

Hartmut Reiners

Das Gesundheitsstrukturgesetz »Ein Hauch von Sozialgeschichte«?

Werkstattbericht über eine
gesundheitspolitische Weichenstellung¹

0. Einleitung

Das Ende 1992 von Bundestag und Bundesrat verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wird in den Medien eher als routinemäßiges Kostendämpfungsgesetz abgehandelt, das an seinen zahlreichen Vorgängern anknüpft und keine besonderen politischen Überraschungen zu bieten scheint. Nur wenige Journalisten, wie etwa der Bonner Korrespondent des Kölner Stadt-Anzeigers, hatten das GSG gründlich genug studiert und verfügten über hinreichende Fachkompetenz, um zu erkennen, daß dieses Gesetz »die größten Veränderungen in der gesundheitspolitischen Landschaft der Nachkriegszeit bringen wird« (16.12.1992).

Diese Einschätzung ist keineswegs zu hoch gegriffen, und sie wird in der Fachwelt unabhängig von der jeweiligen unterm Strich positiven oder negativen Bewertung des Gesetzes geteilt. Was ist nun so besonders und umwälzend am GSG? Ich möchte im folgenden zeigen, daß dieses Gesetz

- die Konsequenz einer ausgereizten, seit über 15 Jahren praktizierten Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesens ist;
- sein Zustandekommen einer besonderen politischen Konstellation verdankt und insofern auch ein Lehrstück über das politische System der Bundesrepublik Deutschland darstellt;
- eine historische Weichenstellung, aber noch nicht die Endstation der Reform des Gesundheitswesens bedeutet;
- grundsätzlich auf die Stärkung des Selbststeuerungspotentials des GKV-Systems setzt, wobei die Umsetzung dieses Grundsatzes verschiedene ordnungspolitische Richtungen annehmen kann.

1. *Das Gesundheits-Reformgesetz –
Von »Haifischen« und einer »leckgeschlagenen Yacht«*

Die sich in Ausgabenbegrenzungen und Kostenverlagerungen erschöpfende, seit den 70er Jahren betriebene Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen² war gründlich gescheitert. Von dieser Erkenntnis ging auch Norbert Blüm aus, der für die Krankenversicherung zuständige Arbeitsminister der ab Herbst 1982 regierenden christlich-liberalen Koalition. Die Reform der GKV war zum Regierungsprogramm erhoben und in den Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP aufgenommen worden. Im Frühjahr 1985 trat Arbeitsminister Blüm mit einem »10-Punkte-Programm« an die Öffentlichkeit, in dem er feststellte: »Die jetzigen Ausgabenstrukturen haben sich weitgehend zufällig entwickelt. Die bisherige Kostendämpfungspolitik hat daran nichts geändert. Die Aufgabe, medizinische und finanzielle Prioritäten festzulegen, wurde nicht erfüllt. Die Folgen sind teilweise Versorgungsdefizite, denen in anderen Bereichen Überversorgungen gegenüberstehen« (Bundesarbeitsblatt Nr.5/1985, S.8). Blüm kündigte an, die Ausgaben der GKV umzuschichten und den Leistungskatalog gründlich zu durchforsten, um notwendige neue Leistungen beitragsneutral finanzieren zu können.

Alles in allem schienen die Voraussetzungen für eine wirkliche Strukturreform im Gesundheitswesen noch nie so gut gewesen zu sein. Der für Reformen notwendige politische Leidensdruck war da, ebenso ein relativ breiter gesellschaftlicher Diskurs. Jedoch ließen bereits die ersten, 1987 vorgelegten internen Arbeitsentwürfe des Bundesarbeitsministerium erkennen, daß der Mut und wohl auch das Konzept zu einem solchen Projekt fehlten. Das im Grundsatz sinnvolle Motto »Überflüssiges streichen, um Notwendiges zu finanzieren« wollte Blüm allein durch Umschichtungen bei den Leistungsausgaben der GKV realisieren, ohne zugleich Schritte zur Reform der kassenärztlichen Versorgung, der Krankenhausfinanzierung und des gegliederten Systems der GKV einzuleiten.

Es lief mal wieder – ganz nach dem Muster der K-Gesetze – auf reine Kostenverlagerungen hinaus. Bei den Versicherten wollte man 6 Mrd. DM einkassieren, u.a. durch eine Reihe von Leistungskürzungen und erhöhten Zuzahlungen (vgl. BT-Drucksache 11/2237, S.274ff.). Während man sehr genau wußte, wo und wie Geld bei den Versicherten zu holen war, bestanden die bei den Leistungserbringern in Form von Struktureffekten versprochenen Einsparungen aus »Luftbuchungen« (SPD-Sozialexperte Rudolf Dreßler),

deren Realisierung völlig unklar blieb. Verschärfte Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der ambulanten Versorgung sollten 2,1 Mrd. DM bringen, Bettenabbau und Verweildauer Kürzungen in den Krankenhäusern weitere 1,6 Mrd. DM.

Die für die Erarbeitung des GRG verantwortlichen Personen hatten offensichtlich auch kein gutes Gefühl, als sie das Gesetz schließlich durch das aufreibende, vom permanenten Kleinkrieg mit der Lobby begleitete Gesetzgebungsverfahren gepaukt hatten. Bundesarbeitsminister Blüm, genervt von den ständigen Auseinandersetzungen mit Interessenvertretern und deren parlamentarischen Sprachrohren, charakterisierte seine Bemühungen um eine Reform des Gesundheitswesens als »Gymnastikübungen im Haifischbecken«; und sein für das GRG zuständiger Abteilungsleiter Karl Jung verglich das Gesetz mit einem Wrack: »Das Gesundheits-Reformgesetz ist wie eine leckgeschlagene Yacht, die mit zerfetzten Segeln den Hafen erreicht hat« (Kölner Stadt-Anzeiger vom 17. Dezember 1988).

Das GRG schien zunächst insofern erfolgreich zu sein, als die Beitragsätze der Krankenkassen erstmals seit Jahren rückläufig waren oder zumindest konstant blieben. 1989 sanken die Ausgaben der GKV um 3,3 % von 134,4 Mrd. DM auf 130 Mrd. DM³. Da gleichzeitig die Einnahmen um 5,3 % stiegen entstand ein Überschuß von ca. 9,8 Mrd. DM, der in Beitragssenkungen umgesetzt werden konnte. Das Versprechen von Norbert Blüm, die Beitragssätze um mindestens 0,5 Prozentpunkte zu senken, schien umsetzbar zu sein: 1988/89 betrug der durchschnittliche Beitragssatz 12,90 %; er sank 1990 auf 12,53 % und 1991 nochmals auf 12,20 %.

Diese Entwicklung konnte nicht überraschen, und auch die Kritiker des GRG hatten sie vorhergesehen. Zum einen hatte der Ausgabenrückgang von 1989 viel mit dem Abspecken des »Blüm-Bauches« zu tun, dessen Volumen der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen auf ca. 4,1 Mrd. DM schätzte. In Erwartung der mit dem GRG fälligen erhöhten Selbstbeteiligung nahmen viele Versicherte bereits 1988 Leistungen in Anspruch, die eigentlich erst für 1989 vorgesehen waren. So stiegen z. B. die Ausgaben für Zahnersatz von 1987 auf 1988 um 3,37 Mrd. DM bzw. 53,6 %. Zum zweiten waren die Einsparungen der Krankenkassen durch die erhöhten Zuzahlungen für die Patienten, also Ausgabenverlagerungen, erreicht worden. Hinzu kam der auch bei den früheren Kostendämpfungsgesetzen zu beobachtende Verunsicherungseffekt bei Ärzten und Patienten, der vorübergehend zu geringerer Inanspruchnahme von Leistungen führte.

Bereits Ende 1990 war eine deutliche Trendwende erkennbar. Die Ausgaben der GKV stiegen um 9 %, während sich die Einnahmen nur um 5,8 % gegenüber dem Vorjahr erhöht hatten. Die Kassen hatten jedoch genügend Reserven von 1989 übrig, um dennoch zu einem positiven Saldo von

6,1 Mrd. DM zu kommen und sich so über die wahre Entwicklung hinwegzumogeln. 1991 gab es dann nichts mehr zu verheimlichen: Die Ausgaben stiegen um 12,8 %, die Einnahmen nur um 2,6 %. Man erwirtschaftete ein Defizit von 5,6 Mrd. DM, ein zuvor auch nicht annähernd erreichter Betrag; das bis dato höchste Defizit hatte 1984 bei knapp 2,9 Mrd. DM gelegen. 1992 setzte sich dieser Trend fort; im 1. Halbjahr stiegen die Leistungsausgaben um 10,7 %, die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten (Grundlöhne) nur um 4,4 %. Die Beitragssätze wurden auf breiter Front erhöht. Sie stiegen von durchschnittlich 12,20 % in 1991 auf 13,12 % im Oktober 1992 und erreichten damit ein höheres Niveau als vor dem GRG (1988: 12,90 %). Einzelne Kassen mußten ihren Beitragssatz sogar auf über 16 % anheben, so z. B. die AOK Dortmund auf 16,8 %.

Mit dem GRG waren die klassischen Instrumente der Kostendämpfungspolitik – Budgetierung, Leistungskürzungen bzw. -ausgrenzungen, Selbstbeteiligung der Patienten – endgültig ausgereizt. Mittlerweile lag auch mit dem Endbericht der Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung eine Bestandsaufnahme der Gesundheitspolitik vor (Enquete-Kommission 1990; vgl. auch Reiners 1990), die einen umfangreichen Katalog von teilweise alternativen Reformvorschlägen enthielt, die auf ihre Umsetzung nur warteten. Was folgte, war ein politisches Drama in drei Akten, das nicht nur unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten von nachhaltiger Wirkung war, sondern auch reichhaltiges Anschauungsmaterial über das Innenleben des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland bot.

2. *Das Gesundheitsstrukturgesetz – Chronik der Entstehung*

2.1 *Absichtserklärungen und ein Schnellschuß: Das GSG, 1. Akt*

Nach den Bundestagswahlen 1991 ging die Zuständigkeit für die GKV vom Arbeits- an ein neu gebildetes Bundesgesundheitsministerium. An dessen Spitze wurde die CSU-Politikerin Gerda Hasselfeldt gesetzt, die sich schon bald als von dieser Aufgabe überfordert erwies. Trotz der bereits deutlich erkennbaren Ausgabenentwicklung in der GKV (siehe oben) sah sie keinen Anlaß zum Eingreifen, sondern ortete die Probleme in erster Linie in einer mangelhaften Umsetzung des GRG durch die Selbstverwaltung (vgl. Hasselfeldt 1991).

Im Oktober 1991 wurde der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion mit der kurzfristigen Erstellung eines Sondergutachtens zu der immer

auffälliger werdenden Ausgabenentwicklung in der GKV beauftragt, das schon einen Monat später vorgelegt wurde (SVR-KAiG 1991). Dieses Gutachten war insofern enttäuschend, als es zu keinem einheitlichen Votum kam. Während die Mehrheit dieses Gremiums zu dem Ergebnis kam, daß man Beitragssatzstabilität nur durch eine Erweiterung der Finanzierungsbasis der GKV (höhere Selbstbeteiligung, Ausweitung des versicherten Personenkreises bzw. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze) erreichen könne, bestand nur ein Mitglied des Sachverständigenrates (Detlev Zöllner) auf Eingriffen in die Strukturen des medizinischen Versorgungssystems.

Inwieweit dieses widersprüchliche Votum des SVR die weitere Untätigkeit der Gesundheitsministerin beförderte, sei dahingestellt. Näher an der Wirklichkeit liegt da wohl die seinerzeit verbreitete Vermutung, daß die Bundesregierung erst die Landtagswahlen in Baden-Württemberg Mitte April 1992 abwarten wollte, bevor sie mit einem vermutlich sehr unpopulären Kostendämpfungskonzept an die Öffentlichkeit ging. Folgerichtig erschien am 24. April 1992 ein gesundheitspolitisches Thesenpapier des BMG (Hasselfeldt 1992), das als Grundlage für eine Gesetzesinitiative dienen sollte. Zuvor hatte der gesundheitspolitische Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Paul Hoffacker eigene »Vorschläge zur marktwirtschaftlichen Steuerung der GKV« (Hoffacker 1992) unterbreitet, die im wesentlichen auf mehr Selbstbeteiligung der Patienten hinausliefen. Dieser mit der Ministerin nicht abgestimmte Vorstoß mußte von Gerda Hasselfeldt als Demontage ihrer Person gewertet werden und trug mit zu ihrem Rücktritt Ende April 1992 bei.

Ihr Nachfolger Horst Seehofer verlor keine Zeit und ging bereits im Mai 1992 mit seinen Fachbeamten sowie den zuständigen Experten der CDU/CSU und der FDP in eine mehrtägige Klausur in die Eifel, die die am 2. Juni 1992 veröffentlichten »Eckpunkte zur Sicherung und Strukturverbesserung in der Krankenversicherung« zum Ergebnis hatte. Im wesentlichen bestanden diese Eckpunkte in kurzfristigen Einsparungen nach dem Muster der K-Gesetze. Angekündigt wurde aber auch eine langfristige Neubestimmung der »Baugesetze unseres Sozialstaats, Solidarität und Subsidiarität«, was im Klartext auf eine Prüfung der Schmerzgrenzen der Versicherten hinauslief. Insgesamt wurden Einsparungen in Höhe von 11,4 Mrd. DM veranschlagt, von denen die Leistungserbringer 8,2 Mrd. DM, die Versicherten 3,2 Mrd. DM tragen sollten.

Im wesentlichen sollten diese Einsparungen durch folgende Maßnahmen realisiert werden:

- Preissenkung von 5 % für alle Medikamente ohne Festbeträge;
- individuelles Arzneimittelbudget für die Kassenärzte mit Malusregelung bei Überschreitung;

- Zuzahlung der Versicherten zu allem Arzneimittel einschließlich der Festbetrags-Präparate in Höhe von 10 % des Apothekenpreises, maximal 10 DM;
- verschärfte Zulassungsregelungen in der kassenärztlichen Bedarfsplanung sowie eine gesetzliche Begrenzung der Kassenarztzahlen und eine Altersgrenze für Kassenärzte (65 Jahre) ab 1999;
- grundlohnorientierte Budgetierung der Gesamtvergütung der Kassenärzte von 1993 bis 1995;
- Aufteilung der Zahnersatzleistungen in Regel- und Wahlleistungen mit einer Abrechnung der Wahlleistungen nach der Gebührenordnung der privaten Krankenversicherung sowie ein Zuschuß der Krankenkassen von 60 % (bei Wahlleistungen in Höhe der Regelleistungen);
- grundlohnorientierte Budgetierung der Krankenhausausgaben von 1993 bis 1995 sowie Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips;
- Erhöhung der Chefarztgebühren für die Nutzung von Einrichtungen und Personal.

Von strukturverändernden Maßnahmen ist bei diesem Maßnahmenkatalog nichts zu spüren. Sogar das von Blüm und Hasselfeldt wiederholt avisierte Projekt einer Organisationsreform der GKV verblieb auf der Ankündigungsebene. Es sollte lediglich 1993 und 1994 eine Datenerhebung durchgeführt werden, um Entscheidungen über das Kassenwahlrecht und möglichen Finanzausgleichen innerhalb bzw. zwischen den Kassenarten vorzubereiten. Es war ein Schnellschuß, von dem Seehofer wissen mußte, daß er nichts einbringen würde als eine Menge Ärger.

2.2 Die Entstehung einer grossen Sachkoalition:

Das GSG, 2. Akt

Die SPD stellte umgehend klar, daß mit ihr ein solches Gesetz nicht zu machen war. Auf einer Sondersitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 16. Juni 1992 kündigte die saarländische Gesundheitsministerin Christiane Krajewski das Veto der sog. A-Länder, d. h. der SPD-geführten Länder, im Bundesrat gegen ein entsprechendes Gesetz an. Das war insofern entscheidend, als wesentliche Teile des Koalitionskonzeptes Länderangelegenheiten betrafen und damit gemäß Artikel 78 des Grundgesetzes der Zustimmung des Bundesrates bedurften. Im Bundesrat kann sich die christlich-liberale Koalition zur Zeit nur auf 24 der insgesamt 69 Stimmen stützen⁴. Andererseits ist die SPD auch nicht in der Lage, eigene Gesetzentwürfe über den Bundesrat einzubringen, da Bundesratsbeschlüsse immer einer qualifizierten Mehrheit bedürfen,

Enthaltungen also wie Ablehnungen wirken. In Ländern, in denen die SPD mit der FDP oder der CDU eine Koalition bildet, enthalten die Koalitionsverträge die Abmachung, daß sich bei gegen die Bundesregierung gerichteten Vorlagen und Gesetzesinitiativen der Stimme enthalten wird. Daher kommt auch die SPD auf keine eigenständige Mehrheit; sie hat nur 26 »sichere« Stimmen der Landesregierungen mit einer absoluten Mehrheit oder einer rot-grünen bzw. Ampel-Koalition. Auf diese Weise ist im Bundesrat ein Patt-Situation entstanden, die zur Bildung von großen Sachkoalitionen geradezu auffordert.

Es folgten erste inoffizielle Sondierungsgespräche – im Politjargon »Nicht-Gespräche« genannt – zwischen Seehofer und dem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD Rudolf Dreßler darüber statt, wie man mit der verfahrenen Situation umgehen könnte. Diese Gespräche hatten ihren ersten Niederschlag im am 14. Juli 1992 veröffentlichten Referentenentwurf des BMG, der die im Eckpunktepapier der Koalition aufgelisteten Maßnahmen in zwei getrennte Gesetze packte. Die leistungsrechtlichen, im Bundesrat nicht zustimmungspflichtigen Bestimmungen (u. a. erhöhte Selbstbeteiligung der Versicherten) wurden in einem »SGB-V-Änderungsgesetz« zusammengefaßt, während die zustimmungspflichtigen, in erster Linie das Vertragsrecht und die Budgetierungen betreffenden Teile als »Gesundheitsstrukturgesetz« präsentiert wurden.

Es folgte ein zweigleisiger, für Außenstehende und – nicht ganz unbeabsichtigt – für die Interessenverbände kaum noch nachvollziehbarer Prozeß. Einerseits wurde das Gesetzespaket gemäß Artikel 76 des Grundgesetzes als besonders eilbedürftig in das Gesetzgebungsverfahren eingeschleust (Verabschiedung durch das Bundeskabinett am 12. August 1992, Vorlage an den Bundesrat zwei Tage später), um keine Zeit zu verlieren. Andererseits setzte Seehofer seine Sondierungsgespräche mit der SPD fort, wobei er auch die Landesregierungen mit einbezog. Dabei verfestigte sich bei den SPD-Politikern der Eindruck, daß es durchaus Chancen gab, sich mit dem Bundesgesundheitsminister auf ein gemeinsames Reformkonzept zu einigen, das weit über den vorliegenden Gesetzentwurf hinausging.

Die SPD war nunmehr kurzfristig gefordert, mit eigenen Vorstellungen aufzuwarten. Die für die GKV zuständigen Landesminister der SPD sowie die Fachpolitiker der SPD-Bundestagsfraktion trafen sich am 7./8. August 1992 zu einer Klausurtagung in Düsseldorf, auf der ein eigenes Konzept erarbeitet wurde, mit dem man in die parlamentarische Auseinandersetzung gehen wollte. Dabei zeichnete sich schon ab, daß es zu Verhandlungen mit den Koalitionsparteien über ein gemeinsam getragenes Gesetz kommen

würde. Die Fachbeamten der A-Länder hatten einige Vorarbeiten geleistet. So lag bereits im März 1992 ein fertiger Gesetzentwurf für Sofortmaßnahmen zur Kostendämpfung vor, der teilweise dem zustimmungspflichtigen Teilgesetz der Bundesregierung ähnelte. Er enthielt kurzfristig wirksame Maßnahmen, dem ein zweiter Gesetzentwurf mit einer Strukturreform im Gesundheitswesen folgen sollte, wie sie im 1988 beschlossenen sozialpolitischen Programm der SPD skizziert wurde. Am Ende der Düsseldorfer Klausurtagung stand ein Eckpunktepapier, das folgende Essentials enthielt:

- Schaffung eines bundesweiten medizinischen und ökonomischen Orientierungsrahmens sowie regionaler Gesundheitskonferenzen;
- Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl für alle Versicherten und einem einnahmeorientierten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich auf regionaler Ebene und, soweit die Beitragssätze in einer Region dennoch stark vom Bundesdurchschnitt abweichen, auch auf Bundesebene⁵;
- Versicherungspflicht für alle Arbeiter und Angestellten (wie in der Rentenversicherung),
- schrittweise Ablösung der dualen Finanzierung der Krankenhäuser durch ein monistisches, d. h. allein von den Krankenkassen getragenes Finanzierungssystem;
- Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhauspflegesätze und Ablösung der tagesgleichen Pflegesätze durch Fallpauschalen und Sonderentgelte;
- Beteiligung des Bundes an der Finanzierung des Nachholbedarfs bei den Krankenhausinvestitionen der Ost-Länder;⁶
- Einführung des sog. »Einkaufsmodells« in der kassenärztlichen Versorgung, wonach die Krankenkassen nur mit der in einer Region (i. d. R. das Land) erforderlichen Zahl von Ärzten zeitlich befristete Verträge schließen;
- Diagnoseabhängige Fallpauschalen bzw. Leistungskomplexhonorare für Kassenärzte;
- Wiedereinführung des Sachleistungsprinzips bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Leistungen;
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der kassenärztlich und kassenzahnärztlichen Versorgung (u. a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Gewährleistungsfristen bei Zahnersatzleistungen);
- Gründung eines von Krankenkassen und Kassenärzten getragenen Arzneimittelinstitutes, das eine Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel erarbeitet (Positivliste);

– Einführung von Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern.

Diese Eckpunkte wurden in einen Entschließungsantrag gegossen, der am 9. September 1992 vom Gesundheitsauschuß des Bundesrates angenommen⁷ und zwei Tage später im Bundestag zur gemeinsam mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Debatte stand. In dieser Bundestagsdebatte wurde auch endlich offiziell, was hinter den Kulissen bereits geklärt war und den Segen der jeweiligen Parteispitzen bekommen hatte. Seehofer machte im Namen der Regierungskoalition der SPD und den Ländern ein Angebot zu Gesprächen und zur Zusammenarbeit in Sachen Gesundheitsstrukturgesetz, was von der SPD durch den in dieser Sache federführenden stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Dreßler umgehend angenommen wurde (vgl. BT-Protokoll 12/105, S.8995).

2.3 Die Lahnsteiner Beschlüsse und deren Umsetzung:

Das GSG, 3. Akt

Bereits vom 1. bis zum 4. Oktober 1992 fanden in Lahnstein die Verhandlungen über einen gemeinsamen Gesetzentwurf statt. Keine der beiden Seiten konnte es sich leisten, diese Gespräche leichtfertig scheitern zu lassen. Es bestand von Anfang an ein hoher Einigungsdruck. Die SPD hätte in zweifacher Hinsicht negative Konsequenzen aus einer starren Oppositionshaltung befürchten müssen. Zum einen steht sie in den meisten Landesregierungen in der politischen Verantwortung für die GKV, deren wirtschaftliche Probleme bei politischer Untätigkeit automatisch auf das Land zurückfallen⁸. Zum zweiten wäre eine solche Verweigerungshaltung und angesichts des enormen Problemdrucks politisch nicht verkaufbar gewesen. Die Regierungsparteien könnten es sich bequem machen und das Scheitern einer Gesundheitsreform der Parteitaktik der Opposition anlasten. Die Regierung selbst wiederum mußte ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen, was in dieser Frage nicht ohne Unterstützung durch die SPD möglich war. Es zeigte sich einmal mehr, daß sozialpolitisch wegweisende Gesetzeswerke im politischen System der Bundesrepublik Deutschland offensichtlich nur im Rahmen von großen (Sach-)Koalitionen zustandekommen können⁹. Zumindest bedarf es politischer Konstellationen, die nicht alle Jahre vorkommen, und natürlich auch eines Problemdrucks, der zu politischen Kompromissen zwingt.

Erleichtert wurde die Bildung einer großen Sachkoalition durch einen in der Gesundheitspolitik abnehmenden Einfluß der FDP. Bei den K-Gesetzen, die ja allesamt unter ihrer Mitwirkung zustande gekommen waren, hatte sie

immer die Rolle des Interessenvertreters der Ärzte und Pharmaindustrie gespielt und so manche Reformvorschläge aus dem Bundesarbeitsministerium zu Fall gebracht. Angesichts der enormen Kostensteigerungen und den dadurch wachsenden Lohnnebenkosten konnte die FDP ihre Funktion als Lobby der Medizinwirtschaft nur auf Kosten der übrigen Branchen erfüllen, was offensichtlich nicht durchzuhalten war. Insofern war die FDP in gewisser Hinsicht paralytisch und nicht in der Lage, eine klare Interessenvertretungspolitik zu betreiben.¹⁰

Aber nicht nur die wirtschaftsliberale FDP, sondern auch die Interessenverbände, insbesondere die der Ärzte, scheiterten diesmal mit ihrer Politik. Ihr Einfluß nahm im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens progressiv ab, was nur zum Teil mit dem enormen Tempo zusammenhing, in dem das Gesetz durch das legislative Verfahren geschleust wurde. Den Verbänden blieb kaum Zeit, sich auf die ständig wechselnden Entwürfe und Konstellationen einzustellen¹¹. Man hatte aber auch die Entschlossenheit der Politiker, eine wirkliche Strukturreform zustande zu bringen, völlig unterschätzt. Hinzu kam ein an politischer Dummheit kaum zu übertreffendes Auftreten von Ärzte- und Apothekerfunktionären, die einfach nicht zu begreifen schienen, daß ein Berufsstand mit einem jährlichen Durchschnittseinkommen von 150-200000 DM unglaublich wird, wenn er seinen wirtschaftlichen Ruin prognostiziert, nur weil er stärker in die wirtschaftliche Verantwortung genommen wird. Als dann auch noch von der Polemik zur handfesten Beleidigung übergegangen wurde¹², hatten es die Abgeordneten schwer, die durchaus bereit waren, sich als ihre Interessenvertreter zu betätigen. Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens verspürten die Abgeordneten quer durch alle Parteien keine Lust mehr, sich vor den Karren irgendwelcher Sonderinteressen spannen zu lassen. Die Lobbyisten hatten klar überzogen.

Für die SPD zahlte sich die gründliche Vorbereitung auf die Lahnsteiner Verhandlungen aus. Man hatte die eigenen Forderungen nach einem Kriterienkatalog geordnet, der Essentials und Kompromißlinien festlegte. Weitgehend konsequent wollte man sich z. B. bei der Organisationsreform der GKV oder dem Bundeszuschuß für Krankenhausinvestitionen in den neuen Ländern verhalten. In anderen Punkten, so z. B. bei der Frage der Regionalisierung des Gesundheitswesens, hatten bereits die internen Diskussionen erkennen lassen, daß bestimmte Positionen nur halbherzig vertreten wurden und damit wohlfeile Verhandlungsmasse waren. Auf jeden Fall waren Geschlossenheit und klare Vorstellungen vorhanden, was die andere Seite sichtbar überraschte und dem sie nichts Entsprechendes entgegenzusetzen hatte. Gleicht man die Verhandlungsergebnisse von Lahnstein mit der in Düsseldorf im August vereinbarten SPD-Linie (s. o.) ab, so ergibt sich ein hoher Übereinstimmungsgrad.

In Lahnstein wurden folgende Schwerpunkte eines Gesundheitsstrukturgesetzes vereinbart:

- Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl und kassenartenübergreifendem Risikostrukturausgleich;
- Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel und Gründung eines Arzneimittelinstituts;
- gestaffelte, an Packungsgrößen orientierte Zuzahlungen der Versicherten bei Arzneimitteln;
- Neuordnung der kassenärztlichen Versorgung (Hausarztmodell, Leistungskomplexhonorar);
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten und Zahnärzten nach dem Zufallsprinzip;
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, schrittweises Ablösen der tagesgleichen Pflegesätze durch Fallpauschalen und Sonderentgelte, Einstieg in die monistische Finanzierung);
- stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus);
- Beteiligung des Bundes an einem 10jährigen Investitionsprogramm für Krankenhäuser in den neuen Ländern;
- zeitlich befristete Begrenzung der Zuwächse in allen Ausgabenbereichen der GKV;
- Verschärfung der Zulassungsbegrenzung in der kassenärztlichen Versorgung sowie ab 1999 eine gesetzliche Regelung der Bedarfszahlen und Altersgrenze für Kassenärzte (65 Jahre).

Nach der Klausur von Lahnstein folgte in der Woche vom 19. bis 23. Oktober 1992 eine gemeinsame Arbeitsklausur der Experten aus dem Bundesgesundheitsministerium, den zuständigen Länderministerien und den Bundestagsfraktionen, um die Lahnsteiner Beschlüsse in Gesetzesform zu gießen. Ergebnis dieser Detailarbeit war zum einen ein Gesetzentwurf, zum anderen aber auch eine Liste von ca. 60 offen gebliebenen Streitpunkten, die auf der Beamtenebene nicht entschieden werden konnten. Man vereinbarte für den 28. Oktober 1992 eine erneute Verhandlungsrunde auf politischer Ebene, auf der dieser klärungsbedürftige Restposten erledigt werden sollte. Nach einer im Stil von Tarifverhandlungen mit Bluffs, Ermüdungstaktiken und Auszeiten für getrennte Gespräche der Verhandlungsführer geführten Marathonsitzung von 22 Stunden war am Morgen des 29. Oktober endgültig klar, daß der in Lahnstein gefundene Kompromiß in ein gemeinsam getragenes Gesetz umgesetzt werden konnte.

Es kam danach zwar noch im Rahmen der Ausschubarbeit im Bundestag

zu einigen Änderungen, die jedoch nicht die Substanz des Gesetzes betrafen. Auch die im Bundestag durchgeführten Anhörungen von Experten und Interessenverbänden hatten keinen nennenswerten Einfluß mehr. Am 2. Dezember 1992 wurden die Beratungen im Gesundheitsausschuß des Bundestages abgeschlossen, eine Woche später erfolgte die abschließende Lesung des Gesetzes im Bundestag und am 18. Dezember 1992 die Zustimmung des Bundesrates. Das Gesetz konnte planmäßig am 1. Januar 1993 in Kraft treten.

Das GSG wurde übereinstimmend und unabhängig von der jeweiligen Zustimmung oder Ablehnung von den meisten Fachleuten als bahnbrechend bezeichnet. Der Bundesgesundheitsminister glaubte bei dem abschließenden Gespräch der Lahnsteiner Verhandlungen in einem pathetischen Ausbruch »einen Hauch von Sozialgeschichte« zu verspüren. Es ist in der Tat nicht zu hoch gegriffen, wenn das GSG als Wendepunkt in der Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit bezeichnet wird. Zwar bewegt es sich in Form von Budgetierungen und Zuzahlungsregelungen sowie der Zulassungsbegrenzung für Kassenärzte noch teilweise auf den ausgetrampelten Pfaden der K-Gesetze. Jedoch sind diese zumeist zeitlich befristeten Maßnahmen – bis auf die Zulassungsbeschränkungen (siehe unten) – unvermeidliche Reaktionen auf ein Defizit der Krankenkassen, das für 1992 auf ca. 10 Mrd. DM geschätzt wird. Im für den Laien auf den ersten Blick nicht sichtbaren Kern des Gesetzes werden jedoch auf verschiedenen Ebenen neue Wege beschritten, die auf wesentliche strukturelle Veränderungen hinauslaufen.

Es handelt sich dabei um Weichenstellungen, nicht um die Endstation einer Reform des Gesundheitswesens. Das ist für die weitere Zukunft des Systems der GKV ein ganz wichtiger Punkt, da die beschlossenen Reformen in der Praxis unterschiedliche Wege nehmen können. Über ihre jeweiligen konkreten Konsequenzen kann man nur theoretische und durchaus kontroverse Überlegungen anstellen, was zu einer dauernden Erfolgskontrolle bei der Umsetzung des Gesetzes zwingt. Auch das unterscheidet das GSG von seinen auf reine Kostendämpfung ausgerichteten Vorgängern. Deren Folgen waren aufgrund der praktischen Erfahrungen mit den verwendeten Instrumenten relativ exakt vorhersehbar. Auch fanden keine strukturellen Änderungen statt; es ging im Grunde alles weiter seinen gewohnten Gang. Mit dem GSG hingegen wird in vieler Hinsicht Neuland betreten, was mit alternativen Entwicklungsmöglichkeiten verbunden ist. Gleichzeitig enthält das Gesetz aber auch eine Reihe von Halbherzigkeiten, die auf die in einem solchen Gesetz unvermeidbaren Kompromisse zwischen den Parteien zurückzuführen sind. Diesen grundsätzlich ambivalenten Charakter des GSG möchte ich anhand der zentralen Neuerungen, die das GSG mit sich bringt, verdeutlichen.

3. *Perspektiven und offene Entwicklungen*

3.1 *Eine ordnungspolitische Grundsatzentscheidung: Die Organisationsreform der GKV*

Zu den schweren Versäumnissen des GRG gehörte das Fehlen jedweden Ansatzes zu einer Organisationsreform der gegliederten GKV. Die berufsständische Gliederung hat zu schwerwiegenden Wettbewerbsverzerrungen geführt, die die Handlungsfähigkeit des GKV-Systems schwer beeinträchtigen. Der von den Machern des GRG immer wieder an die Krankenkassen erhobene Vorwurf, sie würden ihren durch das Selbstverwaltungsprinzip gegebenen Spielraum nicht nutzen, geht solange an der Sache vorbei, wie in der gegliederten GKV Mechanismen wirken, die die Krankenkassen in ihrer Funktion als Interessenvertreter der Versicherten substantiell behindern. Eine grundlegende Neuordnung der gegliederten Krankenversicherung ist unabdingbar geworden, wenn man sich eine selbstverwaltete GKV erhalten will. Nicht von ungefähr hat die Enquete-Kommission Strukturreform der Krankenversicherung die Organisationsreform der GKV zu ihrem Berichtschwerpunkt gemacht (vgl. Enquete-Kommission 1991, Bd. 1, S.310ff. sowie Hermann 1990). Ihre von wissenschaftlicher Seite geteilte Kritik am gegliederten System der GKV läßt sich wie folgt zusammenfassen¹³:

- Die Zuweisung von Arbeitern zu Pflichtkassen¹⁴ stellt eine unzulässige Benachteiligung gegenüber den Angestellten dar, die die Wahlmöglichkeit zwischen der Pflichtkasse und einer Ersatzkasse haben.
- Das berufs- und betriebsbezogene Gliederungsprinzip der GKV führt zu einem verzerrten Wettbewerb, da die einzelnen Kassen unterschiedliche Möglichkeiten der Beeinflussung der Risikostruktur ihrer Versicherten haben.
- Die durch die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassenarten entstandenen Beitragssatzunterschiede von bis zu 8 Prozentpunkten innerhalb einer Region sind eine nicht hinzunehmende Verletzung des Solidaritätsprinzips.
- Die Wettbewerbsverzerrungen im GKV-System schwächen entscheidend die Verhandlungspositionen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Es besteht die Tendenz zu einer Aufschaukelung des Vergütungsniveaus, indem wohlhabende Kassen großzügige Verträge abschließen, denen sich die anderen nolens volens anschließen müssen, um nicht in den Geruch der »Arme-Leute-Kasse« zu gelangen.

Das Selbststeuerungspotentials des gegliederten GKV-Systems ist durch die vom berufsständischen Gliederungsprinzip verursachten Wettbewerbsverzerrungen völlig heruntergewirtschaftet worden. In Gefahr sind mit der Krise der gegliederten GKV nicht nur einzelne Krankenkassen geraten,

sondern das System der Selbstverwaltung in der gesundheitlichen Versorgung schlechthin, also ein ordnungspolitische Eckpfeiler des deutschen Sozialstaats. In diesem System beschränkt sich der Staat weitgehend auf das Setzen des rechtlichen Rahmens, in erster Linie im Leistungs- und Vertragsrecht, während die praktische Ausfüllung dieses Rahmens und das Vertragsgeschäft von den Krankenkassen und den Leistungserbringern bzw. deren Organisationen in eigener Verantwortung besorgt werden. Wenn diese Autonomie aufgrund eines verzerrten Wettbewerbs der Kassen untereinander nicht mehr im Sinne einer effektiven und wirtschaftlich tragbaren medizinischen Versorgung funktioniert, sind periodische staatliche Eingriffe unvermeidlich. Die Entwicklung in der gegliederten GKV ist an einem Punkt angelangt, an dem sich die politisch Verantwortlichen fragen müssen, ob es noch sinnvoll ist, an diesem sichtbar uneffizienten System festzuhalten, das eine permanente staatliche Interventionsspirale provoziert.

Als Alternative bietet sich – nach dem Vorbild der Arbeitslosen- und der Rentenversicherung – zunächst die Einheitsversicherung an, d.h. die Zusammenfassung aller gesetzlichen Krankenkassen in einer Organisation mit einer Bundesanstalt für Krankenversicherung an der Spitze. Für ein solches Modell ist nicht nur keine politische Mehrheit in Sicht, es stellt sich auch die Frage, ob es von der Bevölkerung akzeptiert würde. Zum einen besteht ein verbreitetes, nicht unberechtigtes Mißtrauen gegenüber großen bürokratischen Monopolen. Zum anderen sind es die Bürger in ihrem Alltag als Konsumenten gewohnt, zwischen mehreren Angeboten wählen zu können. Für die Versicherten ist es eine angenehme Sache, die Kasse bei Nichtgefallen wechseln zu können. Solche Wahlmöglichkeiten erhöhen die Akzeptanz sozialstaatlicher Einrichtungen und sind insofern auch ein Stabilitätsfaktor.¹⁵ Eine versichertenorientierte Organisationsreform der GKV kann sich unter diesen Bedingungen kaum das Ziel einer Einheitsversicherung setzen.

Eine Stärkung des Selbststeuerungspotential der GKV kann nur durch eine Organisationsreform erreicht werden, die zu einem versichertenorientierten, Maßstäbe für Wirtschaftlichkeit und Qualität setzenden Wettbewerb der Kassen führt. Das ist freilich leichter gesagt als getan, ist doch der Wettbewerb ein Steuerungsinstrument, das auf Streben nach Vorteilnahme setzt und sich daher in einer anderen Gedankenwelt bewegt als die auf dem Solidaritätsprinzip beruhende soziale Krankenversicherung. Kernproblem einer Organisationsreform der GKV ist daher die Frage nach den Möglichkeiten, die Regeln des Wettbewerbs mit dem Solidaritätsprinzip in Einklang zu bringen. Zu beantworten sind dabei drei Fragen:

1. Wie läßt sich Chancengleichheit unter den Kassen herstellen bzw. gewährleisten?

2. Auf welcher Ebene kann bzw. soll Wettbewerb im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung stattfinden?
3. Welche regionalen Bezugspunkte soll der Wettbewerb und damit die GKV haben?

Das GSG hat auf diese Fragen folgende Antworten gegeben:

1. Alle Versicherungsberechtigten können ab 1996 der Kasse ihrer Wahl beitreten¹⁶, wobei für die Kassen in der Regel der Kontrahierungszwang gilt. Hier gibt es allerdings schon eine systematisch nicht zu rechtfertigende Ausnahme: Betriebs- und Innungskassen können ihren Mitgliederkreis auf den Betrieb oder die Innung beschränken.¹⁷
2. Um einen Wettbewerb über Risikostrukturen zu vermeiden, der zur Diskriminierung sozial schwacher bzw. gesundheitlich gefährdeter Personen führt, wird ab 1994 ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt¹⁸, der sich grundsätzlich vom ausgabenorientierten, daher unwirtschaftlichen Finanzausgleich in der KVdR gemäß der §§ 268ff. SGB V unterscheidet.¹⁹ Durch den Ausgleich der Risiken Einkommen, mitversicherte Familienangehörige, Alter und Geschlecht der Versicherten²⁰ entfällt das Interesse der Krankenkassen an sog. »guten Risiken«; ein junger, gutverdienender und alleinstehender Angestellter ist in der Regel das gleiche Versicherungsrisiko wie die 70jährige Frau mit schmaler Rente oder der Hilfsarbeiter mit vier Kindern.
3. Der Wettbewerb findet (noch) auf der Ebene der Vertragsgestaltung und der Präsentation einer Kasse statt, nicht auf der Ebene des Leistungskatalogs. Alle Kassenarten bieten das mehr oder weniger gleiche Spektrum medizinischer Leistungen an, verhandeln aber getrennt die Vergütungen aus.
4. Der Risikostrukturausgleich wird auf Bundesebene durchgeführt, allerdings vorläufig nach West- und Ostdeutschland getrennt²¹. Das Nebeneinander von regionalen Kassen (AOKs, IKKs und Teilen der BKKs) und bundesweiten Ersatz- und Betriebskrankenkassen bleibt bestehen.

In zwei Punkten ist diese Reform inkonsequent:

- Die Sonderrechte der Betriebs- und Innungskassen schaffen neue Möglichkeiten zur Risikoselektion. Gleiche Wettbewerbsbedingungen kann es nicht geben, wenn bestimmte Kassenarten vom Kontrahierungszwang ausgenommen sind bzw. ihren Mitgliederkreis auf eine bestimmte Klientel beschränken können.
- Das Nebeneinander von regionalen und bundesweit operierenden Kassen führt bei einem bundesweiten Risikostrukturausgleich zu regionalen Wettbewerbsverzerrungen. Bundesweit kalkulierende Kassen können in Ballungszentren mit einer hohen und teuren Versorgungsdichte günstigere Beitragssätze anbieten als die regionalen Konkurrenten. Dieser Effekt

hätte durch die Verpflichtung für alle Kassen, die Beiträge regional zu kalkulieren, vermieden werden können. Damit wäre auch dem Fakt Rechnung getragen worden, daß der Wettbewerb der Kassen in der Region stattfindet und auf lokale Bedingungen zu reagieren hat. So aber wird die Konsequenz in einer Konzentration der regionalen Kassen liegen, mit einer ausgeprägten Tendenz zur Bildung bundeseinheitlicher Beitragssätze (vgl. auch Cassel 1993, S.21).

Eine Auswirkung wird der Risikostrukturausgleich mit Sicherheit nicht haben: gleiche Beitragssätze in allen Kassen. Dieses Ziel läßt sich nur mit der Einheitsversicherung oder dem in seinem Ergebnis auf eine faktische Einheitsversicherung hinauslaufenden ausgabenorientierten Finanzausgleich nach KVdR-Muster realisieren. Beitragssatzunterschiede sind sogar erwünscht, sofern sie der Tüchtigkeit bzw. den Fehlern des Kassenmanagements entspringen. Es kann aber auch nicht geleugnet werden, daß Risiko-selektionen nicht völlig ausgeschlossen sind. Der Risikostrukturausgleich basiert auf statistischer Gruppenbildung mit entsprechenden Durchschnittswerten. Es kann durchaus sein, daß Kassen mit statistisch identischer Risikostruktur faktisch eine unterschiedliche, vom Durchschnitt nach oben oder unten abweichende Morbiditätsstruktur haben. Von diesem Effekt profitieren z. B. Betriebskrankenkassen aus dem Dienstleistungsbereich, was ihre im GSG gewährten Sonderrechte besonders problematisch macht. Man muß davon ausgehen, daß Kassen versuchen werden, die trotz des Risikostrukturausgleiches verbleibenden Möglichkeiten zur Risikoselektion zu nutzen.²² Es wird eine der dringlichen Aufgaben der Aufsichtsbehörden sein, solchen Praktiken einen Riegel vorzuschieben.

Trotz dieser Unzulänglichkeiten ist mit dem GSG ein Durchbruch erzielt worden, an den die meisten Fachleute schon gar nicht mehr glauben wollten. Zu mächtig erschien der Widerstand vor allem der Ersatzkassen, die durch eine derartige Organisationsreform ihren Sonderstatus verlieren würden. Insbesondere die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten hat gravierende Konsequenzen für die Struktur des GKV-Systems²³. Es werden völlig neue Möglichkeiten eröffnet, den Wettbewerb als Steuerungsinstrument einzusetzen. Bislang haben die geschilderten Wettbewerbsverzerrungen im GKV-System einen regelgerechten Wettbewerb gar nicht zugelassen. Mit dem GSG sind diese Hindernisse ausgeräumt worden. Man kann daher davon ausgehen, daß sich die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen der kommenden Jahre vor allem um die Wettbewerbsparameter der Krankenkassen drehen werden.

Wenn im GSG noch für alle Kassenarten das gleiche Leistungsspektrum verbindlich vorgeschrieben ist, so muß dies kein Dauerzustand sein. Seehofer läßt bereits in einem unmittelbar nach Verabschiedung des GSG erteilten

Arbeitsauftrag an den Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen die Frage prüfen, welche Leistungen zur notwendigen Grundausstattung der GKV gehören. Angesichts der personellen Zusammensetzung des Sachverständigenrates, der mehrheitlich aus Anhängern einer ausgeprägt marktwirtschaftlichen Ordnungspolitik im Gesundheitswesen besteht, kann man sich die Antwort in ihren Grundzügen vorstellen: Man wird für eine Aufteilung der Kassenleistungen in Pflicht- und Wahlleistungen plädieren und damit den Wettbewerb der Kassen auf ein völlig neues Niveau heben wollen. Man wird dem nicht zwangsläufig folgen müssen, aber die gesundheitspolitische Debatte wird mit einiger Wahrscheinlichkeit von diesem Paradigma bestimmt werden.

3.2 Hausarztmodell und Zulassungsbeschränkungen:

Die Reform der ambulanten Versorgung

Die ambulante kassenärztliche Versorgung²⁴ steht seit jeher im Mittelpunkt Zentrum der gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen, obwohl sich die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung mit ca. 18 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV in Grenzen halten. Die besondere Aufmerksamkeit zieht dieser Bereich vor allem wegen seiner zentralen Funktion im arbeitsteiligen Gefüge der medizinischen Versorgung auf sich. Die niedergelassene Arztpraxis ist quasi die Arbeitsverteilungszentrale des Gesundheitswesens und nimmt als *gate keeper* des Medizinsystems zugleich eine entscheidende ideologische Position ein. Insofern gehen Reformen in der ambulanten Versorgung in ihrer Bedeutung über diesen unmittelbaren Versorgungsbereich hinaus.

Seit 1970 war eine auseinanderklaffende Entwicklung von Arzt- und Patientenzahlen zu beobachten, ein Prozeß, der sich ökonomisch in einer Mengenausweitung der Leistungen pro Patient niederschlug. Hierzu einige Zahlen, die sich alle auf die alten Bundesländer beziehen²⁵. Die Arztdichte ist in der kassenärztlichen Versorgung enorm gestiegen. Allein zwischen 1980 und 1990 nahm die Zahl der Kassenärzte um 31,9 % zu, während die Zahl der zu versorgenden Patienten konstant blieb; laut Mikrozensus stieg die Zahl der GKV-Versicherten im genannten Zeitraum um ganze 0,5 %. Dadurch stieg die Arztdichte in der kassenärztlichen Versorgung von ca. 100 auf ca. 128 Ärzte pro 100.000 Versicherte.

Problematisch wird diese im Sinne einer guten Versorgung ja eigentlich zu begrüßende Entwicklung durch den Umstand, daß sich mit der Zahl der Ärzte die Abrechnungsfälle absolut um 19,1 %, je Versicherten um 18,8 % vermehrten. Aber nicht nur die Fallmenge stieg, auch das pro Fall abgerechnete Honorar. Den Berechnungen der vom Wissenschaftlichen Institut der

Ortskrankenkassen (WIdO) und dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) gemeinsam seit 1979 veröffentlichten Frühinformationen zur Fallzahlenentwicklung zu Folge stieg die Zahl der abgerechneten Punkte²⁶ je Fall zwischen 1980 und 1990 um 41,4 %²⁷, je Versicherten sogar um 55,6 %.

Auf Veränderungen in der Alters- bzw. Morbiditätsstruktur der Patienten läßt sich eine derartige Mengenausweitung nicht zurückführen. Einer Schätzung des IGES-Instituts zufolge hätte eine synchrone Entwicklung von demographischer Struktur und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen die Fallzahlen zwischen 1970 und 1990 lediglich um 1,7 % ansteigen lassen; der tatsächliche Wert lag jedoch bei 70 % (vgl. Häussler/Hempel 1992, S.37). Ein arztinduzierte Mengenausweitung, die wesentlich mit der steigenden Kassenarztdichte zusammenhängt, erscheint daher wenig zweifelhaft.

Neben der medizinisch nicht begründbaren Ausweitung der Fallzahlen führte noch eine weitere Entwicklung zu politischem Handlungsbedarf: die zunehmend facharztlastige Zusammensetzung der niedergelassenen Ärzteschaft. Die erwähnte Steigerung der Punktwerte je Fall dürfte in erster Linie mit dem steigenden Anteil der Fachärzte an den Kassenärzten zusammenhängen. Deren abgerechnetes Vergütungsvolumen liegt in der Regel deutlich über dem der Allgemeinmediziner. So betrug nach Angaben des ZI der Umsatz pro Fall bei den Allgemeinmediziner im 1. Quartal 1992 78,60 DM, bei den Internisten 105,70 DM, bei den Orthopäden 123,50 DM und bei den Urologen 133,90 DM (vgl. *Arzt und Wirtschaft* Nr.25/1992). Der durchschnittliche Jahresumsatz der Fachärzte lag zwischen 1988 und 1990 knapp 50 %, der Betriebsgewinn um 38 % über dem der Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte²⁸. Man kann nicht behaupten, daß sich dahinter entsprechende Unterschiede in der Arbeitsbelastungen verbergen. Die Wochenend- und Nachteinsätze von Urologen und Radiologen dürften sich im Vergleich zu Allgemeinmedizinern in bescheidenem Umfang halten. Es ist kein Wunder, daß angesichts dieses Einkommensgefälles die Zahl der Fachärzte überproportional gewachsen ist. Sie hat sich zwischen 1970 und 1990 verdoppelt (von ca. 21 000 auf ca. 42 000), während die Zahl der Allgemeinmediziner und Praktiker nur um knapp 17 % stieg (von ca. 25 000 auf knapp 30 000). Die Relation von Fach- zu Allgemeinmedizinern hat sich genau umgekehrt: von einem 4:6- zu einem 6:4-Verhältnis.

Das GSG versucht der steigenden Arztdichte und deren geschilderte ökonomische Folgen sowie der verteilungs- und gesundheitspolitisch problematischen Vernachlässigung der Allgemeinmedizin durch ein differenziert zu bewertendes Maßnahmenpaket zu begegnen:

- Nach einer bis 1995 befristeten strikten Budgetierung (Grundlohnbindung) darf die Gesamtvergütung für Kassenärzte nur mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde²⁹ stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen. Ausgenommen ist das ambulante Operieren, wo das Honorarvolumen um bis zu 10 % mehr als der Grundlohn wachsen darf.
- Ab 1999 werden Zulassungsbeschränkungen nach gesetzlich noch festzulegenden Verhältniszahlen sowie eine Altersgrenze für Kassenärzte (65 Jahre) eingeführt. Bis dahin sollen ab sofort die Regelungen über Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Gebieten in verschärfter Form gelten: Überversorgung wird bei 10 % iger Überschreitung der Bedarfszahlen angenommen, bisher bei 50 %; außerdem wird die bislang geltende Kann- zu einer Muß- Regelung.
- Die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner oder einem anderen Gebietsarzt wird zur Voraussetzung für die Zulassung zum Kassenarzt³⁰, d. h. der praktische Arzt wird zum auslaufenden Modell.
- Das Hausarztprinzip soll durch eine hausärztliche Grundvergütung sowie eine gesetzliche Abgrenzung zur Facharztztätigkeit gestärkt werden. An der hausärztlichen Versorgung nehmen die Allgemeinmediziner und Praktiker teil; Internisten und Pädiater können sich innerhalb einer Frist entscheiden, ob sie Fachärzte bleiben oder als Hausärzte geführt werden wollen.
- Es werden verbesserte Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen eingeführt (Zufallsstichproben).
- Die Anstellung von Kassenärzten in einer Kassenarztpraxis wird ermöglicht (eine ganze oder zwei halbe Stellen pro Praxis).
- Die ehemaligen Polikliniken, Ambulatorien und Dispensars in den neuen Ländern erhalten eine dauerhafte Zulassung (bisher Befristung bis 31.12.1995).

Als Reformansätze sind in diesem Maßnahmenpaket das Hausarztmodell und die neuen Vergütungsformen sowie in gewisser Hinsicht die Zulassung angestellter Ärzte bzw. dauerhafte Zulassung der ehemaligen Polikliniken zu bewerten. Es läuft auf eine vorsichtige Umstrukturierung der kassenärztlichen Versorgung in Richtung neue Kooperationsformen – Stichwort: Ende der wirtschaftlich und gesundheitspolitisch immer weniger sinnvollen Einzelpraxis – sowie eine stärkere Förderung der »sprechenden«, stärker an Betreuung als an immer differenzierter Diagnostik orientierten Medizin hinaus. Eine Garantie für eine fortlaufende Entwicklung in diese

Richtung gibt es freilich nicht. Man wird die weiteren praktischen Erfahrungen bei der Umsetzung abwarten müssen, um beurteilen zu können, ob die angestrebten Ziele mit diesen Instrumenten erreicht werden können.

Dies gilt nicht zuletzt für die neuen Vergütungsformen, die sich womöglich, wenngleich nicht notwendigerweise als schwer handhabbar erweisen. Es dürfte nicht einfach sein, ärztliches Handeln in mit einem Preis versehene Leistungskomplexe zu fassen. Es ist durchaus vorstellbar – und die hausärztliche Grundvergütung weist in gewisser Hinsicht schon in diese Richtung –, daß man über kurz oder lang verstärkt zu den in Großbritannien üblichen Kopfpauschalen mit Sonderentgelten für Patienten mit intensiven Behandlungserfordernissen übergeht. Ein Rückgang zur Einzelleistungshonorierung erscheint aber auf jeden Fall ausgeschlossen.

Die zur Zeit im Mittelpunkt der Kritik am GSG stehenden Budgetierungen von Honoraren und Verordnungen werden im übrigen auch von den Befürwortern bzw. Machern des GSG nicht als eine Reform gewertet. Diese Maßnahmen stehen in der Erbfolge der Kostendämpfungspolitik alten Musters. Dabei führt an einer Budgetierung der Kassenarztvergütung wohl kein Weg vorbei, solange es Einzelleistungs- und Komplexhonorare gibt. Beide Vergütungsformen haben die ausgeprägte Tendenz zur medizinisch nicht begründeten Mengenausweitung, dem – siehe oben – unter ökonomischen Gesichtspunkten eigentlichen Problem in der kassenärztlichen Versorgung. Als Alternative zur Budgetierung steht nur die Kopfpauschale zur Auswahl, da hier die Zahl der nachfragenden Patienten entscheidend ist und nicht das Einkommensinteresse der Ärzte³¹.

Problematisch sind die im GSG verfügbaren Zulassungsbeschränkungen für Kassenärzte, und es erscheint m. E. alles andere als sicher, ob insbesondere die aktuelle Verschärfung der Überversorgungsregelungen verfassungsrechtlich wasserdicht ist. Ein entscheidendes Argument gegen die Zulassungsbeschränkungen könnte sich genau auf deren Begründung berufen: die arztinduzierte Ausgabensteigerung. Es erscheint nicht unbedingt stichhaltig, daß man dieses Problem ohne Zulassungsbeschränkung nicht in vertretbarem Maße lösen kann. Eine Budgetierung der Gesamtvergütung bzw. Kopfpauschalen, gekoppelt mit Richtlinien bzw. Budgets für verordnete Leistungen (Medikamente, Heil- und Hilfsmittel) hat auch ausgabenbegrenzende Funktionen. Da entsprechende Maßnahmen im GSG bekanntlich vorgesehen sind, wirken Zulassungsbeschränkung wie die Ergänzung eines Hosenträgers durch einen Gürtel. Das Bundesverfassungsgericht könnte bei dem zu erwartenden Prozeß schnell auf die Idee kommen, daß die Budgetierungen

von Vergütungen und Verordnungen für den gewünschten Zweck, die Ausgabenbegrenzung, ausreichen, eine Zulassungsbeschränkung also nicht erforderlich ist. Steigende Arztzahlen wären dann allein ein Verteilungsproblem der Ärzteschaft.

Ob ein zweites Argument gegen die Zulassungsbeschränkungen zieht, muß abgewartet werden, da es in seiner Stichhaltigkeit von den zur Zeit der Abfassung dieser Arbeit noch nicht vorliegenden neuen Anhaltszahlen für die Überversorgung in der kassenärztlichen Versorgung abhängt. Dieses Argument wirft den getroffenen Maßnahmen vor, sie seien rechtswidrige »ex tunc«-Regelungen, die im Nachhinein auf Ausbildungsabläufe von Ärzten eingriffen. Es seien Ärzte betroffen, die mit dem Ziel einer Niederlassung eine Weiterbildung begonnen hätten, dieses Ziel aber nun nicht mehr erreichen könnten. Dieses Argument würde zutreffen, wenn die alten Bedarfsplanungs-Meßziffern, die unter ganz anderen Voraussetzungen zustande gekommen sind³², auch weiterhin gelten werden. Es ist aber davon auszugehen, daß die neuen, vom GSG ausgehenden Meßziffern vom verantwortlichen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen komplett neu gestaltet werden. Man wird – soweit das aufgrund interner Informationen zur Zeit erkennbar ist – nach Ballungsgebieten und ländlichen Regionen unterschiedlich gewichtete Meßziffern entwickeln, die es per saldo ermöglichen, die noch in Weiterbildung befindlichen Ärzte in die kassenärztliche Versorgung aufzunehmen. Dies ist quasi ein Arbeitsauftrag des Gesetzgebers. Im Bericht des Bundestagsausschusses für Gesundheit wird die Zusage gemacht, daß »alle Ärzte, die sich heute noch in der klinischen Ausbildung (d. h. Weiterbildung; H.R.) befinden, niederlassen« können. Weiter heißt es dort: »Die Definition einer Überversorgung mit 110 v.H. wurde in der Annahme getroffen, daß bis 1998 jeder Arzt, der die Zulassungsvoraussetzungen voll erfüllt, noch eine Kassenzulassung erhalten könne.« (BT-Drucksache 12/3937 vom 8.12.1992, S.7). Es ist schwer vorstellbar, daß diese für jedermann nachlesbar protokollierte Absicht des Gesetzgebers von der Selbstverwaltung, oder gar vor den Gerichten unberücksichtigt bleibt. Das bedeutet freilich nicht, daß sich alle Ärzte bis zur genannten Frist 1998/99 an beliebigen Orten niederlassen können. Es ist schon wahrscheinlich, daß bestimmte Gebiete, insbesondere Ballungszentren wie Berlin, Hamburg oder München, kurzfristig für weitere Zulassungen gesperrt werden. Dafür bleiben dann aber Regionen mit noch nicht ausgelasteten Meßziffern für die Niederlassung offen. Dann könnte z.B. statt Berlin-Zehlendorf Senftenberg oder die Oberlausitz angesagt sein.

3.3 *Positivlisten und Richtgrößen: Die Arzneimittelversorgung*

Die im GSG enthaltene Reform der Arzneimittelversorgung war quasi ein Selbstläufer. So gut wie jedes K-Gesetz hat hier ohne nachhaltigen Erfolg mit erhöhten Zuzahlungen, Preisregulierungen oder dem Ausbau der Negativliste an der Kostenschraube gedreht.

Das GSG setzt diese schlechte Tradition in einem Punkt fort. Es dehnt die Zuzahlungen auf alle Arzneimittel aus, auch auf die bislang hiervon befreiten Festbetragspräparate. Es werden zunächst nach Preisen, dann (ab 1994) nach Packungsgrößen gestaffelte Zuzahlungen von 3 DM, 5 DM und 7 DM verlangt. Inoffizielle Schätzungen des WiDO laufen darauf hinaus, daß sich dadurch die Gesamtsumme der Zuzahlungen um ca. 10 % erhöht. Darin ist ein Zugeständnis an die FDP zu sehen, das die SPD nur zähneknirschend akzeptierte, um das GSG als Ganzes nicht in Frage zu stellen³³.

Mit der Einführung einer von einem Arzneimittelinstitut der Ärzte und Krankenkassen entwickelten, vom BMG per Rechtsverordnung zu erlassenden Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel wurde ein Standardforderung von Krankenkassen, Gewerkschaften und der SPD realisiert. Es liegt für eine solche Positivliste seit längerem ein in sich stimmiges, auch juristisch abgesichertes Konzept vor (vgl. Glaeske/Schefold 1989), das nur auf seine Umsetzung gewartet hat. Auch in der Ärzteschaft wird es zunehmend akzeptiert, da der Arzneimittelmarkt immer unübersichtlicher geworden war, und eine Positivliste eine sinnvolle Durchforstung verspricht. Außerdem wollen viele Kassenärzte auch klarere Anhaltspunkte dafür haben, welche Medikamente sie auf Kosten der Krankenkassen verordnen dürfen und welche nicht. Eine Einschränkung der Therapiefreiheit, immerwährendes Menetekel der Pharmaindustrie, wird weniger befürchtet.

Die Positivliste allein sorgt sicher noch nicht für eine rationale Arzneimitteltherapie, insbesondere bezüglich der Verordnungsmenge. Ohne flankierende Maßnahmen wird sie eher Substitutionseffekte haben, indem von ausgegrenzten auf erstattungsfähige Präparate umgestiegen wird. Solche Begleitmaßnahmen stellen die Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dar, die ab 1994 die Budgetierung (Grundlohnorientierung auf Basis des Niveaus von 1991) ablösen sollen. Danach werden Ärzte, die mit ihrem Verordnungsvolumen um mehr als 15 % über dem Fachdurchschnitt liegen, einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen; bei 25 %iger Überschreitung wird ein Regreß fällig. Stellt sich heraus, daß es medizinische Gründe für dieses Verordnungsverhalten gibt, z.B. überdurchschnittlich viele schwer kranke Patienten, dann passiert nichts. Ärzte, die nach medizinisch rationalen Kriterien verordnen, haben also keine finanziellen Einbußen zu befürchten. Wenn Ärztefunktionäre etwas anderes behaupten, dann sind sie entweder

unvollständig über das Gesetz informiert oder sie wollen ihre Kollegen gezielt verunsichern.

Diese vordergründig eher quantitativ ausgerichteten Maßnahmen können jedoch auch in qualitativer Hinsicht segensreiche Wirkungen haben. Die Richtgrößen halten den einzelnen Arzt zur beständigen Kontrolle seines Verordnungsverhaltens an. Dies ist aber in vernünftiger, d. h. möglichst wenig zeitaufwendiger Form nur per EDV bzw. entsprechender arztindividueller Informationssysteme realisierbar, die den Arzt nicht nur über sein Budget, sondern auch über die Art und Verordnungshäufigkeit der einzelnen Medikamente aufklären. Mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, aber auch Kassenverbände sind dem Beispiel der Transparenzprojekte einzelner Kassen gefolgt und bauen Arzneimittelinformationssysteme auf, die mit Beratungsleistungen gekoppelt sind. Auf diese Weise wird mit Sicherheit eine bessere Information geliefert, als sie die Vertreter der Pharmaindustrie jemals werden anbieten können.

3.4 *Eine Reform auf Raten: Die stationäre Versorgung*

Die wohl langwierigsten, auf der Beamtenebene teilweise bis ins kleinste Detail gehenden Verhandlungen gab es zur Reform der stationären Versorgung. Klar war auf der einen Seite, daß man den mit Abstand größten Ausgabenposten der Krankenkassen bei einer so umfassend angelegten Reform wie dem GSG nicht außen vor lassen konnte. Dem stand eine komplizierte Gemengelage bei den Verhandlungspartnern gegenüber, die eine klare Trennungslinie von Koalitionsparteien auf der einen, der SPD und den A-Ländern auf der anderen Seite nicht ermöglichte. Die Interessengegensätze waren weniger parteipolitisch identifizierbar, sondern definierten sich eher aus der jeweiligen Nähe zu Krankenhausträgern. Es liegt auf der Hand, daß Stadtstaaten wie Berlin, Bremen und Hamburg als bedeutende Krankenhausträger andere Sichtweisen haben als Flächenstaaten, die »nur« in der Krankenhausplanung engagiert sind, ganz zu schweigen vom Bund, der hier bar jeder administrativen Verantwortung ist. Ohne eine ausgeprägte Kompromißbereitschaft aller Beteiligten wäre gar nichts gelaufen. Dementsprechend vorsichtig und auf einen sehr langen Umsetzungsprozeß ausgerichtet sind denn auch die beschlossenen Reformschritte.

Bei der Diskussion um die Reform der stationären Versorgung³⁴ geht es seit längerem um drei Kernpunkte: das Selbstkostendeckungsprinzip mit tagesgleichen Pflegesätzen, das duale Finanzierungssystem (Finanzierung der Investitionen durch die Länder, der Betriebskosten durch die Krankenkassen) sowie um eine größere Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung. Im sozialpolitischen Programm der SPD werden in

diesem Zusammenhang die diagnosebezogenen Fallpauschalen anstelle der Pflegesätze, die monistische Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen sowie ein Ausbau von vor- und nachstationärer Behandlung in den Krankenhäusern gefordert. Diese Ziele werden mit dem GSG teilweise nur als mittel- bis langfristiges Ziel angestrebt und in ersten vor-sichtigen Schritten angegangen:

- Das Selbstkostendeckungsprinzip wird zwar abgeschafft, jedoch bleibt der Anspruch auf eine im Sinne wirtschaftlicher Verhaltensweisen ausreichende Finanzierung Vergütung der Krankenhausleistungen bestehen. Die Krankenhauspreise orientieren sich nicht mehr an den Verhältnissen in den einzelnen Krankenhäusern. Diese müssen ihre Wirtschaftlichkeit an anderen Hospitälern messen, d. h. es kommt zu regional vergleichbaren Durchschnittspreisen für Krankenhausleistungen.
- Die tagesgleichen Pflegesätze werden schrittweise durch Fallpauschalen, einen Ausbau der Sonderentgelte und – für Restgrößen – abteilungsbezogene Basispflegesätze abgelöst.
- Die monistische Finanzierung liegt noch in weiter Ferne und besteht nur als Absichtserklärung in den Verhandlungsprotokollen. Die Krankenkassen erhalten allerdings erweiterte Möglichkeiten, Investitionskosten über die Vergütungen zu finanzieren.
- Die Krankenhäuser können sich für das ambulante Operieren öffnen. Hier gilt im Verhältnis zu den Kassenärzten das Prinzip der gleich langen Spieße. Die Patienten können selbst bestimmen, ob sie im Bedarfsfall von einem Kassenarzt oder in einem Krankenhaus ambulant operiert werden. Die Krankenhäuser werden wie die Kassenärzte für diese Leistungen vergütet.
- Die Krankenhäuser erhalten erheblich ausgebauten Möglichkeiten in der vor- und nachstationären Diagnostik bzw. Behandlung. Sie müssen sich allerdings mit dem Hausarzt der Patienten abstimmen.
- Hinzu kommt – für die Ost-Länder ein Essential für die Zustimmung zum GSG – eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung des Nachholbedarfs in den Krankenhausinvestitionen der neuen Länder: Ab 1995 zahlt der Bund in einem 10-Jahres-Programm jährlich 700 Mio. DM bei gleich hohem finanziellem Engagement der Länder selbst sowie der Krankenkassen.
- Auch in der stationären Versorgung gilt eine bis 1995 befristete Budgetierung, allerdings mit einer wichtigen Ausnahmeregelung: Tarifvertragliche Vereinbarungen, die zu einer verbesserten Bezahlung und Einstufung des Krankenhauspersonals führen, werden berücksichtigt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, daß man nicht die allseits geforderte Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften realisieren kann, wenn zugleich die Krankenhausbudgets eingefroren werden.

Die Kritik der Krankenträger und auch der ÖTV am GSG bezieht sich in erster Linie auf die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips, der tagesgleichen Pflegesätze sowie den geplanten Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung. Man prognostiziert »postamerikanische Verhältnisse« (Wendl 1993), soll heißen, die Krankenhäuser würden zur Selektion der Patienten gezwungen. Wenngleich man über die Vorteile der diagnosebezogenen Fallpauschalen gegenüber den tagesgleichen Pflegesätzen geteilter Meinung sein kann (vgl. Enquete-Kommission 1990, S.213ff.), so gehen derartige Szenarien an der Wirklichkeit vorbei.

Die Behauptung, Fallpauschalen würden per se zur Patientenselektion auffordern, ist haltlos. Das kann nur geschehen, wenn die Krankenhäuser und Krankenkassen Fallpauschalen aushandeln, die den anfallenden Kosten nicht gerecht werden, indem sie entweder im Vergleich zu den tatsächlichen Kosten über- oder unterbewertet sind. Ein korrekt gestaltetes System von Fallpauschalen wird sogar zur Verhinderung von Selektionen beitragen. Pauschalierte Pflegesätze verführen – theoretisch – viel eher zu Vernachlässigungen von bestimmten Patientengruppen, da in ihnen kostenträchtige und kostengünstige Fälle gleich behandelt werden und damit die Ausgrenzung kostenträchtiger Leistungen zu einem lohnenden Geschäft wird. Eine ganz andere Frage ist die, wie es zu funktionierenden Systemen von Fallpauschalen kommen kann. Amerikanische Erfahrungen zeigen, daß die erforderliche Typisierung der Patienten nicht einfach zu bewerkstelligen ist (vgl. Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.71ff.). Für diesen Fall sind im GSG mit den Basispflegesätzen auch entsprechende Auffanglösungen vorgesehen.

Auch der Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung muß nicht von Nachteil für die Krankenhäuser sein. Angesichts leerer Landeskassen stellt sich schon die Frage, weshalb der Finanzminister mehr Verständnis für die Krankenhäuser entwickeln soll als die Krankenkassen. Von einem Rückzug der Länder aus der Verantwortung für die Krankenhausplanung ist im übrigen weder im GSG noch in den Verhandlungsprotokollen die Rede.

Alles in allem wird sich die Reform der stationären Versorgung nur allmählich vollziehen, wobei auch klar ist, daß das Krankenhaus als die quasi letzte Instanz des Gesundheitswesens nur so effizient und effektiv arbeiten kann, wie es ihm das ambulante Versorgungssystem gestattet. In diesem Zusammenhang kommt angesichts der sich vollziehenden sozialen und demografischen Entwicklung (zunehmende Zahl älterer und allein lebender Menschen) der Pflegeversicherung für die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser eine zentrale Bedeutung zu. Insofern werden die Karten in der Krankenhausreform anhand der Erfahrungen mit einer Pflegeversicherung, so sie denn kommt, neu gemischt.

4. *Ausblick: Das GSG als Ausgangspunkt unterschiedlicher Entwicklungspfade*

Ich habe zu zeigen versucht, daß das GSG eine Zäsur in der Gesundheitspolitik darstellt und als Weichenstellung, keinesfalls als Endstation der Reform des Gesundheitswesens zu betrachten ist. Es bleibt sogar weitgehend offen, in welche Richtung sich die von allen Beteiligten angekündigten weiteren Reformen im Gesundheitswesen bewegen werden. Das reformpolitische Kernstück des GSG, die Organisationsreform der GKV, schafft eine neue bzw. überhaupt erst tragfähige Wettbewerbsordnung im GKV-System. Welche Ausprägungen der zu erwartende Wettbewerb in der GKV haben wird, auf welchen Ebenen er sich bewegt, hängt von der wirtschaftlichen Entwicklung sowohl allgemein als speziell im Gesundheitswesen ebenso ab, wie von den zukünftigen politischen Kräfteverhältnissen. Man wird die weitere Entwicklung mit erhöhter Aufmerksamkeit verfolgen müssen, sollen die positiven Ansätze des GSG erhalten und ausgebaut werden.

Wohin sich die Auseinandersetzungen bewegen werden, hat der Bundesgesundheitsminister gleich nach der Verabschiedung des GSG in einem Arbeitsauftrag für den Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen deutlich gemacht (Seehofer 1993). Seehofer hat die Untersuchung einer Reihe von Fragen gefordert, die man auf zwei Problemkomplexe reduzieren kann:

1. Durchforstung des Leistungskatalogs der GKV mit der Prüfung von Möglichkeiten, in Pflicht- und Wahlleistungen zu unterscheiden.
2. Erforschung alternativer bzw. erweiterter Finanzierungsmöglichkeiten der GKV.

Hinter diesen Fragen steht die Gewißheit, daß mit dem GSG die Aufgabe, eine umfassende und bezahlbare medizinische Versorgung der Bevölkerung auf Dauer sicherzustellen, nicht gelöst ist. Die demografische Entwicklung wird in etwa 10 bis 15 Jahren zu einer Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems führen, die auf Basis des bestehenden, von bestimmten Erwartungen, Philosophien und Handlungsmuster geprägten Medizinsystems kaum noch zu finanzieren sein werden.

ad 1) Der Ansatz, dieses gravierende Problem über Leistungsdifferenzierungen oder gar Rationierungen lösen zu wollen, ist nicht nur sozial bzw. ethisch höchst fragwürdig. Er ist auch strukturkonservativ, da er im Grunde das bestehende Medizinsystem mit seiner Arbeitsteilung und Schwerpunktsetzung nicht in Frage stellt, sondern nur anders dosieren möchte. Abgesehen von dieser falschen gesundheitspolitischen Grundrichtung, die die Forderung nach der Differenzierung der GKV-Leistungen in Pflicht- und Wahlleistungen annehmen kann, stellt sich die Frage, wie denn der bestehende

Leistungskatalog entsprechend aufgliedert werden kann, ohne zu einem System der Zwei-Klassen-Medizin zu kommen. Eine umfassende medizinische Versorgung soll ja, so jedenfalls behaupten die Anhänger dieser Leistungsdifferenzierung, weiterhin gewährleistet sein. Damit scheiden die Ausgrenzung der ambulanten ärztlichen Versorgung oder die Reduzierung der GKV-Leistungen auf die sogenannten Grobriesiken in der stationären Versorgung schon einmal aus. Allenfalls in der Arzneimittelversorgung kann man unter der Prämisse der umfassenden Versorgung ein solches Modell differenzierter Leistungen vorstellen, etwa nach dem Muster, daß allen Versicherten die Medikamente der Positivliste zur Verfügung stehen, andere Präparate nur über eine Zusatzversicherung bezahlt werden. Ähnliches wäre wohl auch bei Zahnersatz oder Heil- und Hilfsmitteln denkbar. Die GKV würde damit einen Teil des Geschäftes der privaten Krankenversicherung übernehmen und Besserverdienende mit Zusatzleistungen versorgen. Sofern dies nur auf ein neues Abstecken der Claims zwischen GKV und PKV hinausläuft, ohne den umfassenden Versorgungsauftrag der GKV zu gefährden, wäre das hinnehmbar. Eine Lösung der anstehenden wirtschaftlichen Problem der GKV wäre das aber kaum. Man hätte nur einen neuen Wettbewerbsparameter in die GKV eingeführt, der für eine eingegrenzte Klientel attraktiv ist.

Die inhaltliche Alternative zur sozialpolitisch fragwürdigen und gesundheitspolitisch strukturkonservativen Forderung nach Differenzierung in Pflicht- und Wahlleistungen kann nur darin bestehen, die Inhalte medizinischer Leistungen unter Effektivitätsgesichtspunkten gezielt in Frage zu stellen. Die zu erwartenden Verschiebungen in der Alterspyramide werden zunehmend Betreuungsleistungen erforderlich machen, für die die herrschende Medizin kaum geeignete Antworten hat. Insofern kommt der Diskussion über die Pflegeversicherung unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten ein entscheidender Stellenwert bei. Es darf nicht darin enden, daß mit dieser Versicherung auf das bestehende System von Sozialleistungen einfach draufgesattelt wird. Ihre gesellschaftliche Legitimation wird auch davon abhängen, inwieweit sie sinnvoll zur Substitution traditioneller medizinischer Versorgungsformen durch pflegerische Leistungen beitragen kann. Daß es bei einem solchen politischen Projekt nicht nur Widerstände aus der Ärzteschaft, sondern auch aus nicht unerheblichen Teilen der Bevölkerung geben wird, die sich ihre in Jahrzehnten erworbene Medizingläubigkeit nicht so einfach nehmen läßt, sollte klar sein. Die aktuellen Probleme in der Durchsetzung einer Reduktion der Arzneimittelverordnungen geben da einen Vorgeschmack.

ad 2) Der von Seehofer in seinem Arbeitsauftrag an den Sachverständigenrat angesprochene Komplex der alternativen GKV-Finanzierung ist einer

der im GSG offengelassenen Punkte. Hier war von vornherein keine Einigung zu erwarten. Das gelegentliche laute Nachdenken von Seehofer über Risikozuschläge für Raucher, Trinker, Drachenflieger usw. ist auch nicht ansatzweise kompromißfähig. Daß eine solche Forderung nur bei kompletter Ignorierung jedweder sozialmedizinischen Erkenntnisse gestellt werden kann, sollte allerdings nicht über deren politisches Gewicht hinwegtäuschen.

Die Alternative zu dieser unsinnigen Form der GKV-Finanzierung kann nur in verteilungspolitischen Konzepten bestehen. Es gehört seit jeher zu den Forderungen der SPD und der Gewerkschaften, die Pflichtversicherung in der GKV wie in der Renten- und Arbeitslosenversicherung auf alle Arbeiter und Angestellten auszudehnen und zugleich die Beitragsbemessungsgrenze entsprechend anzupassen³⁵. Denkbar wäre auch eine Einbeziehung nicht nur der Erwerbseinkommen, sondern auch der sonstigen Einkünfte. Die Enquete-Kommission zur GKV-Reform ist dieser Frage bereits nachgegangen und in Modellrechnungen zu dem Ergebnis gekommen, daß man durch eine derartige Ausweitung der Finanzbasis 1 bis 2 Prozentpunkte beim Beitragssatz gewinnen könnte (vgl. Enquete-Kommission 1990, S.324ff.). Grundsätzlich ist nicht einzusehen, weshalb sich besser verdienende Angestellte sowie Beamte und Agestellte der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens entziehen können. Diese Frage stellt sich um so schärfer, als die Lohnquote, d. h. der Anteil der Arbeitnehmer-einkommen am Volkseinkommen, zwischen 1980 und 1991 von über 72 % auf 66 % gefallen ist. Dies ist im übrigen auch ein Faktor für das Ansteigen der Beitragssätze in der GKV, die sich fast ausschließlich aus dieser Lohnquote finanziert.

Man wird diese verteilungspolitischen Fragen gezielt forcieren müssen, wobei aber auch bedacht werden muß, daß eine Erweiterung des finanziellen Spielraums der GKV zugleich Begehrlichkeiten der Leistungserbringer weckt, die nicht unbedingt befriedigt werden müssen. Solange das Medizinsystem hinreichend interne Umschichtungsreserven hat, wird es schwer fallen, die Erforderlichkeit neuer Finanzmittel gesundheitspolitisch zu begründen. Höhere Beitragssätze in der GKV *und* eine zusätzlich zu finanzierende Pflegeversicherung mit ebenfalls eher steigender Ausgabentendenz – das wird sich kaum durchsetzen und wohl auch nicht verantworten lassen.

Korrespondenzadresse:

Hartmut Reiners

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen des Landes Brandenburg

Berliner Str. 90

0-1560 Potsdam

Anmerkungen

- 1 Die Bezeichnung »Werkstattbericht« soll verdeutlichen, daß es sich bei der folgenden Abhandlung um den Versuch einer Systematisierung von beruflichen und politischen Erfahrungen eines wissenschaftlich interessierten Akteurs handelt. Zugleich soll damit der in Teilen subjektive Charakter der Darstellung hervorgehoben werden, wobei dies nicht a priori mit dem Verzicht auf Wissenschaftlichkeit gleichzusetzen ist. Eine Reihe der hier wiedergegebenen Erkenntnisse beruhen auf persönlichen Erfahrungen des Verfassers in der politischen Administration, die sich durch Literaturverweise, Quellenangaben und andere Wissenschaftskrücken nicht belegen lassen. Der Text entstand im Rahmen eines Aufenthaltes als Gastwissenschaftler in der Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik« im Wissenschaftszentrum Berlin (WZB).
- 2 Vgl. zusammenfassend zu den mit dem internen Kürzel »K-Gesetz« versehenen politischen Eingriffen in die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen Berg 1986 und Paffrath/Reiners 1987.
- 3 Alle folgenden Zahlen zur finanziellen Entwicklung der GKV stammen – soweit nicht anders erwähnt – aus der vom BMG veröffentlichten Statistik KV 45. Sie beziehen sich ausschließlich auf die alten Bundesländer.
- 4 Die einzelnen Bundesländer verfügen über unterschiedliche Stimpfpakete. Die großen Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen haben jeweils 6 Stimmen, Hessen, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Schleswig-Holstein und Berlin jeweils 4 sowie Hamburg, Saarland und Bremen jeweils 3 Stimmen.
- 5 Dieses Konzept entsprach den Anfang Juli 1992 von den Sozialministern aller Länder verabschiedeten Eckpunkten zur Organisationsreform der GKV. Dieser Beschluß der Ländersozialminister war für die SPD-interne Debatte insofern von Bedeutung, als im Parteiprogramm nur ein kassenarteninterner Finanzausgleich gefordert wird und es vor allem in der Bundestagsfraktion starke Kräfte gab, die an diesem äußerst umstrittenen Konzept festhalten wollten.
- 6 Die Ost-Länder machten geschlossen ihre Zustimmung zu einem wie auch immer aussehenden Gesundheitsstrukturgesetz von diesen Bundeszuschüssen abhängig.
- 7 In den Bundesausschüssen werden lediglich Empfehlungen für das Bundesratsplenum abgegeben. Es stimmen die jeweiligen Fachressorts der Länder ab, die in diesem Fall in allen A-Ländern, aber auch in den großen Koalitionen in Berlin und Baden-Württemberg von der SPD besetzt sind. Die in den Koalitionsverträgen mit der FDP bzw. CDU aufgenommene Verpflichtung, im Bundesrat nicht gegen die Bundesregierung zu stimmen, sondern sich der Stimme zu enthalten, gilt nur für das Bundesratsplenum, das auf Basis von Kabinettsbeschlüssen abstimmt.
- 8 Es zeichneten sich bei mehreren Krankenkassen Überlegungen ab, weitere Beitragssatzerhöhungen auch bei wachsenden Defiziten nicht mehr zu beschließen. In einem solchen Fall, der z. B. bei der AOK Dortmund Realität wurde, muß die Landesregierung als Aufsichtsbehörde einschreiten und per Anordnung die fällige Beitragssatzerhöhung verfügen. Aus dieser Konstellation erklärt sich die gemeinsame, von parteipolitischen Auseinandersetzungen ungetrübte Position der Ländersozialminister in Fragen der Organisationsreform der GKV.
- 8 Dies gilt für die große Rentenreform von 1957, das Arbeitsförderungs- und das Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 sowie das ebenfalls 1969 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz.

- 10 15 der 79 Mitglieder der FDP-Fraktion stimmten gegen das GSG. Sie begründeten dies in einer gemeinsamen Erklärung, in der es heißt, die mit dem GSG erzwungene Reduzierung der Einkünfte von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern sei nicht vertretbar. In der CDU/CSU-Fraktion stimmten 12 Abgeordnete mit ähnlicher Begründung gegen das Gesetz, 9 enthielten sich (vgl. Ärzte-Zeitung vom 11./12. Dezember 1992).
- 11 Dies geschah nicht ganz unbeabsichtigt, eingedenk der oben zitierten »Haifisch-Erfahrung« von Norbert Blüm. Reformen im Gesundheitswesen können offensichtlich nur erfolgreich durchgeführt werden, wenn der Lobby keine Chance zur Bildung von Verhinderungscoalitionen gegeben wird.
- 12 So beschimpfte ein führender Zahnärztfunktionär bei einer Anhörung im Bundestagsausschuß für Gesundheit die PDS-Abgeordnete Fischer als »Kommunistenflittchen«.
- 13 Zur ausführlichen Darstellung der wissenschaftlichen Diskussion zum Thema vgl. Brunkhorst 1987, Jacobs/Reschke 1991 und Leber 1991. Kurzgefaßte Bestandsaufnahmen finden sich u. a. bei Wasem 1990 und Reiners 1991.
- 14 Zu den Pflichtkassen, früher auch RVO-Kassen genannt, gehören die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Bundesknappschaft, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die See-Krankenkasse als branchenspezifische Sondersysteme. Sofern ein Betrieb keiner Betriebs- oder Innungskrankenkasse zugeordnet ist, sind alle pflichtversicherten Beschäftigten automatisch in der AOK versichert, wenn sie nicht als Angestellte oder Angehörige bestimmter Facharbeitergruppen eine Ersatzkasse wählen.
- 15 In den 70er Jahren gab zum Problem der Akzeptanz des Sozialstaates eine entwickelte Debatte, die leider nicht zu Ende geführt wurde. Ein ganzer Soziologentag widmete sich 1976 dem Phänomen, daß der Sozialstaat an seinem Erfolg zu scheitern droht: Er bildet eine wesentliche Voraussetzung für die Herausbildung von Individualität und Chancengleichheit, ist aber durch seine bürokratische Verfassung oft nicht in der Lage, den dadurch weiter oder neu entwickelten Bedürfnissen der Bürger Rechnung zu tragen, was wiederum seiner Akzeptanz schadet (vgl. zusammenfassend von Ferber/Kaufmann 1977).
- 16 Die freie Kassenwahl kann erst nach der Etablierung des Risikostrukturausgleiches eingeführt werden, wenn kein Zusammenbruch des bestehenden Systems provoziert werden soll. Ohne diesen Ausgleich hätten die meisten AOKs in Nord- und Westdeutschland mit ihren weit über dem Durchschnitt liegenden Beitragssätzen keine Chance. Das GKV-System würde die zu erwartenden Wanderungsbewegungen organisatorisch nicht verkraften.
- 17 Sondersysteme wie die Bundesknappschaft, die Landwirtschaftliche und die See-Krankenkasse fallen ebenfalls unter diese Ausnahme. Sie bleiben grundsätzlich nur für ihre besondere Klientel offen, können also nicht wie BKKs oder IKKs eine satzungsmäßige Öffnung vollziehen. Dies begründet sich aus der besonderen Finanzierung dieser Kassen, die ohne Staatszuschüsse kaum lebensfähig wären.
- 18 Das Jahr 1993 soll für die Erarbeitung der technischen Voraussetzungen für den Risikostrukturausgleich genutzt werden. Ein dem Verfasser vorliegendes internes Szenario des AOK-Bundesverbandes läßt keine unüberwindbaren Hindernisse für die Einhaltung des Termins erkennen. Schwierigkeiten gibt es vor allem bei der Erfassung der mitversicherten Familienangehörigen, wo die Datenbestände nicht stimmig sind.

- 19 Beim Finanzausgleich in der KVdR werden die Leistungsausgaben für Rentner ausgeglichen, die immerhin über 40 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV ausmachen. Dadurch entfällt das Interesse der Kassen an einer möglichst wirtschaftlichen Verwendung der Mittel. Es besteht sogar ein Anreiz zum Abschluß von Verträgen zu Lasten Dritter, wie ihn die AOK in Niedersachsen mit den Kassenärzten abgeschlossen hat: man hat für die Rentner eine höhere Vergütung vereinbart als für die anderen Versicherten. Die dadurch entstehenden Mehrausgaben werden durch den Finanzausgleich von den anderen Kassen zwangsläufig mitgetragen. Mit diesem Vertrag hat die AOK freilich nur das nachvollzogen, was die Ersatzkassen schon länger praktizierten; deren ebenfalls in den KVdR-Ausgleich eingehenden Vergütungen für Kassenärzte liegen seit jeher deutlich über dem Niveau der Pflichtkassen.
- 20 Im Ergebnis wirkt der Risikostrukturausgleich so, daß für jeden Versicherten unabhängig von seinem jeweiligen Versicherungsrisiko ein nach Alter und Geschlecht gewichteter Beitrag fließt. Der Beitragssatz der Kassen hängt damit nicht mehr von der sozialen bzw. demographischen Zusammensetzung ihrer Versicherten ab, sondern von den Ergebnissen der Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern. Eine ausführliche Darstellung der Funktion und der empirischen Probleme des Risikostrukturausgleichs findet man bei Leber 1991 und Jacobs/Reschke 1991.
- 21 Diese Trennung soll bis zu dem Zeitpunkt aufrechterhalten bleiben, an dem die neuen Länder 90 % der durchschnittlichen Grundlöhne der Westländer und damit den Standard strukturschwacher Länder wie Schleswig-Holstein oder Saarland erreicht habe.
- 22 Dem Verfasser liegt ein internes Strategiepapier des Verbandes der Ersatzkassen (VdAK) vor, in dem diese Geschäftspolitik offen erwogen wird.
- 23 Die Ersatzkassen haben bis zum Schluß alles versucht, um die freie Kassenwahl zu Fall zu bringen. Sie waren sogar bereit, den zuvor ebenso heftig als »Weg in die Einheitsversicherung« bekämpften Risikostrukturausgleich zu akzeptieren, wenn man ihnen dafür ihren ständischen Sonderstatus beläßt.
- 24 Mit dem GSG ist die »kassenärztliche« aus rechtstechnischen Gründen in »vertrag-särztliche« Versorgung umbenannt worden. Dies hängt mit der Angleichung des Vertragsrechts von Ersatz- und Pflichtkassen zusammen. In den 50er und 60er Jahren gab es viele Ärzte, die nur mit den Privat- und Ersatzkassen, nicht aber mit den Pflichtkassen Vertragsbeziehungen hatten und . Um die wenigen noch verbliebenen Exemplare dieser Gattung der Vertragsärzte endgültig in das Kassenarztssystem zu integrieren, andererseits aber die umständliche Formulierung »Kassen- und Vertrags-ärzte« zu vermeiden, wurden kurzerhand auch die Kassenärzte zu Vertragsärzten ernannt.
- 25 Soweit nicht anders erwähnt stammen die folgenden Zahlen aus dem Bundesärztere-gister, dem Mikrozensus sowie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesgesundheitsministerium.
- 26 Im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden die einzelnen ärztlichen Leistungen nach Punkten gewichtet, d.h jede Leistung erhält eine bestimmte Anzahl von Punkten. Der einzelne Punktwert wird zwischen den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt.
- 27 Bei diesen Zahlen handelt es sich um Stichproben aus 6 Kassenarztbezirken; erfaßt wurden nur Daten der Pflichtkassen. Man kann aber erfahrungsgemäß davon ausgehen, daß die Inanspruchnahme von Leistungen der kassenärztlichen Versorgung bei den Pflichtkassen unter der bei den Ersatzkassen liegt.

- 28 Umsatz: Fachärzte 473.228 DM, Allgemeinärzte 316.624 DM; Gewinn: Fachärzte 206.586 DM, Allgemeinärzte 149.704 DM).
- 29 Bei regionalen Kassen sind das die Landesregierungen bzw. – so vorhanden – Landesversicherungsämter, bei bundesweiten Kassen das Bundesgesundheitsministerium bzw. das Bundesversicherungsamt.
- 30 Dahinter stehen zum einen EG-Vorschriften, aber auch Fehlentwicklungen in der Zusammensetzung der Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte. Die Zahl der erst seit Ende der 70er Jahre mit eigener Gebietsbezeichnung registrierten Allgemeinärzte blieb zwischen 1980 und 1990 so gut wie konstant (12.204 bzw. 12.447) und damit relativ rückläufig, während die Zahl der praktischen in ähnlichem Maße wuchs wie die Fachärzte (um 42 % von 12.687 auf 18.024).
- 31 Zu den Auswirkungen der verschiedenen Vergütungsformen vgl. Männer 1981 und Abholz/Dreykluft 1983.
- 32 Zum einen sind sie für eine Kann-Regelung und nicht – wie im GSG geregelt – für eine Mußregelung gedacht. Zum zweiten sind sie Basis für eine bei 50 % liegende Definition von Überversorgung (GSG: 10 %).
- 33 Der SPD unterlief hier bei den Verhandlungen auch eine Panne, indem sie davon ausging, daß eine nach Packungsgrößen gestaffelte Zuzahlung per saldo weniger belastend wirken würde. Als dann das WIdO signalisierte, daß das Gegenteil der Fall sei, war die Sache nicht mehr ohne Gefahr für das gesamte Verhandlungsergebnis rückgängig zu machen.
- 34 Einen vorzügliche Systematisierung der unterschiedlichen Konzepte zur Reform der stationären Versorgung bietet der Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987).
- 35 Die Versicherungspflichtgrenze und zugleich die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV liegt bei 75 % des in der Rentenversicherung geltenden Niveaus (Stand 1.1.1993: 64.800 DM p.a., neue Länder: 47.700 DM p.a.).

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H./Dreykluft, H.R. 1983: Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung, in: *Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102*, Berlin
- Berg, H. 1986: *Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984*, Bonn
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit 1992: *Daten des Gesundheitswesens*
- Brunkhorst, J. 1987: *Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin
- Cassel, D. 1993: *Anspruch und Wirklichkeit. Zur Organisationsreform der GKV*, in: *Soziale Sicherheit Nr.1/1993*, S.18ff.
- Enquete-Kommission Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung 1990: *Endbericht / Band 1*, hrsg. vom Deutschen Bundestag, Reihe *Zur Sache 3/90*, Bonn
- Ferber, C.v./Kaufmann, F.-X. (Hrsg.) 1977: *Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19/1977 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpolitik*, Opladen
- Glaeske, G./Scheffold, D. (Hrsg.) 1988: *Positivliste für Arzneimittel*, Baden-Baden
- Hasselfeldt, G. 1991: *Gesundheitspolitische Aufgaben in der neuen Legislaturperiode*, in: *Die Krankenversicherung Nr.3/1991*, S.59ff.

- dies. 1992: Handlungsschwerpunkte in der Gesundheitspolitik, vervielfältigtes Manuskript vom 28. April 1992, Bonn
- Häussler, B./Hempel, E. 1992: Die Entwicklung ausgewählter Parameter der ambulanten ärztlichen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung Nordrhein-Westfalens, IGES-Papier Nr. 92-65, unveröffentlichtes Manuskript, Berlin
- Hermann, C. 1990: Die Kassenorganisationsreform zwischen Politikberatung und Politikdominanz. Zu den Reformvorstellungen der Enquete-Kommission »GKV-Reform« zur Gliederungsfrage, in: Arbeit und Sozialpolitik Nr. 2/1990, S.60ff.
- Hoffacker, P. 1992: Vorschläge zur marktwirtschaftlichen Steuerung der GKV, vervielfältigtes Manuskript vom 14. April 1992, Bonn
- Jacobs, K./Reschke, P. 1991: Risikostrukturanalyse in der Krankenversicherung. Empirische Untersuchungen zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Kommission Krankenhausfinanzierung 1987: Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 20, Gerlingen
- Leber, W.-D. 1991: Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden
- Männer, L. 1982: Der mögliche Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung, in: Herder-Dorneich u. a. (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie II, Gerlingen
- Paffrath, D./Reiners, H. 1987: 10 Jahre Kostendämpfungspolitik. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse (DOK) Nr.13/1987, S.369ff.
- Reiners; H. 1990: Bericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« – außer Spesen nichts gewesen ?, in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd.15, Argument-Sonderband AS 190, Berlin/Hamburg
- ders. 1991: Die Organisationsreform der GKV – Eine unendliche Geschichte ?, in: Arbeit und Sozialpolitik Nr.11-12/1991, S.26ff.
- Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.) 1987-1992: Arzneiverordnungs-Report, Stuttgart/New York
- Seehofer; H. 1993: Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000 – Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen, Arbeitsauftrag an den Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom 14.01.1993
- SVR KAiG – Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1991: Stabilität ohne Stagnation ? Sondergutachten 1991, Bonn
- Wasem, J. 1990: Die Probleme der Versicherten- und Kassenstruktur und ihre Reform – Ein Überblick, in: Sozialer Fortschritt Nr. 3-4/1990
- Wendl, M. 1993: Postamerikanische Roßkur für öffentliche Krankenhäuser, in: Dr. med. Mabuse Nr.82, S.38ff.
- WiDo (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen)/ZI (Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung) (Hrsg.) 1987-1991: Frühinformationen zur Fallzahlenentwicklung, Bonn/Köln