrages für einen längeren Übergangszeitraum votieren würde (ohne konkrete Terminvorgabe für sein Ende), in dem ein kassenartneutraler Träger die DDR-Krankenversicherung übernehmen sollte. Es wurde vor allem dem massiven Lobbying der Ersatzkassen, unterstützt von der Deutschen Angestellten Gewerkschaft und einer »Reihe von Wirtschaftsverbänden« (SZ vom 26.4.1990) zugeschrieben, daß der auf Ressortebene formulierte Artikel im Bundeskanzleramt abgeändert wurde und somit die am 24. April vom Kabinett verabschiedete, offizielle Grundlage für die Verhandlungen mit der DDR in Art. 18 Abs. 1 formulierte: »Mit Inkrafttreten dieses Vertrages wird ein gegliedertes Krankenversicherungssystem geschaffen.« Damit war aber nicht der Interessenposition der Ersatzkassen einseitig Rechnung getragen, denn *zum einen* hatte der Bundesverband der Ortskrankenkassen mittlerweile eine vollständige Kehrtwende vollzogen. Er forderte jetzt ebenfalls, die rechtlichen Möglichkeiten zu schaffen, daß »alle in der Bundesrepublik vorhandenen Arten der Gesetzlichen Krankenversicherung *umgehend* mit den Vorarbeiten für die Sicherstellung der vollgültigen medizinischen Versorgung ... in der DDR« beginnen können.[9] Die zuvor schroff *inhaltlich* divergierenden Angleichungsszenarien von Orts- und Ersatzkrankenkassen waren nun zu einer alleine durch praktische Umsetzungserfordernisse begründeten, marginalen *zeitlichen* Differenz von ein oder zwei Monaten zusammengeschmolzen. Während der Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) versicherte, »man sähe keine Schwierigkeiten, bereits Anfang Juli ein Netz von Ersatzkassen in der DDR in Betrieb zu nehmen«, veranschlagte der AOK-Bundesverband hierfür Ende April einen Zeitraum von drei bis vier Monaten (SZ vom 26.4.1990). Die innerverbandlich nicht unumstrittene Wende der Ortskrankenkassen trug auch den großen Unsicherheiten darüber Rechnung, wie sich die Entscheidung für einen einheitlichen, kassenneutralen Träger in den neuen Ländern im Zuge einer nachfolgenden Organisationsreform auf das gesamtdeutsche GKV-System und somit auch auf die AOKen auswirken würde. Das Votum für die Duplizierung bundesdeutscher Strukturen kann in diesem Sinn als verbandliche »least risk-strategy« verstanden werden, denn bei allen tiefgreifenden Interessengegensätzen war doch in einem Übereinstimmung zu finden: »Bevor sich das politische Gefüge

durch die Teilnahme neuer Interessengruppen verschiebt, soll sich lieber gar nichts ändern« (DNÄ vom 11.4.1990).

Zum anderen war die Abänderung des westdeutschen Vertragsentwurfs motiviert durch den Wunsch der Bundesregierung, der DDR ein »Verhandlungspaket« zu präsentieren, »dem das bundesdeutsche Recht ohne Modifikationen zugrunde liegt« (SZ vom 26.4.1990). Nicht nur hätte eine Übergangslösung mit einem regional gegliederten, kassenneutralen Träger für die Krankenversicherung zu sehr seit langem formulierten Zielvorstellungen des politischen Gegners entsprochen, zugleich war die bundesdeutsche Verhandlungsseite peinlichst darauf bedacht, eine »Belastung« des Vereinigungsprozesses mit substantiellen politischen Reformdebatten von vornherein zu verhindern. Die außen- wie innenpolitische Absicherung des Vereinigungsprozesses hatte in dem politischen Zielkatalog der Regierungsparteien absoluten Vorrang und eine modifikationslose Übertragung westdeutscher Strukturen auf die DDR schien noch das geringste Konfliktausmaß zu versprechen.

Ein Entgegenkommen von bundesdeutscher Seite in den Verhandlungen zum ersten Staatsvertrag war somit nicht in *Struktur*-, sondern nur in *Niveau*fragen vorgesehen: Die Höhe des DM-Umtauschkurses und die generöse Ausgestaltung der Überleitung der DDR-Rentenansprüche in eine gesamtdeutsche Rentenversicherung[10] standen der annähernd vollständigen Übernahme des bundesdeutschen Rechts- und Institutionensystems durch die DDR gegenüber.

3. *Der erste Staatsvertrag*

Natürlich konnte das Ergebnis der Volkskammerwahl vom 18. März 1990 als deutliches Votum der DDR-Bevölkerung für die möglichst schnelle und umfassende Übernahme des bundesdeutschen Institutionensystems gewertet werden, aber da in Wahlen kein nach Sachthemen differenziertes Abstimmen möglich ist, war es eine zumindest gewagte Interpretation, das Wahlresultat auch als einen Auftrag zur vollständigen Übernahme des Sozialsystems der BRD zu verstehen.[11] Diese Interpretation scheint vor allem deswegen nicht aufrecht erhalten werden zu können, weil die Forderung nach Erhalt »sozialer Errungenschaften der DDR« bei fast *allen* zur Wahl stehenden Parteien ein bedeutender – wenn auch nirgends näher konkretisierter – Programmpunkt war. Die Ost-CDU sah sich in ihrer sozialpolitischen Programmatik in einer Tradition einer gewerkschaftlich orientierten, links-protestantischen CDU und suchte ihre Identität

unter Berufung auf prominente Vertreter des Berliner Gewerkschaftsflügels der CDU wie Jakob Kaiser und Ernst Lemmer. Die von diesen CDU-Politikern verkörperte Idee eines »Sozialismus aus christlicher Verantwortung« (Focke 1978) war als grundsätzliche Orientierung in der Partei weiterhin lebendig, auch wenn der Austritt der CDU aus dem sog. Demokratischen Block mit vehementen Absagen an die sozialistische Idee verbunden gewesen war. Diese sozialpolitische Orientierung kam jetzt zudem dem dringenden Bedürfnis entgegen, nach der Emanzipation von der Rolle als Blockpartei einer sofortigen neuen »Vereinnahmung«, nun durch die bundesdeutsche CDU, entgegen zu wirken. Dieses Bedürfnis konnte der sozialpolitische Forderungskatalog der bundesdeutschen Sozialdemokraten, der nun auf Seiten der DDR-SPD die Grundlage für die Ost-Berliner Koalitionsverhandlungen bildete, in konkrete sozialpolitische Forderungen überleiten. Nach den Verhandlungen, die von Beteiligten als nicht besonders kontrovers beschrieben wurden, waren am 12.4.90 folgende gesundheitspolitische Programmpunkte festgehalten worden:

- »Krankenpflichtversicherung für alle Erwerbstätigen [also auch für Selbständige und Beamte; P.M.];
- Ein später mögliches gegliedertes Krankenversicherungssystem unter der Voraussetzung, daß jeder Versicherungsnehmer seine Krankenversicherung frei wählen kann (Wahlfreiheit der Versicherten, Kontrahierungszwang der Kassen);
- schrittweise Angleichung der Leistungen der Krankenversicherung (unter Einschluß der präventiven Medizin) an BRD-Verhältnisse;
- Verschiedene Eigentumsformen der Gesundheitseinrichtungen;
- Arbeitsplatzschutz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei Privatisierungsvorhaben;
- Regionale kassen(zahn-)ärztliche Bedarfsplanung durch Krankenkassen als Sofortmaßnahme;
- Polikliniken in unterschiedlicher Rechtsträgerschaft bleiben eine wesentliche Stütze der bürgernahen ambulanten Versorgung;
- Leistungsfähige Strukturen (einschließlich kurativer Aufgaben) des Betriebsgesundheitsdienstes sind zu erhalten;
- Ausbau von Gesundheitserziehung, Gesundheitsschutz, Ausbau von Rehabilitation und Schaffung eines umfassenden Präventivsystems (Kinderschutz, Frauenschutz, Behindertenschutz, Altenschutz);
- prinzipielle Nutzung einer Positivliste für Arzneimittel.«

In der Präambel der Koalitionsvereinbarung hieß es: »Die Koalitionsfraktionen sind sich darin einig, daß der Inhalt zwischen der DDR und der Bundesrepublik Deutschland zu vereinbarender Regelungen, insbesondere des zu erwartenden Staatsvertrages über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion, den heutigen Vereinbarungen zwischen den Koalitionsfraktionen in ihren Grundzügen entsprechen müsse« (vgl. dfg 16-90: 7ff.).

Dies blieb jedoch ein hehrer Wunsch. Nach zähen Verhandlungen auf der Fach-, der Ressort- und der zentralen Ebene der Verhandlungsführer hieß es schließlich in Art. 21 Abs. 1 des Vertrages vom 18.5.1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (BGBl. II, 517): »Die Deutsche Demokratische Republik leitet alle erforderlichen Maßnahmen ein, um ihr Krankenversicherungsrecht an das der Bundesrepublik anzugleichen.« Und in Art. 18 Abs. 2 wurde insistiert: »Ziel dabei ist eine Organisationsstruktur der Sozialversicherung, die der in der Bundesrepublik Deutschland entspricht.«

Damit beließ der erste Staatsvertrag der DDR kaum mehr inhaltliche, sondern lediglich zeitliche Umsetzungs»freiheiten« für die Angleichung an die Strukturen der bundesdeutschen GKV – gegen eine bereits vertraglich fixierte Terminvorgabe für die Einführung des gegliederten Systems hatte sich die ost-deutsche Verhandlungsseite erfolgreich gewehrt.[12] Es gibt verschiedene Gründe für dieses Verhandlungsresultat. Genannt worden sind in diesem Zusammenhang immer wieder die selbst-gesetzten Terminzwänge, die das Aushandeln institutioneller Innovationen im Zuge des ersten Staatsvertrages faktisch ausschlossen, und die Überlegenheit einer routinierten westdeutschen Ministerialverwaltung und eines eingespielten politischen Systems, die sich in einem früh ausformulierten westlichen Vertragsentwurf manifestierte, der im folgenden die *Verhandlungsgrundlage* bildete. Dies waren jedoch lediglich die *Mittel* zur Durchsetzung einer Interessenposition der bundesdeutschen Regierungsparteien, die durch den außerordentlichen Stellenwert bestimmt wurde, die eine schnelle Wiedervereinigung im Kalkül der politischen Akteure besaß.

Bereits in dem Votum für den Art. 23 GG als dem »schnellen« verfassungsrechtlichen Weg zur Einigung hatte sich die Sorge manifestiert, eine auch nur auf Teilaspekte beschränkte Neuverhandlung der Wirtschafts- und Sozialordnung eines geeinten Deutschlands würde in derartigen »Instabilitäten politischer, wirtschaftlicher und sozialer Art« resultieren, »daß am Ende die Einheit sogar daran

scheitern könnte« (Schäuble 1991: 55). In dem föderal verflochtenen und institutionell fragmentierten politischen System der Bundesrepublik sind Entscheidungen mit gravierenden Änderungen im gesellschaftlichen Status quo schon in politischen »Normalitätsphasen« kaum durchsetzbar (vgl. für viele etwa Schmidt 1990; Katzenstein 1987).[13] Die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Vereinigungsprozeß sind das beste Beispiel dafür, daß selbst in der durch die Wiedervereinigung gegebenen, von vielen als »Stunde der Exekutive« apostrophierten Ausnahmesituation dieses Grundcharakteristikum bundesdeutscher Politik nicht suspendiert war.[14] War auf der Ebene der gesundheitspolitischen Verbände die schlichte Status-quo-Orientierung der einzige, wenn auch hochgradig prekäre »Gemeinsame Nenner«, so waren die staatlichen Entscheidungsintanzen zum »souveränen Lösen« der gegenseitigen verbandlichen Blockierungen nicht in der Lage, weil sie die Folgekonflikte und Präzedenzwirkung einer solchen Entscheidung für den weiteren Vereinigungsprozeß fürchten mußten. Insofern wird der gerade auf die gesundheitspolitischen Aspekte der Vereinigung bezogene Eindruck einer rüden »Landnahme« eher als Resultat eines »paradox of external strength and internal weakness« (Krasner 1978) adäquat beschrieben, denn als Kolonialisierungsvorgang.

4. *Die Überleitungsgesetze*

Zwischen dem ersten Staatsvertrag und dem Einigungsvertrag sind von der Volkskammer im wesentlichen vier Gesetze verabschiedet worden,[15] die eine Substantialisierung der in Artikel 21 des Staatsvertrages festgeschriebenen allgemeinen Zielbestimmung leisten sollten. Von diesen vier Gesetzen behandelten das *Kassen-Vertragsgesetz*, das zunächst als Verordnung verabschiedet werden sollte, und das *Kassen-Errichtungsgesetz* die weitaus konfliktreichste Materie. Mit ihnen wurden u.a. die Fragen des Fortbestandes der ambulanten Gesundheitseinrichtungen, der Vergabe des Sicherstellungsauftrages, der Besetzung der Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zulassung zur Niederlassung geregelt. Zugleich wurden durch sie Zeitpunkt und Form der Einführung des gegliederten Systems konkretisiert. Alle Überleitungsgesetze wurden von einer Arbeitsgruppe aus Ministerialbürokraten des Bundesarbeitsministeriums und des DDR-Gesundheitsministeriums formuliert. Formalrechtlich lag die Zuständigkeit zwar alleine beim DDR-Gesundheitsminister Kleditzsch, die Federführung der westdeutschen

Beamten aus dem BMA war jedoch offensichtlich. Die Kassen-Verbände waren an der Gesetzesformulierung – entsprechend gängiger Praxis – beratend beteiligt,[16] von seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde eine Beteiligung erfolglos einzuklagen versucht. – Im Zuge der Überleitungsgesetzgebung brach der durch den Art. 21 des ersten Staatsvertrags vorerst stillgestellte Konflikt zu zwei Zeitpunkten erneut auf, jetzt aber mit stärkerer Akzentsetzung auf Fragen der Versorgungsstruktur. Das BMA hatte die Kassenverbände aufgefordert, in der Form eines »Gesetzesentwurfs mit Begründung« ihre Vorstellungen zu einem *Kassen-Errichtungsgesetz* darzulegen. Mitte Juni waren Teile eines noch nicht autorisierten AOK-Entwurfs von interessierter Seite öffentlich gemacht worden.[17] Die in ihm enthaltenen Forderungen sollen hier stichwortartig genannt werden:

- Erhalt der DDR-Positivliste;
- Preisverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie;
- Aut-simile- und Wirtschaftlichkeits-Gebot für die Arzneimittelabgabe in Apotheken;
- kassenartenübergreifender Finanzausgleich;
- Splitten des Sicherstellungsauftrages (also direkte Verträge zwischen Kassen und Gesundheitseinrichtungen);
- ebenfalls direkte Versorgungsverträge mit einzelnen Kliniken neben der Versorgung durch Plankrankenhäuser;
- regionale Bedarfsplanung;
- alle Erwerbstätigen sind versicherungspflichtig, Selbständige und Freiberufler müssen den Nachweis der Sicherung erbringen, wenn sie von dieser Pflicht befreit werden wollen.

Förderte das Fehlen eines verbindlichen Termins für die Einführung des gegliederten Systems im AOK-Gesetzentwurf erneute Befürchtungen der Kassenkonkurrenz, so riefen die auf die Gestaltung der Versorgungsstrukturen bezogenen Forderungen des AOK-BV den massiven Protest der freien Ärzteverbände und der KBV hervor. Der KBV-Vorsitzende Oesingmann warnte: »Wenn der AOK-Bundesverband derartige Vorstellungen auch nur in Erwägung zieht, setzt er seine gesamte Glaubwürdigkeit gegenüber seinen Vertragspartner auf seiten der Kassenärzte aufs Spiel« (Ärzte-Zeitung vom 18.6.90). In einer »Konzertierten Aktion« äußerten zwei Tage später die FDP-Bundestagsfraktion, Ärzte, Zahnärzte und Apotheker ihre Sorge, daß die »DDR ihr staatliches Gesundheitswesen mit Hilfe der westdeutschen Ortskrankenkassen auf Dauer etablieren will« (Die Welt vom 21.6.90).

Bereits zu dem Zeitpunkt, als unter dem Eindruck dieser massiven Proteste sich im AOK-Bundesverband eine erneute Kehrtwende andeutete, wurde der offizielle BMA-Entwurf zur *Kassen-Vertragsverordnung* bekannt. Bei den west- und ost-deutschen Ärzteverbänden, aber nun auch bei den Kassen stieß dieser Entwurf, der die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern regelte, auf vehemente Kritik. Die Empörung der organisierten Ärzteschaft wurde vor allem durch den § 1 ausgelöst, der eine Sicherstellung der ambulanten Versorgung sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch bestehende kommunale oder staatliche Gesundheitseinrichtungen einschließlich des Betriebsgesundheitswesens vorsah und somit – in Übereinstimmung mit dem AOK-Gesetzentwurf – ein Splitten des Sicherstellungsauftrags bedeutet hätte.[18] Umstritten war ebenfalls der § 5 'Ablehnung der Zulassung', wenn für »den Ort der Niederlassung im entsprechenden Fachgebiet eine angemessene ärztliche Versorgung ... gewährleistet ist.« Weiterhin waren im Arzneimittelbereich deutlich über die bundesdeutschen Regelungen hinausgehende Bestimmungen insbesondere bei der ministeriellen Festlegung von Festbeträgen und einer Negativliste vorgesehen (§ § 14 und 15). Ein weiterer Kritikpunkt waren Bestimmungen des Entwurfs zu einem *Krankenhaus-Finanzierungsgesetz* (KHG), die auch die ambulant tätigen Versorgungseinrichtungen an Krankenhäusern in den Kreis staatlicher Förderungsberechtigung einbezogen. Insgesamt hätten die Bestimmungen der Vertragsverordnung in Zusammenhang mit Regelungen dieses KHG-Entwurfs Ambulatorien und Polikliniken zu einem längerfristigen Bestandteil der medizinischen Versorgung werden lassen. Und insbesondere mit dem Splitten des Sicherstellungsauftrages wären substantielle Änderungen am rechtlichen Grundgefüge des bundesdeutschen Gesundheitswesens realisiert worden.

Im Zuge der massiven Interventionen der organisierten Interessengruppen vor allem auf zentraler Ebene – im Bundeskanzleramt –, zeigte sich, daß die Ausformulierung der *Vertragsverordnung* weitgehend einem Alleingang der BMA-Ministerialverwaltung zuzuschreiben war, für den nun auch der Rückhalt bei den Verbänden fehlte, die zuvor gleichlautende Forderungen erhoben hatten. So erfolgten bald grundlegende Änderungen an dem Entwurf. Deren wichtigste war, daß die ursprünglich als Verordnung geplante Regelung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern nun doch per Gesetz erfolgen sollte. Der für die Interessengruppen außerordentliche Termindruck war somit beseitigt: Denn

damit »dürfte ein längeres parlamentarisches Verfahren folgen. In dessen Verlauf könnten sich für die Betroffenen noch zahlreiche Möglichkeiten zur Einflußnahme ergeben« (DNÄ vom 20./21.7.1990).

Das Ergebnis dieser »Einflußnahme« ist bekannt. Es läßt sich schlicht als territoriale Ausweitung des Geltungsgebiets des SGB der »alten« Bundesrepublik auf die DDR beschreiben. In § 311 Abs. 2 SGB V bestimmte der *Einigungsvertrag* eine 5jährige Übergangszeit für die kommunalen, betrieblichen, staatlichen oder frei gemeinnützig geleiteten Gesundheitseinrichtungen. § 311 Abs. 10 SGB V enthielt die Verpflichtung, »die Niederlassung in freier Praxis ... mit dem Ziel (zu fördern), daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.« Der Sicherstellungsauftrag wurde uneingeschränkt den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesprochen, eine Zulassung zur Niederlassung war nun nicht mehr von dem bereits bestehenden Versorgungsgrad abhängig gemacht. Auch im Arzneimittelbereich waren Strukturinnovationen erfolgreich verhindert worden. Der angesichts der besorgniserregenden Entwicklung der ostdeutschen Arzneimittelkosten noch kurzfristig in den Einigungsvertrag aufgenommene 55prozentige Preisabschlag auf Arzneimittel (§ 311 Abs. 1 b) SGB V) suchte eine Problemlösung wiederum vornehmlich durch eine Niveauentscheidung.

5. *Abschließende Thesen*

Die Wiedervereinigung war nicht die *Chance* zur Behebung von seit langem bekannten GKV-Strukturdefiziten, sondern die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Zuge der Vereinigung wurden von diesen Defiziten selbst nachhaltig geprägt. Hier sind in erster Linie zu nennen:

- Die wechselnden Defensiv-Koalitionen von Ärzte- und Kassenverbänden als Ausdruck der heterogenen bis antagonistischen Interessenpositionen in der GKV.
- Die fast vollständige Vernachlässigung versorgungspolitischer Aspekte auf seiten der Kassen zugunsten des Primärziels ihrer schnellen organisatorischen Etablierung als Ausdruck der Kassenkonkurrenz.
- Und schließlich die staatliche Status-quo-Fixierung aus nicht nur, aber auch gesundheitspolitischen Gründen – vor allem wegen der starken staatlichen Abhängigkeit von den Implementationsleistungen des Verbändesystems.

Diese Faktoren förderten unter dem Zwang äußerst schneller Entscheidungsfindung und unter Bedingungen hoher Unsicherheit auf bundesdeutscher Seite die Festlegung auf den schlichten gesundheitspolitischen »Institutionentransfer« (Lehmbruch) von West nach Ost.

Aus historischer Perspektive verliert dieses Politikresultat jedoch etwas von seinem vordergründig skandalösen Charakter. Die Geschichte der deutschen Sozialversicherung ist oftmals als weitgehend konfliktfreier, quasi organischer Wachstumsprozeß eines mit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung in seinen Grundzügen festgelegten Institutionensystems dargestellt worden. Ein nähere Analyse würde allerdings zeigen, daß diese Geschichte angemessener als eine Abfolge von »Stabilisierungskrisen« (Döhler 1992: 7) geschildert werden muß, die zum Teil erst die Ausbildung und Verfestigung jener Strukturen und Organisationsprinzipien mit sich brachten, auf deren »immer schon« herrschende Geltung sich dann der Widerstand gegenüber substantiellen gesundheitspolitischen Kurswechseln zunehmend erfolgreich berufen konnte. Sowohl während der Hyperinflation 1923, als auch gegenüber den Vereinheitlichungsbestrebungen der Nationalsozialisten, wie auch schließlich gegenüber den sehr weit gediehenen Reformbestrebungenen in den unmittelbaren Nachkriegsjahren haben die Strukturen der gegliederten Krankenversicherung ihre Beharrungskraft bewiesen. Die deutsche Vereinigung kann m.E. in dieser Reihe als weitere Stabilisierungskrise verstanden werden, vor allem auch, weil ihr in Gestalt der DDR-Sozialversicherung jene immer wieder unterdrückte sozialpolitische Grundsatzalternative gegenüber trat, die annähernd seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung von der Sozialdemokratie und den Gewerkschaften gefordert worden war – wenn auch mit wechselnder Intensität und mit zuletzt deutlich abnehmender innerer Überzeugung. In Konfrontationen mit grundsätzlichen Systemalternativen ist aber in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung wiederholt jene »negative Solidarität« (Prinz 1991: 450) zum Tragen gekommen, bei der die relevanten Akteure »ihre erheblichen Auffassungsunterschiede kurzfristig zurückstellten und sich ... zur Verteidigung der gegliederten Sozialversicherung zusammenfanden« (ebenda).

Das *normative* Urteil über die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Vereinigungsprozeß wird m.E. auch dann abgemildert, wenn man bedenkt, daß die Vereinigung nicht den *Ersatz* für das Finden von politischen Mehrheiten zur Durchsetzung gesundheitspolitischer Ziele abgeben konnte. Dabei kann der Umstand, daß

heute mit der Seehofer'schen Reform eben jene im Vereinigungsprozeß unterdrückten Forderungen wie die vollständige Wahlfreiheit und der kassenartenübergreifende Finanzausgleich aller Voraussicht nach durchgesetzt werden können, natürlich nicht zur nachträglichen Legitimation für den skizzierten Entscheidungsablauf herangezogen werden.

Warum schließlich die wohl potentiell wichtigste Innovation für die »alte« bundesdeutsche Krankenversicherung, das integrierte Versorgungsmodell durch Polikliniken und Ambulatorien, so schnell »abgewickelt« wurde, ist eine Frage, die nicht mehr unmittelbar den Prozeß der staatlichen Einheit, sondern die Art und Weise der Implementation der mit ihm gefällten Entscheidungen betrifft (s. den Beitrag von Wasem in diesem Band).

Korrespondenzanschrift:
Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln
Lothringer Str. 78
5000 Köln 1

Anmerkungen

1 Für Kommentierungen zu ersten Fassungen danke ich meinen Kollegen Marian Döhler und Jürgen Wasem.

2 Vgl. Allgemeine Begründung zum Regierungsentwurf des GRG (BR-Drks. 200/88: 156).

3 Als Übersicht über die verschiedenen Vorstellungen zur Organisationsreform von DGB, Arbeitgebern, Betriebs-, Orts- und Ersatzkassen, vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAiG) und der Enquête-Kommission u.a.m. siehe das Heft 3/4 des *Sozialer Fortschritt*, März/April 1990, 53-84.

4 So Dirk Kurbjuweit in *Die Zeit* vom 19. September 1991.

5 »Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland – DDR«, Manuskript, Bonn (Stand 5.3.1990); ausführlich dokumentiert in (dfg 11-90: 5-10).

6 Die Abkürzungen k.F. und a.F. verweisen auf die Seiten der Kurzfassung, rsp. die der ausführlichen Fassung, in der die SPD-Vorstellungen formuliert wurden.

7 Da die Ortskrankenkassen die einzige Kassenart mit regionalem Organisationsprinzip ist, war es für die Konkurrenzkassen offensichtlich, welcher Kassenart damit eine de-facto-Monopolstellung eingeräumt werden würde.

8 »Ob und wie das Tätigwerden unterschiedlicher Kassenarten im Gebiet der DDR rechtlich und politisch verhindert werden kann oder soll, kann zunächst offenbleiben. (...) Der organisatorische Vorsprung der aus der gemeinsamen Sozialversicherung hervorgehenden Regionalkrankenkassen und die Aussicht der sich neu gründenden Krankenkasse, die gleiche Risiko- und Finanzstruktur, wie die bereits bestehende Krankenkasse zu errichen, dürfte den Anreiz einer Neugründung erheblich mindern« (Dreßler 1990: 8 u. 9 a.F.).

9 Gemeinsamer Brief der GKV-Spitzenverbände (diesmal mit AOK-BV) an Bundesarbeitsminister Blüm, dokumentiert in (dfg 17-90: 2f.; Hervorhebung von mir).

10 Und als Drittes ist die ebenfalls den westdeutschen Status quo nicht berührende Anerkennung der vor 1949 vollzogenen Enteignungen in der DDR zu nennen.

11 So die Interpretation des Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Weinholz: Die Bürger hätten Bürokratie und Dirigismus abgewählt und damit auch dem staatlichen Gesundheitswesen eine Absage erteilt (DNÄ vom 20.3.1990).

12 Vgl. die Dokumentation der verschiedenen Kompromiß-Formulierungen zum späteren Art. 21 des ersten Staatsvertrages in (dfg 19-90: 4 und 10).

13 Daß diese allgemeine politikwissenschaftliche Diagnose noch einmal verstärkt für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik gilt, zeigen die Arbeiten von (Webber 1988; 1989; Rosewitz/ Webber 1990; Mayntz 1990; Döhler 1990 im internationalen Vergleich und Alber 1992). Der inkrementale Charakter der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ist auch herausgearbeitet bei (Döhler/ Manow-Borgwardt 1992). Empirisch dementiert werden diese Einschätzungen durch die außerordentlich weitreichenden und mehrere Gesundheitssektoren umfassenden Reformmaßnahmen, die mit dem Gesundheits-Strukturgesetz von Gesundheitsminister Seehofer intendiert sind und offenkundig einen Allparteien-Konsens zwischen CDU/CSU, FDP und SPD gefunden haben. Es erscheint deswegen dringend notwendig zu erklären, wie diese spektakuläre »Politik*ent*flechtung« möglich war.

14 Eine entgegenstehende Sichtweise wird am prononciertesten von Lehmbruch (1990; 1991) vertreten. Sie ist m.E. berechtigt in Hinblick auf *prozedurale* Momente, d.h. auf die Bestimmung der Vereinigungsdynamik, nicht aber in Hinblick auf *materielle* Politikentscheidungen (so aber Lehmbruch 1990: 471).

15 Das *Sozialversicherungs-Gesetz* vom 28.6.90 (GBl. I Nr. 38, 486), das *Kassen-Errichtungsgesetz* (GBl I Nr. 61, 1538), das *Krankenkassen-Vertragsgesetz* (GBl. I Nr. 61, 1533) – beide verabschiedet am 13.9. –, und das *Krankenhausfinanzierungsgesetz* vom 30.8.90 (GBl. I Nr. 59, 1428). Die letzten drei Gesetze sind dokumentiert in (Vollmer 1990/3: 115-141).

16 Über ihre Mitgliedschaft in der »Arbeitsgruppe Sozialunion«. Diese Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus Vertretern beider Ministerien (BMA und MfG-Ost), Vertretern der privaten Krankenversicherung, des Bundesversicherungsamtes und aller west-deutschen Kassenverbände.

17 Auszüge veröffentlichte die Ärzte-Zeitung vom 13.6.90.

18 So auch explizit § 11 des Entwurfes, dokumentiert in Auszügen in (dfg 25-90: 5).

Literaturverzeichnis

Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt: Campus

Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der Wende. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik. Berlin: Sigma

Döhler, Marian, 1992: Ordnungspolitische Ideen und sozialpolitische Institutionen. Unv. Manuskript. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

Döhler, Marian/ Manow-Borgwardt, Philip, 1992: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 3, 64-106

Dreßler, Rudolf, 1990: Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland – DDR. Diskussionspapier, Bonn (Stand 5. März 1990), mimeo

Focke, Franz, 1978: Sozialismus aus christlicher Verantwortung. Die Idee eines christlichen Sozialismus in der katholisch-sozialen Bewegung und in der CDU. Wuppertal: Peter Hammer Verl.

Hockerts, Hans Günter, 1980: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart: Klett-Cotta

Katzenstein, Peter J., 1987: Policy and Politics in Germany. The Growth of a Semisovereign State. Philadelphia: Temple Univ. Press

Krasner, Stephen D., 1978: United States Commercial and Monetary Policy: Unravelling the Paradox of External Strength and Internal Weakness. In: Peter J. Katzenstein (Ed.), Between Power and Plenty, Madison (Wisc.): Univ. of Wisconsin Press, 51-87

Lehmbruch, Gerhard, 1990: Die improvisierte Vereinigung: Die Dritte deutsche Republik. In: Leviathan 18, 462-486

Lehmbruch, Gerhard, 1991: Die deutsche Vereinigung: Strukturen und Strategien. In: Politische Vierteljahresschrift 32, 585-604

Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 283-307

Prinz, Michael, 1991: Die Arbeiterbewegung und das Modell der Angestelltenversicherung. In: Klaus Tenfelde (Hrg.), Arbeiter im 20. Jahrhundert. Stuttgart: Klett-Cotta, 435-460

Rosewitz, Berndt/ Webber, Douglas, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im bundesdeutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: Campus

Schäuble, Wolfgang, 1991: Der Vertrag. Wie ich über die deutsche Einheit verhandelte. Stuttgart: DVA

Schmidt, Manfred G., 1990: Die Politik des mittleren Weges. Besonderheiten der Staatstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 9-10/1990, vom 23. Februar 1990, 23-31

SVR KAiG, 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1990 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos

Vollmer, Rudolf J., 1990: Sozialversicherung und Gesundheitsrecht im beigetretenen Teil Deutschlands, Bd. 3. Bonn: AOK-Verlag

Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: Leviathan 16, 158-203

Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: Leviathan 17, 262-300

Abkürzungen zitierter Zeitungen und Zeitschriften

dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik
DNÄ – Die Neue Ärztliche
HB – Handelsblatt
SZ – Süddeutsche Zeitung