

Klaus Stegmüller

## »Wählen und Teilen«

### Skizzen zu den Konstellationen zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbietern in der Organisationsreform des GSG\*

Das Gesundheitsstruktur-Gesetz (GSG) vom Herbst 1992 wird in Zukunft die Konstellationen und Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Versicherten, zwischen den Kassen untereinander und zwischen den Kassen und den Erbringern von Gesundheitsleistungen neu gestalten. Im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses in der Diskussion um die Folgewirkungen des GSG stehen allerdings die eher spektakulären Themen: Arzneimittelbudget, Bedarfsplanung der Niederlassung, Ausweitung der Selbstbeteiligung etc. Es soll in diesem Beitrag anhand einiger Punkte aufgezeigt werden, daß beide Kernelemente des GSG – die Einführung des freien Wahlrechts für die Versicherten und die Reform der Organisationsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – durchaus ebenso »spektakuläre« Entwicklungen in Gang bringen könnten, deren letztendliche Richtung und Tragweite heute zwar noch nicht eindeutig auszumachen sind, die aber – sollten sich einige zur Diskussion stehenden Überlegungen und Modelle verschiedener gesundheitspolitischer Akteure durchsetzen – nicht minder gravierende Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten haben könnten.

1. Die »Kassenlandschaft« in der GKV, die auf einem tradierten und anachronistischen Organisationssystem basiert, ist aktuell und wird in Zukunft noch weit mehr in Bewegung geraten. Was kaum noch möglich erschien, um so mehr aufgrund der vielfältigen, sozialpolitisch nicht vertretbaren Verwerfungen von politischer wie wissenschaftlicher Seite immer wieder dringend angemahnt wurde, ist mit dem GSG angetreten worden: Eine Organisationsreform der GKV tritt im Laufe der nächsten Jahre nach und nach – vor allem zum 1.1.1996 – in Kraft.<sup>1</sup>

Ein Kernelement der Neustrukturierung, und für die Versicherten von größter Bedeutung, ist die Einführung des freien Wahlrechts für alle Mitglieder der GKV zu allen Krankenkassen nach Ablauf einer einjährigen Bindungs- und Kündigungsfrist, also erstmals zum

1.1.1997. Es fallen damit bisherige, historisch überlebte, an Berufsgruppen oder am Status (Arbeiter/Angestellte) orientierte Mitgliederkreisbeschränkungen weg, mit einer allerdings ungerechtfertigten und im Ergebnis »besitzstandwahrenden« Sonderregelung für die Betriebs- und Innungskassen, auf die noch zurückzukommen sein wird.

2. Als unabdingbare Voraussetzung für die Einführung von erweiterten Wahlfreiheitsrechten der Versicherten wird ihr ab 1994 in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) ein bundesweiter, vorläufig nach Ost- und Westdeutschland getrennter, kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich vorgeschaltet, in den dann 1995 die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) einbezogen wird. Der Ausgleich soll »gleiche Startchancen« für die Kassen im Werben um die Versicherten herstellen, da die derzeitige Situation, in der nur ein Teil der Versicherten die Krankenkasse frei wählen kann, durch eine strukturelle Differenzierung der Krankenkassen bzw. Kassenarten nach einnahmen- und ausgabenseitigen Faktoren (Grundlohniveau, Mitversichertenquote, Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten) charakterisiert ist. Die Ungleichverteilung solcher sogenannter »Risiken«, zu denen noch regional unterschiedliche Versorgungsniveaus und Angebotsdichte von Leistungen etc. als ausgabenbestimmende Faktoren für die Kassen hinzukommen, hat zu enormen Beitragssatzunterschieden zwischen den Kassen(-arten) bei gesetzlich vorgegebenem, nahezu identischem Leistungsspektrum geführt, die das Solidarsystem unterminieren.

Dazu ein aktuelles Beispiel: In einer Ruhrgebietsgroßstadt betrug Ende 1992 der Unterschied im allgemeinen Beitragssatz von bis zu mehr als 7,5 Prozentpunkten (zwischen 9,2 und 16,8 %), was für einen »Durchschnittsverdiener« mit einem Brutto-Monatsverdienst von 4000 DM einen Nettoeinkommensverlust von monatlich 152 DM (jährlich 1 824 DM) bedeutet. (Hermann 1993, 161) 'Alt'-bundesweit zeigt sich eine noch größere Beitragssatzdifferenz in der GKV nach Kassenarten, die darüber hinaus im Laufe der achtziger und frühen neunziger Jahre durch eine deutlich klaffende Scherentwicklung gekennzeichnet ist. (Stegmüller 1992, 13ff.)

Im Ergebnis befördern die unterschiedlichen Beitragssätze einen »Intra-GKV-Wettbewerb« um die »guten Risiken« (hohes Einkommen, gesund, unverheiratet und/oder kinderlos) zugunsten beitragsatzgünstiger Kassen. Ein Abwandern von »wahl- und wechselberechtigten« Versicherten mit diesen versicherungstechnisch als »gut« klassifizierten Merkmalen benachteiligt die davon betroffene

Kasse und die in ihr zwangsweise verbleibenden Mitglieder. Diese Kassen sehen sich wiederum zur Deckung ihrer Ausgaben gezwungen, ihren Beitragssatz zu erhöhen, was zur Folge hat, daß sich die Abwanderungsspirale erneut in Gang setzt und sich die Verwerfungen im GKV-System noch verschärfen. Dieser mit »Kellertreppeneffekt« umschriebene Mechanismus soll nun mit der Organisationsstruktur durch einen finanziellen Ausgleich der wichtigsten strukturbildenden Merkmale unterbunden werden. Diese sind: beitragspflichtige Einnahmen, mitversicherte Familienangehörige und die Alters- und Geschlechtsverteilung nach bestimmten Versichertengruppen.<sup>2</sup> Für die Krankenkassen bestehen der Konzeption nach dann keine Anreize mehr, sich über das solidarprinzipwidrige »Rosinenpicken« Vorteile hinsichtlich der Zusammensetzung ihrer Versichertenklientel zu verschaffen. Der bislang »verzerrte« Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wäre – so die Intention – in einen »unverzerrten«, »regelgerechten«, »versichertenorientierten« und mit den tragenden Elementen der solidarischen Krankenversicherung zu vereinbarenden Wettbewerb überführt.<sup>3</sup>

Mit der nun ins Werk gesetzten Organisationsreform sind – jenseits ihrer prinzipiellen Infragestellung und bei Anerkennung ihrer positiven Wirkungen – verschiedentlich Inkonsequenzen in ihrer Ausgestaltung muniert worden, am prononciertesten von Reiners (1993, 35f.). Es läßt sich beim GSG zwar mit Sicherheit von einer »Zäsur in der Gesundheitspolitik« und »Weichenstellung« (ebd., 46) sprechen, mit allerdings »offenem Ausgang« (Stegmüller/Wanek 1993). Es soll im folgenden in einem ersten Schritt darum gehen, mögliche Entwicklungslinien unter der Fragestellung zu erörtern, inwieweit das reformpolitische Kernelement des GSG das oben beschriebene Kardinalproblem in einem gegliederten sozialen Krankenversicherungssystem, nämlich die »Harmonisierung von Wettbewerb und Solidaritätsprinzip« (Reiners 1991, 27), einer Lösung näher zu bringen vermag. Die Klärung dieses Problems ist in einem weiteren Punkt von enormer Wichtigkeit: Das Verhältnis und der Wettbewerb der Kassen untereinander hat auch massive Konsequenzen für das Verhältnis der Kassen insgesamt zu den Leistungserbringern. Diese Dimension, die in zentraler Weise die Versicherten berührt, soll im Mittelpunkt eines zweiten Untersuchungsschrittes stehen.

3. Es kann mit Sicherheit davon ausgegangen werden, daß die Organisationsreform, wenn alle ihre Teile 1997 volle Wirksamkeit erlangen werden, weder zu einem einheitlichen Beitragssatz für alle

Kassen führen, noch die Möglichkeiten zur Risikoselektion vollständig ausschalten wird.

Nach verschiedenen vorläufigen Modellrechnungen, die sich aufgrund der noch unzureichenden Datenlage in den neuen Bundesländern auf die »alte« GKV beziehen und darüber hinaus auch einige im verbandspolitischen Interessengeflecht umstrittene Umsetzungsmodalitäten und Modellannahmen widerspiegeln (Reichelt 1993), wird es zu signifikanten Angleichungen in den Beitragssätzen zwischen den Kassenarten kommen: Im Bundesdurchschnitt würde nach einer Berechnung des AOK-Bundesvorstands (AKV und KvDR, Datenbasis 1991) die Bundesknappschaft mit einer 1,8 Beitragssatzpunkt-Reduktion rechnen können, und damit am meisten vom Ausgleich profitieren. Für die Ortskrankenkassen läßt sich der rund 2 Milliarden DM hohe Ausgleichsempfang in 0,45 Beitragssatzpunkte umrechnen, und ebenfalls entlastet würden auch die Innungskrankenkassen mit 0,44 Prozentpunkten. Zu den Kassenarten, die durch den bundesweiten Risikostrukturausgleich zu den Ausgleichszahlern gehören und entsprechend ihre Beitragssätze erhöhen müßten, zählen hiernach die Betriebskrankenkassen (+0,99 Beitragssatzpunkte), die Arbeiter-Ersatzkassen (+0,64) und in deutlich geringem Umfang die Angestellten-Ersatzkassen (+0,17). Die Beitragssatzannäherungen zwischen den drei versichertenstärksten Kassenarten gestalten sich nach dieser Modellrechnung folgendermaßen: zwischen Ortskrankenkassen und Angestellten-Ersatzkassen vor Risikostrukturausgleich: 0,91 Prozentpunkte, nach Risikostrukturausgleich: 0,29 Prozentpunkte; zwischen Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen vor: 2,14, nach: 0,7; zwischen Angestellten-Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen vor: 1,23, nach: 0,41. (Gutschow/Reichelt/Schönhofen 1993, 75f.)<sup>4</sup>

4. Es ist mit der im GSG festgeschriebenen Ausgestaltung der Organisationsreform weder möglich noch erwünscht, für alle Kassen den gleichen Beitragssatz herzustellen. Er soll seiner Konzeption nach ja in Zukunft erst als »unverfälschter« Wettbewerbsparameter zwischen den Kassen fungieren, insoweit er nur beitragsatzrelevante Faktoren widerspiegelt, die von den Kassen zu beeinflussenden sind. Doch hier sind erhebliche Zweifel angebracht. Auf das weiterhin bestehende Nebeneinander von regionalen und bundesweit operierenden Kassen, in dessen Folge einige Kassen ihre Beitragssätze nach wie vor bundesweit, andere auf regionaler Ebene kalkulieren können, was regionale Wettbewerbsverzerrungen bestehen läßt, und auf den möglichen Unterschied zwischen statistisch zwar

identischer Risiko- und faktisch aber differierender Morbiditätsstruktur sowie auf die selektionsfördernden Sonderrechte bei den Mitgliederkreisbeschränkungen der Betriebs- und Innungskrankenkassen, hat Reiners (1993, 35f.) bereits hingewiesen. Diese beiden Kassenarten unterliegen dem zukünftig für die Orts- und die Ersatzkassen für Angestellte und Arbeiter geltenden Kontrahierungszwang nicht, sie müssen sich also nicht für betriebs- bzw. innungsfremde Mitglieder öffnen. Es bleibt ihnen überlassen, die im GSG eingeräumte Option zur satzungsmäßigen Öffnung wahrzunehmen, wenn sie sich dadurch Vorteile versprechen; ihre Mitglieder können individuell jedoch in eine Kasse ihrer Wahl wechseln.<sup>5</sup>

Darüber, daß die mit dem Solidaritätsprinzip kaum zu vereinbarende Risikoselektion in der Strategie einiger Krankenkassen in Zukunft weiterhin nicht nur bestehen bleibt, sondern unter den Stichworten »erfolgreiches Mitgliedermarketing« und »selektive Mitgliederwerbung« bis hin zur offenen Diskriminierung sogenannter »schlechter Risiken« sogar noch forciert werden soll, gibt ein Papier des Verbandes der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK) unverblümt Auskunft und soll deshalb in einer längeren Passage zitiert werden. Die Aquisitionspolitik – heißt es dort – »muß auf die Erzielung einer Mitgliederstruktur abgestellt sein, deren positiv wirkende Risikofaktoren nicht in den Risikostrukturausgleich eingehen. (...) Die Strategie (sollte) darauf abzielen, in den jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen diejenigen, die unterdurchschnittlich Leistungen in Anspruch nehmen und damit eine günstigere Morbidität aufweisen, zu identifizieren und durch besondere Werbestrategien und spezifische Leistungsangebote anzusprechen. (...) Umgekehrt könnte eine – allerdings sozialpolitisch bedenkliche – Strategie darin bestehen, weniger attraktive Personengruppen durch restriktive Leistungsgewährung abzuschrecken. Dies gilt analog für Personengruppen, deren Wechselbereitschaft relativ gering ist, wie z.B. bei älteren Versicherten. Unter Berücksichtigung der Kenntnisse über schichtenspezifische Morbidität könnte diese Strategie zum Beispiel auf Bevölkerungskreise mit geringem Bildungsstand abzielen, da angenommen wird, daß diese Bevölkerungsschichten z.B. eher drogenanfällig sind und dadurch überdurchschnittlich Leistungen in Anspruch nehmen.« (VdAK 1993, 11ff.) Skrupel scheint dem VdAK zu bereiten, daß eine »derartige Strategie... jedoch dem Image der Ersatzkassen massiv schaden und weitere staatliche Eingriffe provozieren (könnte)« (ebd., 13).

Wenn der stellvertretende Geschäftsführer des VdAK, Rebscher,

an anderer Stelle den Wettbewerb zu einem »Humanum« stilisiert (Rebscher 1993, 40), kann die Kluft zwischen interner Strategie und öffentlicher Verlautbarung kaum größer sein.

5. Das GSG hat den rechtlichen Rahmen für eine »wirtschaftlichkeitsorientierte Wettbewerbsordnung« geschaffen, welche die Handlungsbedingungen der Krankenkassen auch in ihrem Verhältnis zu den Leistungsanbietern grundlegend verändern wird. Für die weitere Entwicklung der GKV stellt sich die entscheidende Frage einer Harmonisierung von Wettbewerb und Solidarprinzip auch in dieser Hinsicht in verschärftem, für deren Charakter als Solidarsystem nachgerade existentieller Weise. War es bisher so, daß das unter dem Gesichtspunkt eines Machtgleichgewichts in Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern erforderliche einheitliche und geschlossene Auftreten der Krankenkassen durch den zwischen ihnen bestehenden »verzerrten« Wettbewerb mit der Möglichkeit gezielter Risikoselektion immer wieder konterkariert wurde, muß an das GSG die Frage gestellt werden, inwieweit es die bestehenden Machtasymmetrien ausbalanciert und dem Wettbewerb eine den Interessen aller Versicherten förderliche Ausrichtung verleiht. Die bereits skizzierten Entwicklungslinien lassen hier wenig hoffen, und daß »die Versicherten künftig im Wettbewerb den 'Ton angeben'« (Glück 1993, 14), könnte sich als Grundirrtum erweisen.

Entscheidend wird in Zukunft sein, da die Krankenkassen weitgehend den gleichen leistungs- und vertragsrechtlichen Bedingungen unterworfen sind, auf welcher Ebene und mit welchen Parametern der Wettbewerb im Solidarsystem ausgetragen werden kann, ohne dessen konstituierende Grundprinzipien auszuhöhlen.

6. Richtig ist, daß die parteiübergreifende Sachkoalition von Lahnstein marktradikalen Umstrukturierungen der GKV einen Riegel vorgeschoben hat, wie sie beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) in seinem jüngsten Jahresgutachten zum wiederholten Male forderte (SVR 1992/93, Ziff. 380ff.), und daß die Elemente Kostenersatzung, Rückerstattung von Beiträgen oder »duale Systeme«, wie Regel-/Wahlleistungsmodelle, Wahltarife oder Zusatzversicherungsangebote, (noch) nicht als wettbewerbliche Instrumente zugelassen wurden. Es werden allerdings eindeutige Tendenzen sichtbar, daß zur Weiterentwicklung der GKV in einer von Seehofer kurz nach den »Lahnsteiner Beschlüssen« angekündigten, für Mitte der neunziger Jahre anstehenden »dritten Reformphase«, bei der es um die Frage geht: »was wird solidarisch langfristig abgesichert und was ist

Eigenverantwortung« (FR vom 7.10.92), eine Neubestimmung und Differenzierung des Leistungskataloges der GKV ins Zentrum des Wettbewerbsinteresses rücken wird.

Hierzu hat der Gesundheitsminister dem SVRKAiG den Auftrag erteilt, in einem Sondergutachten, dessen erster Zwischenbericht bis zum Ende dieses Jahres vorliegen soll, u.a. zu prüfen, ob »bei bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ... eine Absicherung aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht nicht mehr gerechtfertigt« erscheinen und ob »bestimmte Gesundheitsleistungen und gesundheitliche Risiken auf freiwilliger Basis in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden« können? (BMG 1993) Es lassen sich jedenfalls – nach Auffassung eines hohen Beamten im BMG – »mit der GKV von heute, mit ihrem Leistungskatalog von heute, ... die gewaltigen Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt im nächsten Jahrhundert nicht bewältigen« (Zipperer 1993, 38).

7. Mit dem Auftrag des Gesundheitsministers an den SVRKAiG scheint eine Vorentscheidung für eine Entwicklung in der GKV gefallen zu sein, in der die nach wie vor bestehenden kasseninternen Rivalitäts- und Konkurrenzverhältnisse ihre Entsprechung im externen Verhältnis zu den Leistungsanbietern finden sollen.

Die reale Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, daß es bei der Debatte über die Ausweitung der Leistungsparameter im Wettbewerb der Krankenkassen um den Einstieg in den Ausstieg aus einer für alle Versicherten umfassenden medizinischen Versorgung im Rahmen der sozialen Absicherung des Krankheitsrisikos gehen soll. Damit ist der Weg vorgezeichnet, an dessen Ende eine Zwei-Klassen-Medizin stünde. (Reiners 1993, 46f.) Der SVRKAiG soll nämlich prüfen, ob »ethisch vertretbare medizinische Prioritäten und Grenzen bei den Leistungen der Solidargemeinschaft erforderlich« (BMG 1993) sind. Die Ergebnisse sollen zur Grundlage für die Erstellung eines »Pflichtleistungskataloges« (ebd.) dienen.

8. Offensichtlich wird auch die von der Politik angestoßene Entwicklung vom Management einiger Kassen begrüßt. So sind einige von ihnen angetreten, auf der Suche nach neuen Wettbewerbsparametern Strategien zu entwerfen, die ihnen eine höhere Gestaltungsfreiheit beim Leistungsspektrum durch die Erweiterung ihrer kassenindividuellen Handlungsautonomie in der Vertragspolitik mit den Leistungsanbietern einschließlich einer freien Preisgestaltung gewährleisten sollen. (VdAK 1993) Und auch der Bundesverband der Betriebskrankenkassen ist der Auffassung, »daß durch den medizinischen

Fortschritt, die Differenzierung der Therapiemöglichkeiten und die Ausweitung der (medizinischen) Behandlungsbedürfnisse... die bisherige Konzeption der 'Vollversorgung' durch die GKV vor allem angesichts der finanziellen Zwänge überdacht werden« muß. (Paquet 1992, 40)

Mit der Leistungsdifferenzierung wäre damit ein weites Feld zur Erschließung »harter«, über Service, Werbung, Image und begrenzte »Produktvarianten« im präventiven und rehabilitativen Bereich hinausreichende Wettbewerbsparameter zwischen den GKV-Kassen selbst und im übrigen auch für die Privatanbieter von Versicherungsleistungen eröffnet. Dahinter verbirgt sich der Zusammenhang, daß unter den Bedingungen der Wahlfreiheit und des Kontrahierungszwangs die »wettbewerbsbeschränkenden Fesseln« des nahezu gleichen, gesetzlich fixierten Leistungskatalogs durch die bereits zur Verfügung stehenden »weichen« Parameter nicht gesprengt werden können, was aber einige Krankenkassen fordern, um auch weiterhin die Vertragspolitik mit den Leistungsanbietern als Profilierungsinstrument nutzen zu können.<sup>6</sup>

Dies würde nicht nur unmittelbar dazu führen, daß Umfang und Qualität der gesundheitlichen Versorgung an die Einkommenslage und damit an die Zahlungsfähigkeit der Versicherten gebunden würde, was nichts anderes bedeutet als die schleichende Infragestellung des Bedarfs- und Zahlungsfähigkeitsprinzips. Es wäre damit auch ein – je nach konjunktureller Entwicklung und damit finanzieller Situation der Krankenkassen, je nach Inanspruchnahme und Kostenentwicklung – flexibel handhabbares Instrumentarium der »Leistungsgewährung« geschaffen, was letztlich nur das Angebotsmonopol der Leistungserbringer stärken würde.

Ein nicht zu unterschätzender Effekt, der dieses Modell für bestimmte Seiten attraktiv erscheinen läßt, wäre, daß sich die Unternehmen aus ihrer Beitrags- und Finanzierungsverantwortung teilweise verabschieden könnten. Sie wären von künftigen Kostensteigerungen bei den »Wahlleistungen« nicht mehr betroffen. In dieser Logik wäre nicht nur denkbar, sondern angesichts des gesellschaftlichen Kräfteverhältnisses, der anstehenden Kürzungen in allen Sozialbereichen und den konjunkturellen Krisenprozessen wahrscheinlich, daß im Bereich der Grundleistungen rigide Kostenbegrenzungen vorgenommen werden, während der Bereich der »Zusatzleistungen« nach »marktwirtschaftlichen Grundsätzen« und nach tatsächlichen oder von der Anbieterlobby suggerierten Versichertenpräferenzen expandieren kann.



9. Für die Diskussion um die Wettbewerbsparameter ist charakteristisch, daß die prinzipielle Vereinbarkeit von Wettbewerb und tragenden Grundprinzipien in der GKV mit dem Hinweis auf eine fällige »Neubestimmung des Verhältnisses von Solidarität und Subsidiarität« (Seehofer) zugunsten des letzteren, eben »nachfrageseitig« aufgelöst wird. Die Identifikation der Problemdimensionen des bundesdeutschen Gesundheitssystems und der darauf basierenden »Reformstrategien« drohen damit – klassischerweise – auch in den aktuellen Strukturelementen des GSG auf Kostenverschiebung und Manipulationen am Leistungskatalog zulasten der vom Krankheitsrisiko Betroffenen verkürzt zu werden. Dabei wird völlig außer acht gelassen, daß Maßnahmen, die auf eine Leistungsdifferenzierung abzielen, weder als Element einer sinnvollen, an gesundheitlichen Notwendigkeiten orientierten Ressourcensteuerung, noch als Mittel gegen unbestreitbar vorhandene Unwirtschaftlichkeiten und Effizienzprobleme in der gesundheitlichen Versorgung taugen. Es sind nicht die Leistungen als solche insgesamt überflüssig, sondern im wesentlichen verantwortlich dafür sind die bestehenden systemischen Anreize und die Anbieterdeterminiertheit der Nachfrage, unter denen sie erbracht werden, zudem häufig genug ohne ausreichende Wirksamkeits- und Qualitätsnachweise. Leistungsdifferenzierungen sind noch nicht einmal kostendämpfend, sondern schaffen neuen, im Ergebnis kostensteigernden und unwirtschaftlichen Regulierungsbedarf in Form von Kontrolle der mit ihnen notwendig verbundenen Konzentrations- und Zentralisationstendenzen und in Form von Überwachung »unlauterer Wettbewerbs«-Strategien zum Unterlaufen von Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. (Scharf 1990, 82)

10. Unweigerlich allerdings – und dies könnte sich zu einer weiteren, ungleich schwerwiegenden Dimension der Wettbewerbsdebatte entwickeln – »ergibt sich« – in den Worten des SVRKAiG-Vorsitzenden Henke –, »daß wir trotz aller berechtigten Ansprüche der Medizin im Interesse einer als gerecht empfundenen Verteilung der knappen Ressourcen die gesetzten Prioritäten begründen und neue setzen müssen. Potentielle Ansprüche müssen zurückgestellt werden, und es ergibt sich die Frage, nach welchen Regeln die Mittelverwendung stattfinden soll. Dieses prinzipielle Allokationsproblem wirft Fragen der Verteilungsgerechtigkeit auf, und seine Lösung bringt naturgemäß ethische Implikationen mit sich. (...) Ein Rationierungsmechanismus ist festzulegen, um das Problem der Knappheit zu bewältigen.« (Henke 1993, 27)<sup>7</sup>

Auf die Unhaltbarkeit der These – zumal in der Bundesrepublik – von der »Knappheit an Produktivkräften und der damit unausweichlichen Entscheidungszwänge, die in bestimmten Grenzfällen auch als sog. 'tragic choices' bezeichnet werden«, die eine, quasi einem Dilemma gleiche »Herausforderung von unentrinnbaren Entscheidungserfordernissen« (ebd., 31f.) heraufbeschwören, ist bereits mehrfach und zuletzt von Kühn in seiner Untersuchung zur »Rationierung im Gesundheitswesen«, speziell zu den Begründungen der Befürworter »impliziter Rationierung« überzeugend hingewiesen worden. (Kühn 1991, 50ff.) Ebenso überzeugend konnte aufgezeigt werden, daß es den Rationierungsbefürwortern gerade nicht um eine effizientere und effektivere, d.h. wirtschaftlichere und an qualitativen Standards orientierte Versorgung geht. (Ebd.; Glaeske 1991)

Doch es ist nur zu offensichtlich, daß die Rationierungsdiskussion, die vom SVRKAiG im Nachvollzug US-amerikanischer Diskurse in die Bundesrepublik seit geraumer Zeit strategisch eingeführt wurde (Kühn 1991, 40ff.), über die Diskussion »Krankenversicherung 2000« und der Implementierung »harter« Wettbewerbsparameter sowie über die Einführung eines »Pflichtleistungskataloges« offensiver denn je in die aktuelle Gesundheitspolitik Einzug hält

11. Es kann für die bundesrepublikanische Diskussion um die Weiterentwicklung der GKV auf zahlreiche praktische Erfahrungen in anderen Gesundheitssystemen, insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Bereich, zurückgegriffen werden, die für den Charakter der GKV als Solidarsystem von eminenter Bedeutung sind.<sup>8</sup>

Von den problematischen Implikationen und dem letztendlichen Scheitern, so etwas ähnliches wie einen »Pflichtleistungskatalog« aufzustellen, der an das Ziel »einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von hoher Qualität, unabhängig vom Einkommen, Wohnort und sozialem Status« (SVRKAiG 1991, 207) gebunden sein sollte – ein in der Bundesrepublik weithin geteilter Konsens –, zeugt die seit längerer Zeit geführte Diskussion in den Niederlanden. Sie könnte auch für die bundesrepublikanische Entwicklung von zumindest illustrativem Wert sein und soll deshalb abschließend in lediglich einem Punkt – die Schwierigkeit Kriterien für die Evaluation von Gesundheitsleistungen zu entwickeln – kurz vorgestellt werden.

Eine vom niederländischen Gesundheitsministerium eingesetzte Kommission »Keuzen in de Zorg/Choices in Health Care« schlug in Auswertung bereits seit Mitte der achtziger Jahre entwickelter Evaluations-Anstrengungen folgendes Entscheidungsverfahren zur

Festlegung von Prioritätenlisten vor: Die Aufnahme von Gesundheitsleistungen in ein »Basispaket« sollte an vier Kriterien gebunden werden: Notwendigkeit, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Leistungen, die auf eigene Rechnung bezahlt und in Eigenverantwortung bleiben können. (Vgl. hierzu und im folgenden: kiezen en delen 1991, 147ff.) In der bildlichen Darstellung formen diese vier Kriterien in obiger Reihenfolge einen Trichter mit Sieben, worin dann bestimmte Leistungen hängenbleiben, andere hindurchrutschen. Das einer Bauchflasche ähnliche Auffanggefäß, in dem sich die »Grundversorgungsleistungen« sammeln, hat eine weite Öffnung, welche die »breite Solidarität« symbolisiert, und einen sich verjüngenden Flaschenhals, der die »Einschränkung von Ansprüchen« darstellen soll.

Die Kommission war eingesetzt worden, ein »Prüfungsverfahren« zu entwickeln, da eine zuvor tätige Kommission im Jahre 1987 eine Vorschlagsliste von »Basisleistungen« vorgelegt hatte, die sich in einer Größenordnung von 85 % der Kosten aller »Gesundheitsversorgungsmaßnahmen und damit verwandter gesellschaftlicher Dienstleistungen« bewegte. Diese dann zudem noch im politischen Prozeß verschiedener Akteure durch das niederländische Kabinett »aufgestockt«, so daß letztlich das »Basispaket« etwa 95 % der Ausgaben für Gesundheit beanspruchen würde und einen größeren Umfang bekäme, als im »Krankenkassen-Gesetz« vorgesehen.

Die Kommission versuchte »Kriterien der Durchlässigkeit« für die einzelnen »Siebe« genauer zu bestimmen: Die notwendigen Leistungen sind erstens alle Versorgungsleistungen, die jedem Gesellschaftsmitglied zugute kommen und die ein »normaal functioneren« als Gesellschaftsmitglied garantieren, zweitens die auf den Erhalt oder die Herstellung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gerichtet sind, und drittens die aufgrund von Vorkommnissen auftreten, die auf lange Sicht die Gesundheit gefährden. Die Wirksamkeit einer Leistungen bemißt sich daran, ob diese Wirksamkeit auch bewiesen und dokumentiert ist, und die Zweckmäßigkeit einer Leistung erschließt sich über Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Analysen. Zur Aufnahme in das »Basispaket« muß eine Untergrenze festgelegt werden, »die bei niedriger Effektivität bei sehr hohen Kosten erreicht ist«. Auch für das vierte Kriterium – Selbstbehalt – gibt es für die Kommission zwar keine zwingenden Gründe, die die breite Solidarität in der »Basisversicherung« aufgrund von Alter und Lebensstil beschränken. Dennoch sollten Grenzen da gezogen werden, »wo die Kosten hoch und der Nutzeneffekt sehr klein ist«. <sup>9</sup>

Die Brauchbarkeit des Kriterienrasters wurde anschließend an fünf Beispiele demonstriert und mit dem Ergebnis »getestet«, daß Invitro-Fertilisation, homöopathische Arzneimittel und zahnheilkundliche Behandlung für Erwachsene durch das Raster hindurchfielen, Sportverletzungen und Altersheimaufenthalte sollten dagegen nach mehrheitlicher Meinung der Kommission in das »Basispaket« aufgenommen werden. Die Kommission räumte ein, daß anhand dieser Kriterien zwar allgemeine Ansprüche und Leitlinien in das Krankenversicherungsgesetz formuliert werden könnten, ein Ausschluß von Leistungen aus dem Paket anhand des Rasters allerdings nur auf Kosten der Solidarität vorgenommen werden und sie deshalb keine konkreteren Angaben über die Gestalt der »Basispaketes« machen könne. Sie empfahl, die Konkretisierung der Leistungen den Verhandlungen zwischen Versicherten und Versicherungsträgern über verschiedene Tarife in Krankenversicherungsverträgen zu überlassen.

12. Es ist hier der Versuch unternommen worden, einige mögliche Linien des künftigen Verhältnisses zwischen den verschiedenen Akteursgruppen in der GKV zu skizzieren, die »das GSG als Ausgangspunkt unterschiedlicher Entwicklungspfade« (Reiners 1993, 46) eröffnet hat. Ohne die 1989 in Unkenntnis des GSG von Behrens geäußerte Auffassung teilen zu wollen, »wenn nämlich Wahlfreiheit, Kontraktionszwang, Ausdehnung der Versicherungspflicht, Regionalisierung und andere Bedingungen eines unverzerrten Wettbewerbs gegen die interessierten Ersatz- und Betriebskrankenkassen nur teilweise durchgesetzt werden können, es durchaus vorstellbar ist, daß ein bißchen Reform schlechter ist als keine... und jeder Schritt in die richtige Richtung, solange es bei diesem Schritt bleibt, verheerender als überhaupt kein Schritt (ist)« (Behrens 1989, 717), sollte deutlich werden, daß – um im Bild zu bleiben – es noch einer ganzen Reihe von Schritten bedarf, um den unzweifelhaft positiven Elementen des GSG insgesamt – was hier als ganzes nicht zur Behandlung stand – und der Organisationsreform im Speziellen zum Durchbruch zu verhelfen. Es gilt zu verhindern, daß die aus der Sicht der Versicherten resp. Patientinnen und Patienten möglichen »worst case«-Szenarien im politischen Prozeß um die Weiterentwicklung der GKV die Oberhand gewinnen. Ihre Durchsetzung würde nichts anderes bedeuten, als der Abschied von den bewährten Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung und unweigerlich Konvergenzen zwischen GKV und privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungsträgern befördern. Der durch

Versicherten- und einigen Beschäftigtengruppen im Gesundheitssystem, Gewerkschaften, Sozialdemokratie und wenigen Kassen noch befestigte Damm gegen die Versuche, auch die GKV in die Reihe der Deregulierungsprojekte einzureihen, wäre gebrochen.

Korrespondenzadresse:

Klaus Stegmüller

Abt. Medizinische Soziologie der Universitätsklinik Frankfurt

Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/M.

### Anmerkungen

- \* Für die Diskussion, kritischen Hinweise und Anregungen danke ich meinem Kollegen Volker Wanek.
- 1 Wasem hat darauf aufmerksam gemacht, daß sich die Organisationsstrukturen der GKV nahezu seit Einführung der Versicherungspflicht für Arbeiter in der Kontroverse befinden und sie aufgrund heterogener Problemwahrnehmungen und divergierender Interessenkonstellationen der verschiedenen (sozial-)politischen Akteure seit Mitte der fünfziger Jahre als nicht mehr reformfähig galten. (Wasem 1993, 32f. mit Nachweisen auch zur kontroversen wissenschaftlichen Diskussion um die Ausgestaltung neuer GKV-Organisationsstrukturen). Zum GSG, seiner Entstehungsgeschichte und zum Zustandekommen der Organisationsreform siehe den »Werkstattbericht« von Reiners (1993, 22ff.) und Hermann (1993, 162ff.), mit detaillierter Literaturübersicht zum Problemkomplex »Strukturereform«.
  - 2 Einnahmen- bzw. Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf diesen Faktoren beruhen (z.B. Verwaltungskosten, satzungsmäßige Mehr-, Ermessens- und Erprobungsleistungen), sind vom Ausgleich ausgenommen. Grob gesprochen wird die Höhe des finanziellen Ausgleichs durch den Vergleich des »Beitragsbedarfs« und der »Finanzkraft« einer Kasse bestimmt. Zur Ermittlung dieser Größen werden Durchschnittsprofile aller Krankenkassen (»standardisierte Leistungsausgaben« bzw. »Ausgleichsbedarfsatz«) gebildet und die jeweiligen Abweichungen bei einer Einzelkasse zur Grundlage von Zahlungsverpflichtung oder Ausgleichsempfang genommen. (§ 266 Abs. 1 bis 3 SGB V) Zur detaillierten technischen Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs vgl. Giehler/König 1993, 83ff.; Hermann 1993, 165ff.; Wasem 1993, 34ff.
  - 3 Scharf (1990, 77f.) hat auf die auch hier implizite wettbewerbspolitische Instrumentalisierung des Finanzausgleichs in der Organisationsreform-Debatte seit etwa Mitte der achtziger Jahre hingewiesen: »Aus einem Stabilisierungsinstrument des Solidarausgleichs in der SKV (Sozialen Krankenversicherung; K.S.) werden die Organisationsreform und der Finanzausgleich unversehens zu einem Vehikel der Umgestaltung der SKV in eine wettbewerbs- und marktmäßig organisierte Veranstaltung.« Ein Finanzausgleich bedarf »keiner wettbewerbspolitischen Begründung, weil der Solidarausgleich dafür allein schon eine tragfähige Begründung ist«.
  - 4 Andere Modellrechnungen bestätigen zwar die hier errechnete Richtung der durch den Risikostrukturausgleich ausgelösten Finanztransfers, unterscheiden sich allerdings erheblich in ihrer Höhe und entsprechend in den Wirkungen auf die Annäherung der Beitragsätze. Vgl. Giehler/König 1993, 89ff.; Pfaff/Wassener

1992. Wasem (1993, 37) geht davon aus, daß ein »bundesweiter Risikostrukturausgleich... keine wesentliche Verringerung der Beitragssatzunterschiede gegenüber heute (bewirkt). Allerdings nehmen die Beitragssatzunterschiede innerhalb einer Region spürbar ab, während die Beitragssatzunterschiede zwischen Regionen sich nicht wesentlich verändern.«
- 5 Der Gesetzgeber hat sich hier dem Votum des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesens (SVRKAiG) in seinem 1990er Gutachten angeschlossen, im Falle einer Erweiterung der Wahlrechte die Mitgliederkreisbeschränkung »Betriebszugehörigkeit« unter der Voraussetzung eines vollständigen Risikostrukturausgleichs beizubehalten, weil Betrieb und Unternehmen eine »soziale Einheit« bilden und in diesen »homogenen Gruppen... durch solidarisches Verhalten bzw. soziale Kontrolle eine Minderung ungerechtfertigter Inanspruchnahme eintritt, die gesamtwirtschaftlich Ressourcen einspart« (SVRKAiG 1990, 162). Es sind damit Rechtfertigungsgründe formuliert, die im folgenden noch erörtert werden.
  - 6 Der »dauernde Druck und Sog, den Wettbewerb auch auf die andern Felder zu tragen« ist insofern logische Konsequenz einer »weithin geteilten Grundentscheidung für marktanalogue Konkurrenzverhältnisse zwischen den Kassen«. Rosenbrock 1993, 342f.
  - 7 Dankenswerterweise hat mir Prof. Henke dieses z.Zt. im Druck befindliche Manuskript vorab zur Verfügung gestellt.
  - 8 Siehe dazu Kühn 1991, 43ff. Mit Blick auf die Bundesrepublik wird die Schlußfolgerung gezogen, »daß die 'Rationierung' effektiver medizinischer Leistungen: erstens nicht notwendig ist, zweitens unvereinbar ist mit dem bisherigen breiten gesundheitspolitischen und ethischen Zielkonsens in der Bundesrepublik und schließlich drittens nicht einmal zur Kostendämpfung beitragen würde.« (41)
  - 9 Die Kommission hat nur für dieses erste Kriterium, die notwendigen Bedingungen für die Aufnahme von Leistungen, konkrete Beispiele genannt: Pflegerische Leistungen, psychiatrische Versorgung geistig Behinderter, Akutversorgung, Frühgeborenenversorgung, Vorbeugung vor ansteckenden Krankheiten und Versorgung akut psychiatrischer Patienten, ernsthafte chronische Erkrankungen wie Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane oder chronische psychische Krankheiten, Schwangerschaftsvorsorge, Versorgung von Kindern und Säuglingen, Impfungen und die Ermittlung von Gesundheitsrisiken.

## Literatur

- Behrens, J., 1989: Schichtungsstruktur und Wettbewerb im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Gegenthese, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12, 712ff.
- BMG, 1993: Bundesministerium für Gesundheit, Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000 – Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen, Bonn, Januar 1993
- Giehler, T., König, W., 1993: Der Risikostrukturausgleich nach dem GSG – Wirkungsweise, Berechnung, finanzielle Auswirkung, in: die Betriebskrankenkasse, Heft 2, 82ff.
- Gläeske, G., 1991: Wider den Eid des Hippokrates – Anmerkungen zu Rationierungstendenzen in der Arzneimitteltherapie am Beispiel der Versorgung älterer Menschen, in: Jahrbuch kritische Medizin 17, Hamburg, 73ff.
- Glück, G., 1993: Die Ansätze zur Neuordnung der Krankenversicherung im Gesundheitsstrukturgesetz: eine Bewertung aus der Sicht der Bundesländer, in: Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner, LV Bayern e.V. (Hrsg.), Die Organisationsreform der Krankenkassen: Eine Notwendigkeit und eine Herausforderung für die Älteren. VdK-Forum Ev. Akademie Tutzing, 17./18.2.93, München, 5ff.

- Gutschow, W., Reichelt, H., Schönhofen, F., 1993: Auswirkungen des bundesweiten Risikostrukturausgleichs, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 1/2, 73ff.
- Henke, K.-D., 1993: Beitragssatzstabilität und Allokationswirklichkeit (im Druck)
- Hermann, Chr., 1993: Strukturreform im Organisationsrecht – Die Organisationsreform der GKV im Gesundheits-Strukturgesetz, in: Kompaß, Heft 4, 161ff.
- kiesen en delen, 1991: rapport van de commissie Keuzen in de zorg (commissie-Dunning) o.O. (engl. Ausgabe: Choices in Health Care 1992: Government Committee on Choices in Health Care, o.O.)
- Kühn, H., 1991: Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, in: Jahrbuch kritische Medizin 17, Rationierung der Medizin, Hamburg, 40ff.
- Paquet, R., 1992: Eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV – Position der Betriebskrankenkassen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11/12, 37ff.
- Pfaff, M., Wassener, D., 1992: Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeption und Auswirkungen verschiedener Ausgestaltungsvarianten auf Finanzströme und Beitragssätze, Hans-Böckler-Stiftung, Graue Reihe – Neue Folge 37, Düsseldorf.
- Rebscher, H., 1993: Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 5/6, 39ff.
- Reichelt, H., 1993: Die Umsetzung des Risikostrukturausgleichs im verbandspolitischen Interessengeflecht, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 12, 409ff.
- Reiners, H., 1991: Die Organisationsreform der GKV – Eine unendliche Geschichte? In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11/12, 26ff.
- Reiners, H., 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz »Ein Hauch von Sozialgeschichte«? – Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung, in: Jahrbuch Kritische Medizin 20, Die Regulierung der Gesundheit, Hamburg, 21ff.
- Rosenbrock, R., 1993: Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften – Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim/Basel, S.317ff.
- Scharf, B., 1990: Wahlfreiheit, Wettbewerb und Finanzausgleich – Solidarisierung oder Ökonomisierung der Sozialen Krankenversicherung?, in: WSI-Mitteilungen, Heft 2, 75ff.
- Stegmüller, K., 1992: Wettbewerb und Solidarprinzip – Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitspapier 10/1992 aus der Abteilung für Medizinische Soziologie, Frankfurt a.M
- Stegmüller, K., Wanek, V., 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 – Eine gesundheitspolitische Wende mit offenem Ausgang, Frankfurt/M. (Manuskript)
- SVR, 1992/93: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1992/93, BR-Dr808/92 v. 19.11.
- SVRKAiG, 1990: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990, Baden-Baden
- VdAK, 1993: Verband der Angestellten-Ersatzkassen, Strategie 2000 – Angestellten-Ersatzkassen mit eigenständigem Profil (Manuskript)
- Wasem, J., 1993: Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich – Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV, in: Sozialer Fortschritt, Heft 2, 32ff.
- Zipperer, M., 1993: Gesundheitsstrukturgesetz stellt neue Weichen in der Gesundheitspolitik, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 1/2, 25ff.