

Hartmut Reiners

Die »Dritte Stufe« der Gesundheitsreform: Wahlleistungen in der GKV

Ein sinnvolles Steuerungsinstrument?

Die Tinte seiner Unterschrift unter das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) war noch nicht trocken, da meldete der Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer bereits weiteren Reformbedarf im Gesundheitswesen an. Er kündete eine »dritte Stufe« der Gesundheitsreform an¹ und gab dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit Schreiben vom 14.1.1993 den Auftrag, hierfür bis Ende 1993 in einem Sondergutachten die Grundlagen zu erarbeiten. Im Mittelpunkt stehen dabei drei Fragen, die die Konturen dieser »dritten Reformstufe« deutlich werden lassen²:

1. »Inwieweit spiegelt das Lohn- und Arbeitseinkommen als Grundlage für die Beitragsbemessung die Leistungsfähigkeit der Mitglieder der Solidargemeinschaft wider?« Im Klartext: Neben dem Arbeitseinkommen sollen auch andere Einkünfte der Versicherten (Zinserträge u.ä.) beitragspflichtig werden.

2. »Können bestimmte Gesundheitsleistungen und gesundheitliche Risiken auf freiwilliger Basis in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden? Wie läßt sich bei einer Finanzierung von bestimmten Gesundheitsleistungen außerhalb eines Pflichtleistungskatalogs der Krankenkassen eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme sicherstellen?« Im Klartext: Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird in einen Basis- bzw. Pflicht- und einen Zusatz- bzw. Wahltarif gesplittet.

3. »Wie können verstärkte Anreize zur ursachenbezogenen Prävention und zu gesundem Lebensstil in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebaut werden?« Im Klartext: Rauchen, Alkoholgenuß und was sonst noch als gesundheitsgefährdende Verhaltensweise gilt, werden mit höheren Krankenkassenbeiträgen oder einer »Sündensteuer« geahndet, die an die Krankenkassen abgeführt wird.

Die Frage ist, inwieweit diese Reformschwerpunkte umgesetzt werden können, ohne den Charakter der GKV als einer sozialen Krankenversicherung grundsätzlich zu verändern. Sowohl die Aufteilung des Leistungskatalogs in Pflicht- und Wahlleistungen als auch die risikoabhängigen Finanzierungselemente sind konstitutive Merkmale der privaten Krankenversicherung (PKV) und den ordnungspolitischen Grundsätzen der GKV fremd. Diese verfolgen ja gemäß dem Solidaritätsprinzip das Ziel, allen Versicherten unabhängig von deren individuellen Einkommen und Gesundheitszustand eine umfassende medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Das

Äquivalenzprinzip, d.h. die Ausrichtung der Beiträge am individuellen Risiko und der Leistungen an der Beitragshöhe, kann in der GKV nur um den Preis der Aushöhlung ihres sozialen Charakters eingeführt werden. Allerdings läßt sich der von Seehofer an den Sachverständigenrat gerichtete Arbeitsauftrag nicht einfach mit ordnungspolitischen Grundsatzserklärungen erledigen. Auch wäre der Hinweis nicht hilfreich, man solle doch erst die 2. Stufe des GSG und deren konkreten Auswirkungen abwarten und bewerten, bevor man sich auf eine Debatte über weitere strukturelle Änderungen in der GKV einläßt. Eine solche Auffassung verkennt zweierlei. Zum einen hat Seehofer mit seinem frühzeitigen Vorstoß geschickt die Themen besetzt, die man nun – ob es einem paßt oder nicht – nicht einfach ignorieren kann. Vor allem aber sind mit dem GSG selbst Weichen gestellt worden, die automatisch in die Richtung der von Seehofer gestellten Fragen verweisen.

Insbesondere die Prüfung von Möglichkeiten einer Differenzierung des Leistungskatalogs der GKV in Pflicht- und Wahlangeboten ist eine logische Konsequenz der mit dem GSG verfügbaren Organisationsreform der GKV. Diese zielt mit der vor allem von der SPD und den DGB-Gewerkschaften geforderten freien Kassenwahl für alle Versicherten auf eine stärker wettbewerblich gesteuerte gegliederte GKV. Da liegt die Frage auf der Hand, was denn der Wettbewerb für einen Sinn haben soll, wenn alle Krankenkassen die gleiche Leistungspalette anbieten. Auf den ersten Blick scheint das GSG diese Konsequenz aber gar nicht gezogen zu haben, wie Jürgen Wasem bemerkt: »Dem Gesetzgeber des GSG schwebt offenbar als zentrales Instrument der Krankenkassen im Wettbewerb alleine der Service gegenüber den Versicherten vor. Dagegen bleiben der einzelnen Krankenkasse leistungs- und vertragsrechtliche Innovationen so gut wie vollständig verboten.« (Wasem 1993, 83) Das muß aber nicht so bleiben, zumal das GSG bereits Ansätze enthält, den Wettbewerb auf der Ebene differenzierter Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern zu führen. Die Frage einer Neugestaltung der Wettbewerbsparameter wurde im GSG bewußt ausgeklammert, da darüber zuvor nur in begrenzten Expertenzirkeln, aber noch nicht in den politischen Parteien hinreichend diskutiert worden war. Das Thema war einfach noch nicht reif. Das wird sich mit der Einführung der freien Kassenwahl sehr schnell ändern. Die gesundheitspolitische Diskussion wird sich in den kommenden Jahren wesentlich um die Wettbewerbsordnung in der GKV drehen.

Im folgenden soll einmal nüchtern geprüft werden, auf welchen

Feldern der Wettbewerb überhaupt geführt werden kann, ohne daß der Charakter der GKV als einer sozialen Krankenversicherung beschädigt wird. Diese Bedingung wird auch von ordoliberalen Gesundheitsökonominnen wie der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Krankenversicherung – im folgende zitiert als »WAGKV« – akzeptiert, die in ihren bereits vor mehreren Jahren angestellten Überlegungen zur Reform der GKV den Wettbewerbsgedanken deutlich in den Vordergrund stellt, wohl wissend, daß dieses ordnungspolitische Paradigma in einem Spannungsverhältnis zum Solidaritätsprinzip steht³. Die von dieser Arbeitsgruppe vorgestellten Reformoptionen wollen eine am Sozialstaatsprinzip orientierte GKV beibehalten⁴.

Die Reformoption »Duales Versicherungssystem« leitet aus der Verpflichtung des Art.1 GG, die Würde des Menschen zu schützen, die Notwendigkeit einer »Grundsicherung im Hinblick auf das Krankheitsrisiko« ab, wobei aus »Gründen der Gleichbehandlung alle Bürger am Solidarausgleich teilnehmen (müssen)« (WAGKV 1988, 89). Die (mehrheitliche) Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit« weist ausdrücklich darauf hin, daß sich ihre Überlegungen »im Rahmen einer gegliederten Krankenversicherung mit eingebautem Solidarausgleich bewegen werden. Das Spannungsfeld zum Solidarprinzip darf nicht unzulässig in den Hintergrund geschoben werden.« (Ebd., 70)

Die Vorschläge (nicht nur) der WAGKV bewegen sich auf drei verschiedenen Ebenen:

- Reduzierung des pflichtgemäßen Leistungskatalogs der GKV,
- kassenspezifische Eingrenzung der Leistungserbringer und
- die Gestaltung der Verträge mit den Leistungserbringern.

Leistungskatalog der GKV als Wettbewerbsfeld

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundstagsfraktion Paul Hoffacker hat die Marschrichtung seiner Partei für die »dritte Reformstufe im Gesundheitswesen« angegeben:

Das Modell von Regel- und Wahlleistungen ist für die gesundheitspolitische Diskussion der Zukunft weiter relevant. Die derzeit auf medizinisch hohem Niveau gesetzlich festgeschriebene Vollversorgung für jeden Versicherten wird mit dem Ziel zu überprüfen sein, den Kassen neue Wettbewerbsfelder in Teilbereichen zu eröffnen... Durch eine vorsichtige, sektorale Differenzierung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung in Regel- und Wahlleistungen bzw. in Grund- und Zusatzversorgung könnte dem Wettbewerb der Kassen mehr Raum gegeben werden. Leistungen der Grundversorgung würden auch künftig jedem Versicherten das

medizinisch Notwendige solidarisch finanziert zur Verfügung stellen. Im Zusatzversorgungsbereich wird das medizinisch Wünschbare, aber nicht medizinisch Gebotene gewährt.« (Hoffacker 1993, 193)

Was das »medizinisch Notwendige« und das »medizinisch Wünschbare« jeweils sein soll, bleibt unklar, wie überhaupt diese Unterscheidung jeden Patienten unangenehm berühren muß, der davon ausgeht, daß gemäß dem Eid des Hippokrates der behandelnde Arzt alles in seiner Macht stehende unternimmt, um ihm zu helfen. Ein Unterschied zur bestehenden Rechtslage ist ansonsten insofern nicht zu erkennen, als gemäß § 2 Abs. 4 SGB V »Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten (haben), daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.« Demnach sollen sich bereits heute – und eigentlich seit eh und je – die Leistungen der GKV auf das »medizinisch Notwendige« beschränken, und die Forderung Hoffackers liefe lediglich auf eine konsequente Anwendung bestehenden Rechts hinaus. Das kann aber wohl nicht gemeint sein, hat es doch nichts mit einer Reform des Leistungskatalogs der GKV zu tun, die Hoffacker schließlich fordert.

Sinn machen diese Formulierungen nur, wenn im Grunde die Leistungen der GKV auf Basisleistungen im Sinne einer »Absicherung von Großrisiken« reduziert werden sollen, wie es neuerdings auch der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Wilfried Schorre fordert (vgl. *Ärzte-Zeitung* vom 17./18.9. 1993). Bleibt also die Frage, wie denn eine solche Reduzierung überhaupt aussehen kann, ohne das System der GKV insgesamt in Frage zu stellen. Auffallend ist immer wieder der Kontrast zwischen der Entschiedenheit, mit der dieses Konzept angepriesen wird, und der Beliebigkeit, wenn es darum geht, diesen Grundsatz zu konkretisieren. Die Option »Duales Versicherungssystem« der WAGKV z.B. bietet Rezepte, die sich irgendwo zwischen Verwirrung und Nebulösem bewegen:

»Der Umfang der medizinischen Grundversorgung wird gesetzlich festgelegt, allerdings bleibt es der einzelnen Versicherung überlassen, auf welcher Basis sie diese Versorgung sicherstellt. Dieser Leistungskatalog der medizinisch notwendigen Basisversorgung sollte sich allerdings auf die ökonomischen Folgen einer Krankheit beschränken, weil es letztlich darauf ankommt, den einzelnen vor den wirtschaftlichen Folgen – wenn dadurch seine Existenz gefährdet ist – zu schützen (High-risk-insurance). Alle anderen Leistungen sollten mit Hilfe anderer Maßnahmen außerhalb der Basisversorgung geregelt werden. Ausgeschlossen werden sollten vor allem sog. Bagatellfälle (Zumutbarkeit) und versicherungsfremde Leistungen (z.B. Schwangerschaftsabbruch). Entscheidend ist letztlich, daß für den einzelnen eine qualitativ hochwertige medizinische Basisversorgung gewährleistet ist.« (WAGKV 1988, 90)

Es fällt schwer, dies anders als mit dem eine gewisse Ratlosigkeit ausdrückenden Ausruf »Ja, was denn nun ?« zu kommentieren. Eine derart beliebig formulierte Position kritisieren zu wollen ähnelt dem verzweifelten Versuch, einen Pudding an die Wand zu nageln. Ein seriöser Streit über Konzepte einer Ausdifferenzierung in eine Grund- und Zusatzversorgung ist erst dann möglich, wenn konkrete Vorschläge auf dem Tisch liegen, wie denn eine »qualitativ hochwertige medizinische Versorgung« auf Basis einer mehr als nur »Bagatellfälle« und »versicherungsfremde Leistungen« ausgrenzenden »High-risk-insurance« gewährleistet werden kann. Man darf gespannt sein, ob dem Sachverständigenrat in seinem angekündigten Gutachten dieses Kunststück gelingt.

Es ist eigentlich nicht verwunderlich, daß die Protagonisten einer auf Basisleistungen reduzierten GKV mit ihren Vorschlägen im Unbestimmten verharren. Eine Überprüfung des Leistungskatalogs der GKV zeigt nämlich, daß der Spielraum für eine entsprechende Ausgrenzung von Leistungen gegen Null konvergiert, will man nicht den Charakter der GKV als einer solidarischen Krankenversicherung aufs Spiel setzen. Gemäß § 11 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen

- zur Förderung der Gesundheit,
- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung von Krankheiten und
- bei Schwerpflegebedürftigkeit.

Die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit dürften über kurz oder lang Eingang in eine gesetzliche Regelung zur Pflegeversicherung eingehen, so daß wir sie hier ausklammern können. Davon abgesehen gehören diese Leistungen eindeutig zu den »Großrisiken«, die ja auch die Option »Duales Versicherungssystem« im Rahmen von Pflichtleistungen abgesichert haben will.

Was die Leistungen zur Gesundheitsförderung, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten angeht, so steht hier bei Leistungskürzungen vor allem die gesundheitspolitische Legitimation der GKV auf dem Spiel. Zwar könnten die »Gesundheitsuntersuchungen« gemäß § 25 SGB V getrost gestrichen werden, da sie nur abrechnungstechnische Vorteile für Ärzte bieten und ihr medizinischer Nutzen äußerst fragwürdig ist (vgl. Abholz 1990). Auch könnte man sich Gedanken darüber machen, inwieweit bestimmte als »Gesundheitsförderung« firmierende Kampagnen von Krankenkassen als Werbung gelten und der entsprechenden Kontenklasse bei

den Verwaltungsausgaben zugeordnet werden müssen. Insgesamt gesehen wäre es jedoch ein gesundheitspolitischer Schildbürgerstreich, ausgerechnet auf die – wie verkürzt auch immer – auf Gesunderhaltung ausgerichteten Regelungen zu verzichten. Nicht von ungefähr sind diese Leistungen von der im GSG verfügbaren Deckelung der Krankenkassenausgaben ausgenommen.

Die Diskussion um Leistungsausgrenzungen bzw. die Differenzierung in Pflicht- und Wahlleistungen dreht sich ausschließlich um die traditionellen Leistungen der Krankenkassen zur Krankheitsbehandlung. Diese wiederum umfaßt gemäß § 27 SGB V:

1. ärztliche Behandlung
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
5. Krankenhausbehandlung
6. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobungen und Arbeitstherapie.

Im Unterschied zu ihren Kollegen von der Option »Duales Versicherungssystem« legen die Mitglieder der WAGKV, die die Option »Erweiterte Vertragsfreiheit« vertreten, zumindest in Umrissen »Alternativen zum heutigen Leistungskorb« vor, wobei sich diese auf den Stand 1988 – also vor dem GRG und dem GSG – beziehen. Sie schlagen vor: »Begrenzung von Kurleistungen auf eigentliche Rehabilitationskuren, Begrenzung von kassengedeckten Heil- und Hilfsmitteln auf Maßnahmen zugunsten von Schwerbehinderten, enge Definition der kassengedeckten zahnmedizinischen Leistungen, Begrenzung der zahnmedizinischen Vergütungen auf kieferchirurgische Maßnahmen, Verträge, die ausdrücklich die Verordnung von Generika vorsehen, sofern diese therapeutisch gleichwertig zu Markenprodukten sind.« (WAGKV 1988, 78f.)

Wie man sieht, sind Teile dieser Forderung bereits mit dem GRG bzw. GSG zumindest im Ansatz umgesetzt worden, etwa die Leistungsbeschränkungen bei Zahnersatz oder die Bevorzugung preisgünstiger Generika. Unklar bleibt im übrigen, ob man tatsächlich an eine mehr oder weniger komplette Ausgrenzung zahnmedizinischer Behandlungen denkt, wie es der zitierte Text nahelegt; denkbar ist auch, daß es sich hier um eine unglückliche Formulierung handelt und statt dessen nur eine Beschränkung in der Vergütung kieferchirurgischer Leistungen gefordert wird.

Sollte aber tatsächlich eine komplette Ausgrenzung zahnmedizinischer Leistungen gemeint sein, hätte dies gravierende Konsequenzen. Man würde zwar erhebliche Einsparungen der Krankenkassen erreichen; auf diesen Leistungsbereich entfallen einschließlich Zahnersatz ca. 16 % der Leistungsausgaben der GKV. Unter volkswirtschaftlichen Aspekten wäre dies freilich unter die Rubrik »grober Unfug« einzuordnen, von den gesundheitlichen Effekten einmal ganz abgesehen. Geht man von dem von der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe ausdrücklich favorisierten Grundsatz aus, »daß die erzielbaren Kosteneinsparungen möglichst vollumfänglich an das Kassenmitglied weitergegeben werden« (ebd., 79), dann darf man dies nicht nur unter dem Aspekt der geringeren Krankenkassenbeiträge sehen. Entscheidend ist der Saldo mit den Kosten, die auf die Versicherten zukommen, wenn sie zahnärztliche Behandlung aus eigener Tasche zahlen oder über eine private Versicherung abdecken müssen. Da sind nicht nur höhere Honorare als in der GKV fällig. Es ist auch damit zu rechnen, daß den Patienten in weit höherem Umfang als heute Leistungen aufgeschwatzt werden, die sich eher am Kontostand des Zahnarztes orientieren als am medizinischen Bedarf. Die Gesamtausgaben für zahnärztliche Versorgung würden steigen oder blieben bestenfalls konstant, mit dem Preis einer drastischen Verschlechterung in der Zahngesundheit der Bevölkerung. Die Vorstellung, daß eine Ausgliederung der zahnärztlichen Versorgung aus den GKV-Leistungen eher zu präventivem Verhalten anregen und daher positive gesundheitspolitische Akzente setzen würde, ist reichlich weltfremd. Die bereits heute unbefriedigende Zahl von Patienten mit unter prophylaktischen Gesichtspunkten wichtigen regelmäßigen Zahnarztbesuchen würde sich noch weiter reduzieren, wobei deutliche Unterschiede nach sozialer bzw. einkommensmäßiger Schichtung zu erwarten sind⁵.

Am Beispiel der zahnärztlichen Versorgung läßt sich also zeigen, daß komplette Leistungsausgrenzungen in der Regel mit höchst unerwünschten ökonomischen und gesundheitlichen Nebeneffekten verbunden sind. Dies muß wohl auch der Mehrheit in der WAGKV gedämmert haben, da sie eine Differenzierung in Pflicht- und Zusatzleistungen dann für möglich und sozialpolitisch vertretbar hält, »wenn die Leistungsunterschiede eindeutig definiert werden können, keine größeren Substitutionsprozesse erwartet werden müssen und wenn ein entsprechender Ausschluß medizinisch nicht besonders folgenschwer ist und eher konsumnahe Leistungen betrifft« (ebd.). Legt man diese Kriterien zugrunde, bleibt für eine

Differenzierung nach Pflicht- und Wahlleistungen kaum noch etwas übrig. In Frage kommen dafür nur die Bereiche Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz. Dort ist aber das Leistungsspektrum im GRG und dem GSG bereits derart abgespeckt worden, daß kaum noch ein entsprechender Spielraum vorhanden ist:

- Die Positivliste wird die von den Kassen zu erstattenden Arzneimittel auf ein Maß reduzieren, das sich an rein medizinischen Kriterien orientiert.
- Die Festbeträge für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sind eine konsequente Umsetzung des Vorschlages der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe, ein »Zuschußsystem« einzuführen, »wie es ... beispielsweise für Brillen angewendet wird« (ebd.).
- Bei Zahnersatz wird spätestens seit dem GRG von 1988 zwischen teuren Materialien und Standardleistungen (»Kassenschlappen«) unterschieden.

Man kann es drehen und wenden wie man will: Eine Aufteilung der Kassenleistungen in Pflicht- und Wahlleistungen ist nicht zu bewerkstelligen, ohne die nach dem Solidarprinzip funktionierende GKV insgesamt zur Diskussion zu stellen. Da ist kein Spielraum mehr vorhanden, wenn nicht der Grundsatz einer qualitativ guten und unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit auch bezahlbaren medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung aufgegeben werden soll.

Etwas anderes wäre es freilich, wenn man das Konzept von Grund- und Zusatztarifen dahingehend definieren würde, den gesetzlichen Krankenversicherungen zu gestatten, sich im angestammten Bereich der PKV zu tummeln und Zusatztarife z.B. für Arzneimittel außerhalb der Positivliste, Vollversorgung bei Zahnersatz, Heil- und Hilfsmitteln usw. anzubieten. Das wäre zwar ein Systembruch bezüglich der Aufgabenteilung von PKV und GKV, würde aber – im Unterschied zu weiteren Reduzierungen des Pflichtkatalogs der Krankenkassen – den Charakter der GKV als einer sozialen Krankenversicherung nicht notwendigerweise substantiell gefährden. Freilich droht dann der »Eiskunstlaufeffekt«, wo die Kür mehr zählt als die Pflicht: Um sich im Wettbewerb zu profilieren, könnten sich die Kassenverwaltungen mehr um die Zusatzleistungen kümmern als um ihre vorgeschriebenen Pflichtaufgaben.

Es ist jedoch nicht davon auszugehen, daß die Reise in diese Richtung einer kombinierten GKV/PKV geht, auch wenn in dem bereits zitierten Papier von Hoffacker entsprechende Andeutungen zu finden

sind. Vorstellbar ist viel eher, daß nicht der Katalog der Sachleistungen der GKV aufdifferenziert wird, sondern die Unterscheidung in Pflicht- und Wahlleistungen quantitativ gestaltet wird, soll heißen: unterschiedliche Selbstbeteiligung der Patienten. Dann könnten die Versicherten zwischen einem Mindesttarif, der – sagen wir – 75 % der Behandlungskosten deckt, und einem Volltarif von 100 % oder auch weiteren Zwischenabstufungen wählen. Das wäre zwar nicht im Sinne der PKV, die das Geschäft der Zusatzversicherung als ihre ureigene Domäne ansieht. Jedoch hätte dies Konzept aus Sicht der Arbeitgeber durchaus Charme, da der Arbeitgeberbeitrag sich dann mit Sicherheit nur auf den Mindesttarif beziehen würde. Und wie man auch aus der jüngeren Debatte um die Pflegeversicherung weiß, hat die Gestaltung der Lohnnebenkosten entscheidendes politisches Gewicht.

Ein solches nach Zuzahlungsquoten differenziertes Tarifsysteem würde den Charakter der GKV als einer sozialen Einrichtung schwer beschädigen. Es liegt auf der Hand, daß die Wahl zwischen den verschiedenen Tarifen in Abhängigkeit von der jeweiligen Einkommenssituation gefällt werden dürfte. Die Inanspruchnahme von Leistungen wäre dann nicht mehr allein vom medizinischen Bedarf abhängig, sondern auch von der sozialen Lage. Dieser Aspekt wird von der Option »Erweiterte Vertragsfreiheit« der WAGKV ausgeblendet, die nach eigenem Bekunden darauf besteht, daß der Solidarausgleich durch ein solches Tarifsysteem nicht beeinträchtigt wird. Sie glaubt, dieses Problem dadurch lösen zu können, daß »die Beitragsreduktion nach dem erwarteten Eigenleistungen der Teilversicherten bemessen wird. Anstelle des direkten Leistungsanspruchs erhält der Versicherte für die ausgegrenzten Leistungen eine finanzielle Entschädigung, die zur Abdeckung der Eigenverpflichtung herangezogen werden kann. Die einkommensabhängigen Beiträge sichern gleichzeitig den Solidarausgleich. Da die einkommensabhängigen Beitragssätze über alle Vertragsarten gleich sind, kann der Solidarausgleich nicht über Selbstwahlprozesse ausgehöhlt werden.« (WAGKV 1988, 81). Mal abgesehen davon, daß völlig unklar bleibt, welche praktischen Vorteile ein derart kompliziertes, für Versicherte und Krankenkassen kaum handhabbares Tarifsysteem haben sollte, so ist dessen Sozialverträglichkeit damit noch lange nicht gesichert. Der Effekt, daß die Tarifwahl einkommensabhängig getroffen werden dürfte und damit sozial Schwache benachteiligt werden, bleibt bestehen.

Das kann auch gar nicht anders sein, weil dies eine *conditio sine*

qua non einer jeden Selbstbeteiligungsregelung ist, es sei denn, man zieht in Form von Härtefallregelungen Grenzzlinien ein, die nur noch einen eingegrenzten Personenkreis für derartige Regelungen in Frage kommen lassen. Dann aber wäre der doch wohl angestrebte Effekt der sachgemäßen Ausgabenbegrenzung stark eingeengt. Jede Selbstbeteiligungsregelung steht vor einem unlösbaren Dilemma (vgl. Geißler 1980, 55): Selbstbeteiligungen sind entweder niedrig und ohne Einfluß auf die Ausgaben der GKV; oder sie sind hoch, haben dann aber lediglich Verlagerungseffekte der Ausgaben von der GKV zu Privathaushalten und zudem sozial und gesundheitlich problematische Auswirkungen. Der grundsätzliche Fehler dieses Steuerungsansatzes besteht zudem darin, überhaupt den Hebel bei den Patienten anzusetzen, wo es doch in einer »supplyside economy« wie dem Gesundheitswesen zunächst einmal darauf ankommt, die Angebotsstrukturen in den Griff zu bekommen. Es ist schon bemerkenswert, in welcher penetranter Form dieser Sachverhalt auch von Ökonomen mit eigentlich hinreichendem empirischen Wissen ignoriert wird⁶. Man kann dieses Phänomen wohl nur mit berufstypischen Sozialisierungseffekten erklären: Ökonomen werden an deutschen Universitäten im Sinne eines Modellplatonismus ausgebildet, wonach bei Divergenzen zwischen theoretischen Modellen und der Empirie nicht die Modelle daneben liegen, sondern die Wirklichkeit gefälligst ihren Irrtum zu korrigieren hat.

Die Auswahl von Leistungsanbietern als Wettbewerbsparameter

Die Mitglieder der WAGKV, die für die Option »Erweiterte Vertragsfreiheit« eintreten, machen schon durch diese Bezeichnung deutlich, daß sie auf diesem Feld die wesentlichen Chancen sehen, zu wirksamen Regelungen unterschiedlicher Tarifgestaltungen zu kommen. Ihr Vertrauen in die Effektivität von Selbstbeteiligungsregelungen und Leistungsausgrenzungen scheint begrenzt, da diese »sich auf das Verhältnis zwischen Kasse und Mitglied (beschränken)« (WAGKV, 83). Man müsse unbedingt einen Schritt weiter gehen und die Leistungserbringer mit einbeziehen. Sie schlagen daher vor, den einzelnen Kassen bzw. Kassenarten eigenständige Möglichkeiten zu geben, sich die Leistungserbringer auszusuchen, die sie nach Anzahl und Qualität für die Versorgung ihrer Mitglieder benötigen: »Wenn man davon ausgeht, daß einzelne Ärzte oder Krankenhäuser eine qualitativ gleichwertige medizinische Versorgung zu unterschiedlichen Kosten bereitstellen, so ist es eine sinnvolle Strategie,

Ärzte und Krankenhäuser, die gute medizinische Qualität zu geringeren Kosten anbieten, in Leistungspakete zusammenzufassen.« (Ebd., 82) Diskutiert wird diese Überlegung in zwei verschiedene Richtungen: a) als Organisationsform der »Health Maintenance Organization (HMO)« und b) als das »Einkaufsmodell«. Beiden Modellen ist gemeinsam, daß sie bei konsequenter Anwendung vor allem in der ambulanten Versorgung auf einen grundsätzlichen Systemwandel hinauslaufen: die Kassenärztlichen Vereinigungen könnte es als Zwangskörperschaft der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht mehr geben.

a) *Health Maintenance Organizations (HMO)*

Zu unterscheiden sind hier das amerikanische und das schweizerische Modell, wobei sich in den USA hinter dem Begriff HMO eine ganze Reihe verschiedener Organisationsformen verbergen (vgl. Hauser/Sommer 1984, 190ff.), die sich auf zwei Grundmuster reduzieren lassen: Zum einem gibt es versicherungsähnliche Organisationen, die mit Ärzten und Krankenhäusern Versorgungsverträge für ihre Mitglieder geschlossen haben, aber gelegentlich auch Eigeneinrichtungen unterhalten. Zum andern bieten medizinische Versorgungsunternehmen, vorzugsweise in Verbindung mit Krankenhäusern bzw. Krankenhausketten, ihre Leistungen in Form von Paketen an, wobei der Leistungsumfang vertraglich festgelegt und je nach Prämienzahlung differenziert werden kann. Gemeinsam ist allen HMOs in den USA, daß sie

- ihren Mitgliedern gegen einen bestimmten Tarif ein genau umschriebenes Paket von medizinischen Leistungen anbieten;
- die freie Arztwahl einschränken, indem ihre Mitglieder sich nur einem eingegrenzten Kreis von Ärzten und Krankenhäusern anvertrauen können;
- sofern sie über keine Eigeneinrichtungen verfügen – mit den vertraglich gebundenen Ärzten und Krankenhäusern Gesamtbudgets vereinbaren, so daß ein Teil des finanziellen Risikos auf diese Einrichtungen übergeht.

Im Unterschied zu amerikanischen HMO-Modellen, die eine spezielle Variante der privaten Krankenversicherung darstellen, ist das Schweizer Modell als Alternative zur Normalversicherung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung konzipiert (vgl. hierzu Hauser 1986, Schmidt 1993). In der Schweiz bildeten verschiedene Kassen in den frühen achtziger Jahren eine »Interessengemeinschaft

für alternative Krankenversicherungs-Modelle (IGAK)«, um neue Wege in der Krankenversicherung zu erproben. Ihr Konzept beruht darauf, den Versicherten neben dem Standardtarif einen günstigeren Sondertarif anzubieten, der allerdings mit einer eingeschränkten Arztwahl verbunden ist: Es dürfen nur Ärzte aufgesucht werden, die mit der Krankenversicherung Sonderverträge abgeschlossen haben. Die betroffenen Ärzte bekommen für eine festgelegte Zahl von Patienten ein fixes Budget und werden darüber hinaus am finanziellen Erfolg des Versicherungsunternehmens beteiligt. Wesentlich ist dabei, daß auch in der medizinischen Versorgung selbst neue Wege beschritten werden, indem dem Hausarzt als »Gatekeeper« wichtige Funktionen in der Organisation der Versorgung zukommen und präventive Ansätze gestärkt werden sollen. Das Schweizer HMO-Modell ist insofern als Vorbild für deutsche Verhältnisse weit eher geeignet als die USA-Modelle, als es in eine gesetzliche Krankenversicherung integriert ist. Die Versicherten können bei Einhaltung einer bestimmten Kündigungsfrist jederzeit aus der HMO ausscheiden und in die Normalversicherung zurückkehren. In Deutschland könnte ein solches Modell vor allem unter dem Aspekt der Erprobung neuer Formen der Arbeitsteilung in der ambulanten Versorgung Sinn machen, z.B. mit dem Ziel, integrierte Versorgungsformen von medizinischer und sozialer Betreuung zu schaffen. Das System der Einzelpraxen kommt immer mehr unter wirtschaftlichen Druck, und es ist schon interessant zu beobachten, wie sich zur Zeit daraus innerhalb der Ärzteschaft eine Diskussion entwickelt, die das Paradigma der klassischen Einzelpraxis in einer Form in Frage stellt, wie das vor wenigen Jahren noch undenkbar war.

Es ist sicherlich nicht möglich, das Kassenarztsystem unter dem Paradigma der HMO umgehend neu zu ordnen. Der Vorschlag der WAGKV-Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit«, »mit Hilfe einer entsprechend ausgestalteten Experimentierklausel anhand ausgewählter Beispiele Erfahrungen mit solchen Strukturen zu gewinnen« (WAGKV 1988, 83), macht aber durchaus Sinn. Dabei müssen nicht nur HMO-Modelle zur Diskussion stehen. Wenn der Wettbewerb in der GKV einen Nutzen haben soll, dann muß er auf Innovationen ausgerichtet sein. Die Kassen sollten daher erweiterte Möglichkeiten bekommen, sich aus dem starren Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung zu lösen und ihren Versicherten ärztliche Leistungen außerhalb des EBM-Schemas anbieten können. Wichtig wäre dabei aber, daß sich der Wahltarif nicht oberhalb des Standardtarifs bewegt, um soziale Selektionseffekte zu vermeiden. Wenn sich

die Diskussion über Wahl- und Standardtarife in diese Richtung bewegt, könnten sich daraus durchaus positive Anstöße für eine Neuordnung insbesondere der ambulanten Versorgung entwickeln.

b) Das »Einkaufsmodell«

Im Sozialpolitischen Programm der SPD von 1988 wird das sogenannte »Einkaufsmodell« favorisiert. Danach sollen die Krankenkassen die Möglichkeit haben, sich in den jeweiligen Regionen die Ärzte per Vertrag »einzukaufen«, die sie für die Versorgung ihrer Versicherten zu benötigen glauben. Die Ärzte erhalten ihre Lizenz als Kassen- bzw. Vertragsarzt nur für eine begrenzte Frist, die freilich immer wieder verlängert werden kann. Die Zulassungsinstanz sollte dabei die aus Krankenkassen und Gebietskörperschaften bestehende »Regionale Gesundheitskonferenz« sein. Im Grunde ist ein so gestaltetes »Einkaufsmodell« eine Variante der Zulassungsbeschränkung, wie wir sie bis 1960 kannten, mit dem Unterschied, daß nicht mehr Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen über die Zahl der Kassenärzte verfügen, sondern die Regionale Gesundheitskonferenz.

Mittlerweile bewegt sich die Diskussion in der SPD auf einer anderen Ebene, wobei sie offiziell noch gar nicht eröffnet wurde. Allerdings haben sich die Differenzen bereits bei den Vorbereitungen für die Verhandlungen zum GSG bemerkbar gemacht. Unter »Einkaufsmodell« werden implizit zwei verschiedene, durchaus gegensätzliche Optionen verstanden: Das eine Verständnis vom »Einkaufsmodell« zielt auf einheitliche und gemeinsame Verträge aller Kassen mit den Ärzten, während die andere Option auf getrennte Vertragssysteme für jede in einer Region vertretene Kassenart orientiert.

Letztere Version würde nicht nur auf die Abschaffung des bestehenden einheitlichen Kassenarztsystems hinauslaufen, es wäre auch gleichbedeutend mit einer kassenspezifisch geregelten Einschränkung in der Arztwahl. Angesichts des hohen Stellenwertes, den die freie Arztwahl auch bei der eigenen traditionellen Wählerklientel hat, darf man auf den Ausgang dieser Debatte in der SPD und den Gewerkschaften gespannt sein. Da werden mit Sicherheit Erinnerungen an vergangene Zeiten wachgerufen, als die Ersatzkassenmitglieder die freie Arztwahl hatten, während die Mitglieder der RVO- bzw. Pflichtkassen⁷ nur ihren Kassen- oder Sprengelarzt aufsuchen durften. Die freie Arztwahl auch für Arbeiter war eine Errungenschaft der sechziger

Jahre, deren erneute Einschränkung nicht widerstandslos hingenommen werden dürfte, auch wenn ein in diese Richtung gehendes Einkaufsmodell wegen der freien Kassenwahl andere Qualitäten als die früheren Zuweisungsregelungen hat. Versichertenorientiert ist dieses Modell jedenfalls nicht unbedingt. Im Unterschied zu heute müßten sich die Patienten vor einem Arztbesuch erst einmal darüber informieren, ob der gewünschte Arzt denn überhaupt Vertragspartner der eigenen Kasse ist. Bei den freiwillig Versicherten dürfte dies die Neigung, in die PKV zu gehen, sicherlich erhöhen.

Die Vertragsgestaltung als Wettbewerbsparameter

Auch wenn es kaum zur Kenntnis genommen wird, so ist die Vertragsgestaltung mit den Ärzten bereits im bestehenden GKV-System zumindest der Möglichkeit nach ein Wettbewerbsparameter. Zwar wird mit dem EBM der Rahmen bzw. relative Gefüge der Vergütungen für Kassenärzte einheitlich und bundesweit für alle Kassen festgelegt. Jedoch werden die konkreten Punktwerte für die einzelnen Leistungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden bzw. Landesvertretungen der Krankenkassen und den Kassenärzten getrennt nach Kassenarten festgelegt. Im Grunde herrscht hier aber ein Wettbewerb mit durchaus unerwünschten Resultaten. Seit jeher sind die Ersatzkassen bei ihren Vertragsverhandlungen mit den Kassenärzten großzügiger als ihre Konkurrenten und haben dadurch die Preise verdorben. Bis zum GRG von 1988 hatten die Ersatzkassen auch kein Abrechnungssystem nach Punktwerten, sondern bewerteten jede Einzelleistung mit festen Geldbeträgen, was unterm Strich zu einem um 15 bis 20 % höheren Vergütungsniveau führte. Sie konnten sich dies auch aufgrund ihrer günstigeren Versichertenstruktur leisten, die im Durchschnitt sowohl einkommensstärker als auch jünger als die der AOK ist.

Mit dem GSG wurde hier in zweierlei Hinsicht für gleiche Chancen im Wettbewerb gesorgt. Zum einen wurde erstmals in aller Klarheit der Grundsatz der gleichen Vertragsbedingungen für alle Kassenarten eingeführt; damit wurde ein im GRG von 1988 bereits eingeleiteter Prozeß fortgesetzt, der die vertragsrechtlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Kassenarten, insbesondere zwischen den Ersatz- und den Pflichtkassen, beseitigt. Zum zweiten, und das ist ganz besonders wichtig, wird ab 1994 der Risikostrukturausgleich insofern für Wettbewerbsgleichheit sorgen, als dann Kassen mit einer günstigen Versichertenstruktur nicht mehr ungestraft hohe

Vertragsabschlüsse tätigen können; dies würde sich – da der Vorteil überdurchschnittlich hoher Einnahmen entfällt – automatisch in der Höhe des Beitragssatzes niederschlagen und die Wettbewerbsfähigkeit der Kasse verschlechtern.

Dadurch haben sich die Wettbewerbsbedingungen in der GKV völlig verändert, und die Frage, inwieweit man den Wettbewerb der Kassen auf der Ebene der Vertragsgestaltung freigeben kann, ohne unerwünschte Folgen zu provozieren, hat einen ganz anderen Hintergrund als vor dem GSG. Die Debatte über diese Frage ist aber vor allem in der SPD und den Gewerkschaften in keiner Weise abgeschlossen. Die Auffassung, daß für einen funktionierenden Wettbewerb lediglich gleiche Vertragsbedingungen für alle Kassen herrschen müssen, die konkreten Verträge aber nach Kassenarten getrennt abgeschlossen werden, hat zwar gewichtige Fürsprecher, und im GSG ist dieser Grundsatz auch verankert. Dem steht aber nach wie vor die Forderung gegenüber, die Kassen sollten »einheitlich und gemeinsam« mit den Leistungserbringern verhandeln. Diese Position stützt sich auf die oben angesprochene Erfahrung, daß bei getrennten Verhandlungen die Krankenkassen immer wieder von den Kassenärzten gegeneinander ausgespielt wurden.

Vergessen wird dabei freilich, daß die Organisationsreform der GKV diesem Spiel die Basis entzogen hat und damit auch der Forderung nach einheitlichen und gemeinsamen Verhandlungen aller Kassen. Der Risikostrukturausgleich gibt allen Kassen die gleichen finanziellen Voraussetzungen im Wettbewerb und nimmt den Kassen, deren Versicherte überdurchschnittliche beitragspflichtige Einkommen haben, die Möglichkeit eines »Hochpreis-Wettbewerbs«: Die hohen Einnahmen ermöglichten eine Vertragspolitik, die anderen Kassen durch großzügige Verträge mit den Leistungserbringern – in erster Linie den Kassenärzten – zu übertrumpfen und sich so den Anschein zu geben, die etwas bessere Kassenart zu sein. Nunmehr wird ein solches Verhalten eher bestraft, da es unmittelbar auf die Beitragssätze durchschlägt.

Wozu auch der ganze Aufwand, eine neue, mit dem Solidaritätsprinzip konforme Wettbewerbsordnung zu schaffen, wenn der Wettbewerb keinen Anreiz auf die einzelne Kasse ausübt, sich um eine kreative Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern zu bemühen? Dann wäre es sinnvoller und wohl auch ehrlicher, die GKV in Form einer Einheitsversicherung zu organisieren. Insofern hat die Orientierung auf einheitliche und gemeinsame Verhandlungen aller Kassen überhaupt keine Zukunft.

Statt dessen wird man sich Gedanken darüber machen müssen, wie denn die Möglichkeiten für die einzelnen Kassenarten, sich in der Vertragsgestaltung mit den Ärzten im Interesse der Versicherten stärker zu profilieren, weiter ausgebaut werden können. Naheliegender wäre da z.B. die Überlegung, den auf Bundesebene von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelten einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die Vergütung von Kassenärzten für kassenspezifische Lösungen zu öffnen. Auch die Form der Honorargestaltung (Einzelleistungsvergütung, Kopf- oder Fallpauschale) könnte von den einzelnen Kassenarten ausgehandelt werden. Wichtig ist vor allem, den Wettbewerb der Kassen für gesundheitspolitisch innovative Projekte zu nutzen, um die verfestigten Strukturen des bestehenden Kassenarztsystems aufzubrechen.

Fazit

An einem kommt man in der gesundheitspolitischen Debatte der kommenden Jahre mit Sicherheit nicht vorbei: Die Frage nach den Wettbewerbsparametern in der GKV wird der Dreh- und Angelpunkt sein, auch wenn es vordergründig um spektakuläre Dinge wie die »Sündensteuer« zu gehen scheint. Sicherlich muß auch bei solchen Themen gegengehalten und auf eine Politik orientiert werden, die mit positiven Anreizen auf die Förderung von Gesundheit orientiert, anstatt auf die fragwürdige Sanktionierung individuellen Verhaltens zu setzen. Die entscheidende Punkt ist aber, daß auch diese Orientierung im Zusammenhang mit der Gestaltung des Wettbewerbs in der GKV zu sehen ist. Die problematischen Auswirkungen des Wettbewerbs in einem durch Marktversagen gekennzeichneten System wie dem Gesundheitswesen sollten nicht länger gebetsmühlenartig beschworen werden; das bringt einen nur in die politische Defensive. Viel wichtiger ist es, die von Seehofer mit seinem Vorstoß praktizierte politische Tugend des Besetzens von Themen zu pflegen und nicht den Wettbewerb als solchen zu thematisieren, sondern dessen Gestaltung in der GKV im Sinne der Versicherten aktiv voranzutreiben.

Korrespondenzadresse:

Hartmut Reiners

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen des Landes Brandenburg
Berliner Straße 90, D-14467 Potsdam

Anmerkungen

- 1 Zur Erinnerung: Das GSG wird in zwei Stufen umgesetzt. Zunächst erfolgt für drei Jahre eine generelle Budgetbegrenzung in allen Leistungsbereichen; die Ausgaben der Krankenkassen dürfen nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder (Grundlohnorientierung). Ab 1.1.1996, mit der Einführung der freien Kassenwahl für alle Versicherten, soll der Wettbewerb der Kassen für eine angemessene Ausgabengestaltung der Krankenkassen sorgen. Hinzu kommen Veränderungen in der Honorierung der Kassenärzte (Hausarztmodell, Leistungskomplexhonorar), der Finanzierung der stationären Versorgung (Fallpauschalen, verstärkte Förderung von Rationalisierungsinvestitionen durch die GKV) sowie die Einführung einer Positivliste in der Arzneimittelversorgung.
- 2 Insgesamt handelt es sich um 6 Fragen. Neben den hier genannten Problemen soll sich der SVR noch um die Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung, Standards für Qualitätssicherung und die Auswirkungen des EG- Binnenmarktes auf die GKV kümmern.
- 3 Diese Arbeitsgruppe wurde im Rahmen eines Projekts der Robert Bosch Stiftung zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung gebildet. Ihr gehörten die Ökonomen Heinz Hauser (St Gallen), Klaus-Dirk Henke (Hannover), Eckhard Knappe (Trier), Leonhard Männer (Göttingen), Günter Neubauer (München) und Peter Oberender (Bayreuth) sowie der Sozialrechtler Wolfgang Gitter (Bayreuth) an. Ihre teilweise unterschiedlich gewichteten Vorschläge müssen als der bislang gründlichste Versuch marktwirtschaftlich orientierter Wissenschaftler gelten, ein entsprechendes ordnungspolitisches Konzept einer Reform des GKV-Systems zu erstellen. Mit Henke zählte der gegenwärtige Vorsitzende und mit Neubauer ein weiteres Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion zu dieser Arbeitsgruppe. Man kann davon ausgehen, daß das von Seehofer angeforderte Sondergutachten zur Zukunft der GKV ihre Handschrift tragen wird. Daher werde ich mich vor allem auf die Arbeitsergebnisse dieser Projektgruppe beziehen.
- 4 Die WAGKV hatte sich zunächst in vier Arbeitskreise aufgeteilt, die jeweils eigene Vorschläge vorlegten, aus denen dann eine gemeinsame Reformoption destilliert wurde (vgl. 95ff.). Neben den hier genannten wurden noch die Reformoptionen »Globalsteuerung« und »Stärkung des Versicherungsprinzips« behandelt, die sich jedoch zu dem hier interessierenden Thema der Differenzierung in Pflicht- und Wahlleistungen nicht weiter äußerten, also auch vernachlässigt werden können. Welche Mitglieder sich hinter den jeweiligen Optionen verbergen, geht aus dem Text nicht hervor.
- 5 Eine von der Bundesregierung veröffentlichte Fallstudie einer süddeutschen Betriebskrankenkasse (BMA 1988) hat gezeigt, daß lediglich 12 % der Versicherten auf die auch von Krankenkassen befürwortete Frequenz von zwei Zahnarztbesuchen pro Jahr kommen. Bei fast einem Viertel der Versicherten lag der letzte Zahnarztbesuch vier Jahre und länger zurück.
- 6 Ich habe die Apologeten der Selbstbeteiligung an anderer Stelle einer ausführlicheren Kritik unterzogen (Reiners 1988), so daß ich mir entsprechende Ausführungen an dieser Stelle sparen kann.

- 7 Dazu gehören die Orts-, Betriebs- und Innungskassen sowie die Bundesknappschaft.

Literatur

- Abholz, H.-H., 1990: Die Gesundheitsuntersuchung – ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik, in: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin* NR.1/1990, 4ff.
- BMA (Hrsg.), 1988: Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnmedizinischen Versorgung. Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr. 159, Bonn
- Geißler, U., 1988: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen*, Stuttgart
- Hauser, H., 1986: Grundzüge eines wettbewerblichen Krankenversicherungskonzeptes für die Schweiz. In: *Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd.159*, Berlin
- Hoffacker, P., 1993: Chancen und Risiken der Krankenversicherung auf dem Weg in das Jahr 2000, in: *Die Ersatzkasse* Nr.6/1993, 192ff.
- Reiners, H., 1988: Gesundheit als Ware – Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* Bd. 13, *Argument-Sonderband AS 155*, 62ff.
- Wasem, J., 1993: Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich – eine neue Organisationsstruktur der GKV, in: *Die Krankenversicherung* Nr.4/1993, 79ff.
- WAGKV (Wissenschaftliche Arbeitsgruppe »Krankenversicherung«) 1988: *Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Geislingen.