

Thomas Gerlinger

---

## Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück? Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Kerninstitution des deutschen Gesundheitswesens bietet ein widersprüchliches Bild. Einerseits will sie nicht so recht in das Bild eines postfordistisch zugeschnittenen sozialen Sicherungszweigs passen, schafft sie doch für beinahe 90 % der Bevölkerung einen Rechtsanspruch auf eine alles medizinisch Notwendige umfassende Versorgung und spielen bei der Regulierung dieses Politikfeldes korporatistische Strukturen eine wichtige Rolle. Andererseits befindet sich die GKV seit Beginn der 1990er Jahre – und dies weit stärker, als in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird – in einem beschleunigten Wandlungsprozess, in dessen Verlauf wettbewerbliche Steuerungselemente erheblich an Bedeutung gewonnen haben und die Privatisierung der Krankenbehandlungskosten ausgeweitet worden ist. Dass auch zu Beginn dieses Jahrhunderts der Reformbedarf im Gesundheitswesen groß ist, ist ein ebenso oft wiederholter wie konsensfähiger Befund. Allerdings verbergen sich dahinter höchst unterschiedliche Sichtweisen darüber, worin die Probleme des Gesundheitswesens eigentlich bestehen und mit welcher Zielstellung und mit welchen Instrumenten sie zu lösen sind. Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht die Frage, welche spezifischen Ziele und Handlungsstrategien rot-grüne Gesundheitspolitik bei der Umgestaltung verfolgt und wie sich die Reformstrategien auf die Regulierung dieses Politikfeldes und auf die Versorgung mit medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen auswirken.

### 1. Krise des Fordismus und Neuausrichtung gesundheitspolitischer Regulierung

Die Entwicklung der GKV war in den Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg durch eine Beschleunigung des Prozesses der „doppelten Inklusion“ (Alber 1992: 24ff) gekennzeichnet, also der Integration eines wachsenden Teils der Bevölkerung und der Ausweitung des Leistungskatalogs. Die expansive Ausgabenentwicklung in der GKV galt vielen Zeitgenossen zwar nicht als unproblematisch, jedoch wurden vorgebrachte Bedenken durch das anhaltend hohe Wirtschaftswachstum immer wieder entkräftet. Zugleich institutionalisierte

und stabilisierte die GKV die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die ihrerseits das Beschäftigungswachstum im Gesundheitssektor begünstigte.

Die Nachkriegsprosperität gab aber nicht nur den Rahmen für eine Ausweitung sozialstaatlicher Leistungen im Krankheitsfall ab, sondern zugleich für die Etablierung eines Versorgungssystems, das durch allerlei Ineffizienzen gekennzeichnet war. Diese äußerten sich z.B. in Vergütungsregeln für niedergelassene Ärzte (Einzelleistungsvergütung) und Krankenhäuser (Selbstkostendeckungsprinzip), die eine Ausweitung von Leistungen begünstigten (Gerlinger 1997; Simon 2000), in getrennten institutionellen Zuständigkeiten für die ambulante (Kassenärztliche Vereinigungen – KVen) und die stationäre Versorgung (Länder), die zu einer Fragmentierung von Behandlungsverläufen führten und die Leistungsfähigkeit des medizinischen Versorgungssystems insgesamt minderten, in einem staatlicherseits zugewiesenen Monopol der KVen für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen, das eine strukturelle Dominanz der Vertragsärzteschaft gegenüber den Krankenkassen schuf. Die Gründe für diese Entwicklungen sind unterschiedlich. Generell war der Druck zur Schaffung effizienterer Strukturen in der Krankenversicherung angesichts stark steigender Einnahmen der Krankenkassen recht gering. Darüber hinaus beruhte eine Reihe von ineffizienten Strukturelementen, insbesondere das Vertragsmonopol der KVen, darauf, dass die politischen Eliten die geschaffenen Strukturen aus klientelpolitischen Motiven nicht anzutasten wagten.

Mitte der 1970er Jahre, als sich das Ende des „kurze(n) Traum(s) immerwährender Prosperität“ (Lutz 1984) abzeichnete, setzte eine strategische Neuorientierung der Gesundheitspolitik ein. Der drastische Anstieg der Arbeitslosigkeit und das verlangsamte Wirtschaftswachstum veranlassten die politischen Entscheidungsträger in Parteien und Verwaltungen, die Kostendämpfung zum vordringlichen Ziel der Gesundheitspolitik zu machen (Rosewitz/Webber 1990). Bis zum Beginn der 1990er Jahre ließ die Kostendämpfungspolitik die bisherigen Anreizstrukturen für die Akteure im Kern unverändert; Strukturereformen im Gesundheitswesen blieben aus. Erst das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 leitete jenen tiefgreifenden Wandel ein, den die Politik in den nachfolgenden Jahren – mit teils unterschiedlichen Akzenten – in der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform 1996/97 und in der GKV-Gesundheitsreform 2000 weiterverfolgte und der die Gesundheitspolitik auch zu Beginn dieses Jahrhunderts prägt. Nun kamen eine Reihe von Steuerungsinstrumenten zum Einsatz, die für die GKV entweder neu waren oder so ausgebaut wurden, dass sie die Anreizstrukturen für die Akteure nachhaltig veränderten:

– Der mit der freien Kassenwahl konstituierte Kassenwettbewerb: Die Finanzierungsträger verloren nun ihre Bestandsgarantie. Der Beitragssatz wurde zum entscheidenden Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder, und jede Beitragssatzanhebung war fortan mit dem drohenden Verlust von Marktanteilen behaftet.

- Die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung der Leistungserbringer: Im ambulanten Sektor orientierte sich die ärztliche Honorierung zwar nach wie vor am Grundsatz der Einzelleistungsvergütung, allerdings wurde mit den neu geschaffenen Praxisbudgets eine arztindividuelle Obergrenze für die Summe der abrechnungsfähigen Leistungen definiert, die den Trend zur Mengenexpansion spürbar beschränkten (Gerlinger 1997). Im stationären Sektor fanden mit den im GSG vorgesehenen Fallpauschalen und Sonderentgelten erstmals von der Verweildauer unabhängige Pauschalvergütungen Anwendung. Mit dieser Neuausrichtung der Vergütungssysteme verlagerte sich im ambulanten wie im stationären Sektor das Finanzierungsrisiko der Krankenbehandlung zu einem erheblichen Teil auf die *individuellen* Leistungsanbieter. Pauschalen bringen eine Umkehrung der finanziellen Anreize zur Leistungserbringung mit sich: Nicht mehr auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern - bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall - dem der Leistungsminimierung können die Leistungsanbieter ihre Einkommen erhöhen (z.B. Reinhardt/Sandier/Schneider 1986), denn diese ergeben sich nun aus der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten.

- Eine deutliche Einschränkung des Prinzips der solidarischen Finanzierung zugunsten einer stärkeren Koppelung zwischen der individuellen Inanspruchnahme von Leistungen einerseits und den individuell zu tragenden Kosten (Beiträge, Zuzahlungen, private Käufe) andererseits: Diese Entwicklung wurde vor allem mit der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform in den Jahren 1996 und 1997 forciert. Zu den ergriffenen Maßnahmen zählten u.a. neue Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Einführung von Beitragsrückerstattungen bei einer geringen bzw. einer Nichtinanspruchnahme von Leistungen, eine kräftige Anhebung und Dynamisierung sämtlicher Zuzahlungen und die Ausgliederung des Zahnersatzes für alle damals unter 18jährigen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen. Damit führte der Gesetzgeber Kernelemente der privaten Krankenversicherung in die GKV ein und ging weit über die bisherige Praxis der - sukzessiven und insgesamt eher moderaten - Anhebung von Zuzahlungen hinaus.

Diese Maßnahmen wurden seit 1999 fast ohne Unterbrechung durch sektorale Budgetierungen, also die administrative Festsetzung von Ausgabenobergrenzen für die einzelnen Leistungsarten (ambulante, stationäre, Arzneimittelversorgung etc.) flankiert. Parallel dazu hatte der Gesetzgeber die Handlungsfreiheiten der Krankenkassen in der Vertragspolitik gestärkt und insbesondere ihre Möglichkeiten erweitert, Verträge mit einzelnen Gruppen von Ärzten - und nicht mehr ausschließlich mit der KV als regionaler ärztlicher Monopolvertretung - abzuschließen bzw. Verträge mit einzelnen Krankenhäusern zu kündigen. Auf diese Weise sollten die Finanzierungsträger in die Lage versetzt werden, die anvisierten Ausgabenbegrenzungsziele sowie die Verbesserungen

von Wirtschaftlichkeit und Qualität gegenüber den Leistungsanbietern durchzusetzen (vom „payer“ zum „player“).

Diese auf Ökonomisierung der Versorgungsstrukturen fokussierte Modernisierungspolitik musste notwendig auch die Einkommensinteressen der Ärzteschaft negativ berühren, denn Budgets und pauschalierte Vergütungen haben für sie zur Folge, dass sie die durch eine erhöhte Krankheitslast der Versicherungsgemeinschaft notwendig oder durch den technischen Fortschritt in der Medizin möglich werdenden Leistungen ohne eine entsprechende Aufstockung ihres Honorars zu erbringen haben. Darüber hinaus ist das die Durchsetzungsfähigkeit der Kassenärzte begründende Vertragsmonopol der KVen kaum mit den hegemonialen Leitvorstellungen eines wettbewerblich organisierten Gesundheitswesens kompatibel. In der Folge des mit dem GSG eingeleiteten Paradigmenwechsels bekam die traditionell enge, wenn auch vor dem Hintergrund der Kostendämpfungspolitik bereits abgekühlte Verbindung mit der CDU/CSU nun deutliche Risse.

Gemeinsam ist den genannten Steuerungsinstrumenten, dass sie für Individualakteure einen Anreiz schaffen, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Auf diese Weise soll eine Kohärenz zwischen gesundheitspolitischem Globalziel und individuellen Handlungsrationaltäten bei der Erbringung, Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen hergestellt werden. Damit verbunden ist eine neue Dimension der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Dass CDU/CSU und FDP auch den Patienten in dieses System finanzieller Anreize einbezogen, war Ausdruck der Überzeugung, dass ein umfassender Leistungsanspruch der Versicherten ohne deren direkte Kostenbeteiligung nicht länger finanzierbar und aus ordnungspolitischen Gründen im Übrigen auch nicht wünschenswert sei.

Bemerkenswert ist, dass sich trotz der öffentlichen Dramatisierung („Kostenexplosion“) die reale Ausgabenentwicklung in der GKV durchaus undramatisch darstellt. Seit Mitte der 1970er Jahre liegt der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt recht konstant bei etwa 6 %, zu Beginn dieses Jahrhunderts nur knapp darüber. Dass zwischen 1975 und 2002 die durchschnittlichen Beitragssätze dennoch von 10,5 % auf 14,0 % angestiegen sind, ist vor allem auf die hohe Arbeitslosigkeit und den seit Mitte der 1970er Jahre insgesamt schwachen Anstieg der Einkommen aus abhängiger Arbeit zurückzuführen. Die steigenden Beitragssätze in der GKV verweisen also darauf, dass die Krankenkassen in erster Linie ein Einnahmenproblem und weniger ein Ausgabenproblem haben. So gesehen hat die Rede von der Kostenexplosion nichts mit einer zutreffenden Realitätsbeschreibung zu tun, sondern befriedigt den Bedarf nach Legitimation für den weitreichenden Umbau eines sozialen Sicherungsziels.

## 2. Rot-grüne Gesundheitspolitik: Gesundheitspolitisches Leitbild und legislative Maßnahmen

Die rot-grüne Gesundheitspolitik lässt sich in drei recht deutlich voneinander getrennte Phasen unterteilen. Im Mittelpunkt der ersten Phase (1998-2000) stand die Rücknahme der von der Vorgängerregierung durchgesetzten Privatisierungsmaßnahmen und die Durchsetzung eines eigenen auf Kostensenkung und Qualitätsverbesserung zielenden Reformprojekts. In der zweiten Phase (2001 bis 2002) befasste sie sich auf einer Reihe von Feldern (v.a. Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich, Arzneimittelversorgung) mit der Korrektur sichtbar gewordener Fehlsteuerungen. In der gegenwärtigen Legislaturperiode steht mit der geplanten Gesundheitsreform 2003 wiederum ein recht weitgehendes Reformprojekt im Mittelpunkt, das auf eine weitere Modernisierung von Versorgungsstrukturen zielt, dabei aber - im Unterschied zu den ersten beiden Phasen - eine deutliche Umverteilung der Finanzierungslasten von den Arbeitgebern zu den Versicherten bzw. den Patienten beinhaltet.

### 2.1 Revision des Privatisierungsschubs und GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Der im Zuge der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform vollzogene Privatisierungsschub bot SPD und Bündnis 90/Die Grünen die willkommene Gelegenheit, die Gesundheitspolitik der konservativ-liberalen Regierungskoalition zu attackieren und sich als soziale Alternative zu präsentieren. Unmittelbar nach dem Regierungsantritt nahmen sie mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz den Großteil dieser Maßnahmen wieder zurück, so dass die Kostenprivatisierung keine nachhaltige Wirkung im Versorgungsalltag entfalten konnte. Parallel dazu griff die rot-grüne Gesundheitspolitik wieder auf die 1993 in Kraft getretenen und später von der konservativ-liberalen Koalition teilweise aufgehobenen Budgets zurück. Sie waren funktionales Äquivalent für die zurückgenommenen Privatisierungselemente und sollten bis zum erhofften Wirksamwerden von Strukturreformen die Stabilität der Beitragssätze garantieren.

In dem am 1.1.2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-GRG 2000), das nach dem Willen der Koalitionsparteien zu jenem weitreichenden Reformwerk werden sollte, genießt wie bei CDU/CSU und FDP das Ziel der *Beitragssatzstabilität* in der GKV eine hohe Priorität. Dabei fasste das GKV-GRG 2000 diesen Grundsatz sogar noch schärfer, als dies in den gesundheitspolitischen Reformen der Ära Kohl geschehen war. Parallel dazu wurden die *sektoralen Budgets* fortgeschrieben. Der ursprüngliche Plan zur Einführung einer Ausgabenobergrenze für die gesamten GKV-Ausgaben (Globalbudget) scheiterte im Gesetzgebungsprozess am Widerstand der konservativ-liberal geführten Bundesländer, die ihre Zustimmung zu diesem Vorhaben verweigerten, weil sie jegliche Form der Budgetierung ablehnten. Das Schei-

tern des Globalbudgets stellte insofern eine durchaus schwerwiegende Beeinträchtigung des rot-grünen Reformkonzepts dar, als es gegenüber sektoralen Ausgabenobergrenzen eine größere Flexibilität des Leistungsgeschehens hätte ermöglichen sollen und damit eine wichtige Voraussetzung für die Etablierung integrierter Versorgungsstrukturen gewesen wäre.

Das GKV-GRG 2000 ließ die Eckpunkte der 1992 vereinbarten Organisationsreform – die *freie Kassenwahl* der Versicherten, den damit institutionalisierten Kassenwettbewerb und den *Risikostrukturausgleich* (RSA)<sup>1</sup> – unverändert. Ebenso wie der Vorgängerregierung gelten sie auch SPD und Grünen als unverzichtbare Instrumente für die Gewährleistung einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Erst als die Fehlsteuerungen des Wettbewerbsmodells zu massiven Verwerfungen im GKV-System führten, nahmen die Regierungsparteien Änderungen im Hinblick auf das Kassenwahlrecht und den RSA vor (s.u.), allerdings ohne den mit der Organisationsreform eingeschlagenen Weg grundsätzlich in Frage zu stellen.

Ebenso wurde unter Rot-Grün auch die *Verlagerung des Finanzierungsrisikos der Krankenbehandlung* auf die Leistungsanbieter fortgesetzt. Dafür steht die Wiedereinführung der Praxisbudgets<sup>2</sup> in der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere aber die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) bei der Vergütung von Krankenhausleistungen, die man mit guten Gründen als wichtigstes Vorhaben des GKV-GRG 2000 bezeichnen kann. Zum 1.1.2004 sollen nunmehr nahezu alle Leistungen des Krankenhauses auf der Grundlage von diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet werden; bisher erfasst der pauschalierte Anteil nur etwa 25 % der Krankenhauskosten. Mit der DRG-Einführung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, einen Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer zu schaffen, die Ressourcenallokation in der stationären Versorgung am tatsächlichen Behandlungsaufwand auszurichten und auf diese Weise Wirtschaftlichkeitsreserven in der medizinischen Versorgung zu erschließen (Simon 2002, Neubauer 2002).

Das GKV-GRG 2000 sah daneben eine Reihe von Bestimmungen vor, die die *Etablierung innovativer Versorgungsformen* ermöglichen bzw. erleichtern sollten. Auch diese Maßnahmen zielten darauf, die Effizienz der medizinischen

- 
- 1 Beim RSA handelt es sich um ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassenarten. Kassen mit günstigerer Versichertenstruktur müssen an Kassen mit ungünstiger Versichertenstruktur einen Teil ihrer Einnahmen abführen. Berücksichtigt wurden dabei zunächst Einkommen, Alter, Geschlecht und Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Der RSA sollte die unterschiedlichen finanziellen (und damit beitragsatzrelevanten) Risiken, die sich aus der spezifischen Zusammensetzung ihrer Versichertenklientel ergeben, ausgleichen und die Anreize zur Selektion „guter Risiken“ abschwächen. Da aber der Faktor „Krankheit“ nicht in das Ausgleichsverfahren eingeht, konnte der RSA – wie sich bald herausstellen sollte – diese Aufgabe nicht erfüllen (s.u.).
  - 2 Praxisbudgets definieren für den einzelnen Arzt eine Obergrenze für die Menge der abrechenbaren Leistungen. Sie ist im wesentlichen abhängig von der Fachrichtung des Arztes und von der Zahl seiner Patienten.

Versorgung zu erhöhen. Im Zentrum steht dabei das Ziel, die hausärztliche Versorgung und den Aufbau integrierter Versorgungsformen zu stärken. Zu diesem Zweck bediente sich das GKV-GRG 2000 einer Kombination unterschiedlicher Interventionsinstrumente. Zum einen wurden die Handlungsmöglichkeiten der Kassen erweitert. Nunmehr können Verträge zur sektorübergreifenden Versorgung (§ 140a-h SGB V) sowie Verträge über Modellvorhaben (§ 64 SGB V) ohne Beteiligung der KVen mit einzelnen Leistungsanbietern bzw. Gruppen von Leistungsanbietern geschlossen werden. Der wohl bedeutendste Anreiz zur Etablierung neuer Versorgungsformen ist die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs) (s.u.).

Die skizzierten Maßnahmen zur Reform von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen wurden begleitet von verstärkten Bemühungen, die *Qualitätssicherung* durch einschlägige gesetzliche Vorgaben zu verbessern. Dazu zählten vor allem konkretisierte Pflichten der Leistungsanbieter zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements (§§ 135ff. SGB V). Dies betraf insbesondere die stationäre Versorgung. Das im April 2002 in Kraft getretene Fallpauschalengesetz, das die Modalitäten der DRG-Einführung regelt, erweiterte im Vergleich zum GKV-GRG 2000 noch einmal die Anforderungen an die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. So haben Finanzierungsträger und Leistungserbringer nun bundesweit geltende Mindestanforderungen für die Struktur- und Ergebnisqualität von Leistungen zugelassener Krankenhäuser festzulegen. Des Weiteren werden die Krankenhäuser verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, der u.a. Angaben über den Stand der Qualitätssicherung, über Art und Anzahl der erbrachten Leistungen enthalten muss (§ 137 Abs.1 SGB V). In diesen Bestimmungen wird das Bestreben deutlich, das diagnostische und therapeutische Handeln des Arztes stärker an den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin auszurichten, also ihn auf solche Behandlungsschritte und -verfahren zu verpflichten, deren Nutzen in Evaluationen nachgewiesen worden ist bzw. die sich als anderen Verfahren überlegen erwiesen haben. Neben diesen Maßnahmen zielt unter anderem auch die Einführung einer Positivliste der verordnungsfähigen Arzneimittel (§ 33a SGB V) auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Hervorzuheben ist ferner die *Wiederaufwertung von Primärprävention und Gesundheitsförderung* als Aufgabenfeld der Krankenkassen (§ 20 SGB V). Nachdem ihnen 1996 entsprechende Handlungsmöglichkeiten weitgehend entzogen worden waren, können sie nun wieder Leistungen zur primären Prävention anbieten (§ 20 Abs. 1 SGB V) und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen (§ 20 Abs. 2 SGB V). Dass ihre Aktivitäten sich darauf richten sollen, nicht nur den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern, sondern insbesondere auch einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten (§ 20 Abs. 1 SGBV), ist eine sehr weitreichende und innovative Be-

stimmung, die in der Geschichte des deutschen Krankenversicherungsrechts ihresgleichen sucht.

Das GKV-GRG 2000 setzte den Trend zu einer sukzessiven Stärkung der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern fort. Sie kommt vor allem in der Erweiterung ihrer vertragspolitischen Handlungsmöglichkeiten bei der Vereinbarung von Modellvorhaben (§ 64 SGB V) und integrierten Versorgungsformen (§ 140b SGB V) zum Ausdruck. Die Finanzierungsträger sollen sich dabei vor allem gegenüber den KVen, die in der Vergangenheit Innovationen häufig blockiert hatten, durchsetzen können. Auch Rot-Grün wies den Kassen also eine Schlüsselrolle bei der Exekution der staatlicherseits vorgegebenen Ausgabenbegrenzungsziele und bei der Modernisierung der Versorgungsstrukturen zu. Allerdings blieb der Kompetenzzuwachs der Kassen auch deutlich hinter den von diesen erhobenen Forderungen zurück.

## *2.2 Korrektur von Fehlentwicklungen*

Nach der Verabschiedung des GKV-GRG 2000 rückten eine Reihe von Steuerungsproblemen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, die in erster Linie durch das Festhalten an der geschaffenen Wettbewerbsordnung und durch die Praxis der Budgetierung hervorgerufen wurden. Die Kumulation dieser Probleme veranlasste die Bundesregierung zu neuerlichen Interventionen, so dass es in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode eher um die nachträgliche Korrektur sichtbar gewordener Fehlentwicklungen als um positive Gestaltungsleistungen ging. Diese Interventionen betrafen vor allem zwei Bereiche: den Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen und die Arzneimittelversorgung.

Recht bald nach der Einführung der freien Kassenwahl war deutlich geworden, dass die Implementation der mit dem GSG beschlossenen Reform der GKV-Organisation zu neuen Verwerfungen in der Kassenlandschaft führte, die schließlich die Funktionsweise des gesamten GKV-Systems und dessen Legitimation in Frage zu stellen drohten. Da die Morbidität der Versicherten beim Finanzausgleich zwischen den Kassen nicht berücksichtigt wurde, umwarben die Kassen vor allem „günstige“ Risiken, also Gesunde, und dies heißt in aller Regel: wohlhabendere Personen mit einem hohen Bildungsabschluss. Einige Betriebskrankenkassen waren dabei besonders erfolgreich, hingegen blieben vor allem die Ortskrankenkassen, aber zunehmend auch die großen Ersatzkassen auf ihren „schlechten“ Risiken sitzen (Jacobs et al. 2001). Ohne staatliche Eingriffe drohte ein Teufelskreis aus immer neuen Beitragssatzanhebungen und Mitgliederabwanderungen. Zu den bedenklichen Auswirkungen dieses Anreizsystems zählte auch, dass die Kassen sich angesichts der erheblichen Wettbewerbsvorteile, die eine erfolgreiche Risikoselektion versprach, nicht in der erhofften Intensität um die Schaffung effizienterer Versorgungsformen bemühten. Vor diesem Hintergrund wurde eine Reform des RSA unausweichlich.

Das 2001 schließlich verabschiedete Maßnahmenpaket verfolgt das Ziel, die Morbidität der Versicherten stärker zu berücksichtigen, so die Anreize zur Risikoselektion zu vermindern und gleichzeitig das Interesse der Kassen an einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker zu erhöhen. So soll ab 2007 der Risikostrukturausgleich vollständig am Morbiditätsstatus der Versicherten ausgerichtet werden. Kurzfristig ist von besonderer Bedeutung, dass die Kassen aus dem Finanzausgleich zusätzliche Mittel erhalten, wenn sie chronisch kranke Versicherte im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMPs) versorgen. DMPs sind strukturierte Programme zur Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen, die sich an evidenzbasierten Leitlinien (s.o.) orientieren und auf diese Weise dazu beitragen sollen, die Versorgung zu verbessern. Sie werden zunächst für Diabetes und Brustkrebs aufgelegt; für die Patienten ist die Teilnahme an derartigen Versorgungsprogrammen freiwillig. Da für DMPs der sich aus den Patientenproblemen ergebende Behandlungsbedarf und nicht die sektorale Kompetenzverteilung zwischen den Leistungsanbietern Bezugspunkt für die Gestaltung der Versorgungsverläufe ist, sind sie in aller Regel sektorenübergreifend konzipiert.

Die Reform des Risikostrukturausgleichs stellt den Versuch dar, das Interesse der Krankenkassen und die finanziellen Ressourcen der GKV auf eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker zu lenken. Jedoch erscheint es als fraglich, ob dieses Ziel mit den eingesetzten Instrumenten erreicht werden kann. Zum einen werden die finanziellen Umverteilungseffekte geringer ausfallen als erwartet, vor allem weil sich die DMPs nur auf einen Teil der chronisch Kranken erstrecken und zudem nur ein Teil der betreffenden Versicherten davon zu überzeugen sein wird, sich im Rahmen derartiger Programme behandeln zu lassen. Zum anderen eröffnet die Verknüpfung von RSA und DMP den Krankenkassen eine Vielzahl von Manipulationsmöglichkeiten. Denn sie schafft zunächst einmal den Anreiz, eine möglichst hohe Zahl von Versicherten zu bewegen, sich in derartige Programme einzuschreiben, nicht hingegen einen Anreiz, qualitativ hochwertige Programme aufzulegen und dafür Sorge zu tragen, dass die eingeschriebenen Patienten sich auf dem vorgesehenen Behandlungspfad bewegen. Schließlich wird der Anreiz zur Risikoselektion auch unter dem reformierten RSA keineswegs beseitigt werden, denn eine Kasse wird auch künftig von einer günstigen Risikozusammensetzung profitieren. Deshalb wird auch weiterhin mit beträchtlichen, auf die unterschiedliche Risikozusammensetzung zurückzuführenden Beitragsatzunterschieden zwischen den Kassen zu rechnen sein.

In der Arzneimittelpolitik hob die Regierungskoalition unter dem Druck der Vertragsärzteschaft die Arznei- und Heilmittelbudgets zum 1.1.2001 auf. Statt dessen soll die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen nunmehr auf Bundes- und auf regionaler Ebene eine Obergrenze für die Arzneimittelausgaben vereinbaren und sich gleichzeitig auf die Definition von Ver-

sorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen verständigen (§ 84 Abs. 1 u. 2 SGB V). Dazu zählen z.B. die Umstellung der Versorgung, wo möglich, auf preisgünstige Generika und der Verzicht auf die Verordnung teurer Arzneimittelinnovationen, deren therapeutischer Zusatznutzen nicht nachgewiesen oder nur gering ist. Allerdings führte die Aufhebung der Budgets zu einem starken Anstieg der Arzneimittelausgaben, den auch die Vielzahl nachträglicher Interventionen nicht verhindern konnten, weil diese auf Druck von Ärzten und Pharmaindustrie stark verwässert wurden und den Ärzten in der Versorgungspraxis und der Pharmaindustrie in der Preispolitik eine Reihe von Ausweichreaktionen gestatteten. Immerhin zeigen die Einführung der DMPs und die Pflicht zum Abschluss von Qualitätsvereinbarungen in der Arzneimittelversorgung, dass Rot-Grün bei der Korrektur von Fehlentwicklungen auch darum bemüht war, auf eine verbesserte Versorgungsqualität zielende Instrumente in die verabschiedeten Maßnahmenpakete einzuziehen – wenn auch mit geringem Erfolg (Arzneimittelversorgung) bzw. fragwürdigen Erfolgsaussichten (DMPs).

### *2.3 Die Gesundheitsreform 2003*

Im Juni 2003 haben die Koalitionsfraktionen einen Gesetzentwurf für die Gesundheitsreform 2003 in den Bundestag eingebracht (Gesetzentwurf 2003). Legt man die darin niedergelegten Reformabsichten zu Grunde, so zeigt sich erstens, dass der Trend zur Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern fortgesetzt werden soll. Besonders deutlich wird dies im Hinblick auf die Rolle der KVen. Bisher sind es ausschließlich die KVen, denen per Gesetz der Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Kassenpatienten zugewiesen wird. Daraus resultiert ein Vertretungs- und Vertragsmonopol der KVen gegenüber den Krankenkassen. Künftig soll die alleinige Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags durch die KVen auf die hausärztliche Versorgung beschränkt, für die fachärztliche Versorgung hingegen zwischen KVen und Krankenkassen geteilt werden. Fachärzte haben nun die Möglichkeit, aus dem Kollektivvertragssystem auszuscheiden und Einzelverträge mit den Krankenkassen abzuschließen; für neu in die vertragsärztliche Versorgung eintretende Fachärzte werden Einzelverträge mit den Kassen sogar obligatorisch. Zweitens zielt der Gesetzentwurf auf eine weitere Modernisierung der Versorgungsstrukturen, insbesondere auf eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung, und auf einen Ausbau der Qualitätssicherung. Dies kommt u.a. in der geplanten Schaffung eines „Deutschen Zentrums für die Qualität in der Medizin“ und in der Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante Leistungen zum Ausdruck. Außerdem sollen Gesundheitszentren, die bisher nur in den neuen Bundesländern als Relikte der DDR-Polikliniken in geringer Zahl überlebt haben, künftig im gesamten Bundesgebiet zur Erbringung ambulanter Leistungen zugelassen werden können. Neu ist, dass

diejenigen Versicherten, die nicht als erstes einen Hausarzt aufsuchen oder sich nicht an integrierten Versorgungsformen beteiligen, in erheblichem Umfang finanziell belastet werden, nämlich durch die Erhebung einer einmaligen Praxisgebühr von 15 Euro pro Quartal und durch erhöhte Zuzahlungen bei den Arzneimitteln. Drittens sieht der Gesetzentwurf eine erhebliche Entlastung der Arbeitgeber und eine Belastung von Versicherten bzw. Patienten bei den Krankenversicherungsbeiträgen vor. Dies geschieht zum einen durch eine drastische Erhöhung von Zuzahlungen bei Arzneimitteln und beim Krankenhausaufenthalt, durch die Befreiung der Arbeitgeber von der Finanzierung des Krankengelds, das im Jahr 2002 mit 7,6 Mrd. € immerhin 5,3 % der GKV-Ausgaben ausmachte, und durch Ausgliederung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattungspflicht. Auch sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass die durchaus nachvollziehbare Verlagerung einiger versicherungsfremder Leistungen in die Steuerfinanzierung (Leistungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung) in erster Linie den Arbeitgebern zu Gute kommt. Zwar beinhaltet der rot-grüne Gesetzentwurf im Unterschied zu der von CDU/CSU und FDP in den Jahren 1996 und 1997 forcierten Privatisierung nicht die Aufnahme von PKV-typischen Komponenten – wie Selbstbehalt bei reduzierten Beitragssätzen oder Beitragsrückgewähr – in die GKV, aber dennoch ginge mit den vorgesehenen Bestimmungen ein erheblicher Privatisierungsschub einher.

#### *2.4 Rot-grüne Gesundheitspolitik: Kontinuität und neue Akzente*

Wie verhält sich rot-grüne Gesundheitspolitik zur Politik der konservativ-liberalen Vorgängerregierungen? Zunächst ist festzuhalten, dass die mit dem GSG 1992 vorgenommenen gesundheitspolitischen Weichenstellungen keineswegs auf das Konto der konservativ-liberalen Regierungskoalition allein gingen, sondern in großer Koalition von CDU/CSU und SPD auf den Weg gebracht wurden (z.B. Reiners 1993; Manow 1994). Hingegen war die Privatisierung der Krankenbehandlungskosten in der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform zwischen Regierung und Opposition heftig umstritten.

Das gesundheitspolitische Leitbild von Rot-Grün bestand darin, durch die Modernisierung von Versorgungsstrukturen und Vertragsbeziehungen Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die es gestatten sollten, die Beitragssatzstabilität und das Festhalten an einem einheitlichen, alles medizinisch Notwendige umfassenden GKV-Leistungskatalog miteinander zu verknüpfen. Dies beinhaltete im Verhältnis zur Gesundheitspolitik der Vorgängerregierungen sowohl Kontinuitätselemente als auch neue Akzente. Kontinuität existiert vor allem im Hinblick auf den Vorrang der Ausgabenbegrenzung und das Ziel der Beitragssatzstabilität. Sie lässt sich aber auch im Hinblick auf wichtige Steuerungsinstrumente feststellen: Ebenso wie die konservativ-liberale Koaliti-

on hielt die rot-grüne Gesundheitspolitik an der freien Kassenwahl und dem damit institutionalisierten Kassenwettbewerb fest; desgleichen setzte sie den Trend zur Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungsanbieter und die Stärkung der Kassenseite fort.

Neue Akzente sind vor allem in den verstärkten Bemühungen zu sehen, die Versorgungsqualität durch die gesetzliche Formulierung von Pflichten bzw. die gesetzliche Schaffung zielführender Handlungsanreize und Handlungskompetenzen zu verbessern. Die wichtigste Differenz zwischen der rot-grünen Gesundheitspolitik während der vergangenen Legislaturperiode und der vorangegangenen konservativ-liberalen Gesundheitspolitik liegt sicherlich in der Frage, ob der einheitliche und alles medizinisch Notwendige umfassende Leistungskatalog der GKV zur Disposition zu stellen ist. Allerdings war die Ablehnung einer weitergehenden Privatisierung bei der SPD und erst recht bei den Grünen niemals unumstritten. Nunmehr zeichnet sich mit dem Entwurf für die Gesundheitsreform 2003 ab, dass die finanzielle Belastung der Versicherten und Patienten einen deutlichen Schub erhalten wird.

Die erwähnten Bemühungen um erweiterte Optionen und neue Anreize für die Schaffung neuer Versorgungsformen sowie die Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssicherung sind nicht einfach nur eine Reaktion auf konstatierte Versorgungsmängel, sondern gewinnen vielmehr eine spezifische Bedeutung im Kontext der skizzierten gesundheitspolitischen Handlungsstrategie. Zum einen waren es in erster Linie diese Maßnahmen, mit deren Hilfe Rot-Grün die Effizienz im Versorgungssystem steigern wollte. Dabei schwang stets die Hoffnung mit, auf diesem Wege nicht nur eine bessere Versorgung gewährleisten, sondern auch unnötige Kosten vermeiden zu können. Zum anderen sollten sie aber auch dazu beitragen, den von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehenden Anreizen zur Unterversorgung und Qualitätsminderung – also der Kosteneinsparung durch vorzeitige Entlassungen oder Verlegungen von Patienten, durch die Selektion einfacher Behandlungsfälle, durch das Unterlassen von Leistungen etc. – entgegenzuwirken.

### 3. Modernisierungsstrategien und Versorgungswirklichkeit

#### 3.1 Die Modernisierung von Versorgungsstrukturen – eine kursorische Bestandsaufnahme

Die Bemühungen zur Etablierung neuer Versorgungsformen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität haben sich bisher kaum in der Praxis niedergeschlagen. Dies gilt insbesondere für die Schaffung *sektorenübergreifender Versorgungsformen* auf der Grundlage von § 140a-h SGB V. Die potentiellen Integrationsakteure haben drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Bestimmung so gut wie gar nicht von den neuen Handlungsspielräumen in der Vertragspo-

litik Gebrauch gemacht. Angesichts dessen hat sich die anfängliche Euphorie schnell wieder gelegt.

Ernüchterung ist auch im Hinblick auf die mit der Möglichkeit zum Abschluss von Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Strukturverträgen (§ 73a SGB V) verbundene Innovationsdynamik eingetreten. Diese Bestimmungen sollten vor allem die Erprobung von Praxisnetzen<sup>3</sup>, darunter auch Hausarzt-netzen, und von indikationsbezogenen Versorgungsmodellen<sup>4</sup> ermöglichen. Zwar sind seit dem Inkrafttreten dieser Regelungen eine Reihe von Versorgungsprojekten auf den Weg gebracht worden. Allerdings haben sich gerade die in die Etablierung von *Praxisnetzen* gesetzten Hoffnungen auf eine Qualitätsverbesserung bei ausgabenneutraler oder sogar kostengünstigerer Finanzierung bisher überwiegend nicht erfüllt (Tophoven 2002). Eine Veränderung von Versorgungsverläufen hat sich in vielen Fällen ebenso wenig eingestellt wie eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Auch Einsparungen lassen sich in vielen Fällen nicht nachweisen oder fallen nur gering aus, zumindest in der Anfangsphase verursachen Praxisnetze üblicherweise sogar weit höhere Kosten als die Regelversorgung. Nicht selten haben Praxisnetze große Anlaufschwierigkeiten oder werden wieder eingestellt. Insgesamt haben sie sich bisher nicht als die Inseln erwiesen, von denen die Modernisierung des gesamten Versorgungssystems ausgeht. Die Bilanz *indikationsbezogener Versorgungsformen* fällt im Vergleich zu der von Praxisnetzen widersprüchlicher aus. In vielen Fällen entsprechen sie weit eher dem Konzept einer sektorübergreifenden Versorgung als die erwähnten Praxisnetze, auch wenn die Vermeidung von stationären Einweisungen ebenfalls ein starkes Motiv für die Schaffung derartiger Versorgungsformen ist. Allerdings lässt sich wegen der mangelhaften Datenqualität zumeist nicht mit Sicherheit feststellen, ob sie gegenüber der Normalversorgung zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse beitragen. Zudem ist die Zahl indikationsbezogener Versorgungsmodelle insgesamt sehr gering, und es wird bisher nur ein sehr kleiner Teil der chronisch Kranken auf diesem Wege versorgt.

- 
- 3 Praxisnetze sind Verbände selbständiger Arztpraxen, in denen sich die beteiligten Ärzte dazu verpflichten, bei der Behandlung einen bestimmten Verhaltenskodex zu beachten. Dazu zählt üblicherweise, Patienten - von definierten Ausnahmefällen abgesehen - nur an Kollegen im Netz bzw. nur an ausgewählte netzexterne Einrichtungen zu überweisen sowie vor der Durchführung bzw. Veranlassung aufwändiger therapeutischer Verfahren und vor der stationären Einweisung eines Patienten eine Zweitmeinung einzuholen oder Rücksprache mit einer Leitstelle zu halten. Häufig verpflichten sich die Ärzte auch dazu, sich an bestimmten Fortbildungsmaßnahmen zu beteiligen.
  - 4 Indikationsbezogene Versorgungsmodelle sind - zumeist sektorenübergreifende - Modelle zur verbesserten Versorgung chronisch Kranker, insbesondere von Diabetikern. Auch hier binden sich die beteiligten Ärzte an bestimmte Behandlungsstandards, insbesondere zur Beachtung bestimmter Indikatoren bei den Übergängen zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und stationärer Versorgung. Sowohl bei indikationsbezogenen Versorgungsmodellen als auch bei Praxisnetzen werden häufig neue Formen der Vergütung ärztlicher Leistungen erprobt.

Auch auf dem Gebiet der *Prävention und Gesundheitsförderung* nach § 20 SGB V haben sich bisher nur geringe Fortschritte eingestellt. Dies kommt nicht zuletzt darin zum Ausdruck, dass die in diesem Zusammenhang aufgewendeten Ausgaben der Krankenkassen mit 0,91 € pro Jahr und Versicherten in 2001 ganz erheblich hinter dem mit 2,56 € ohnehin schon knapp bemessenen, gesetzlich zugestandenen Volumen zurückbleiben. Aber Implementationsprobleme ergeben sich nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht: Nach den bisherigen Erfahrungen darf – trotz einzelner positiver Ansätze (Wanek/Heinrich/Chavet 2002) – bezweifelt werden, ob die Kassen sich dem gesetzlichen Auftrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in dem trotz aller Handlungsrestriktionen grundsätzlich möglichen Ausmaß zuwenden werden.

Fragt man danach, inwieweit die Bemühungen um eine Modernisierung von Präventions- und Krankenversorgungspolitik praxiswirksam geworden sind, fällt die Bilanz also enttäuschend aus. Worin liegen die Ursachen für die offenkundigen Implementationsprobleme? Von überragender Bedeutung sind die durch die Wettbewerbsordnung geschaffenen Interessen der Kassen. Der Zuschnitt der GKV-Wettbewerbsordnung schafft für die Kassen einen Anreiz, ihre Konkurrenz in erster Linie auf dem Wege der Selektion „guter Risiken“ auszutragen. Bedenkt man, dass in der GKV 1998 und 1999 die teuersten 10% der Versicherten, bezogen auf Krankenhausbehandlung, Krankengeld und Arzneimittel, etwa 80% der Leistungsausgaben verursachen (Winkelhake et al. 2002), so wird deutlich, dass sich durch die Verringerung des Anteils dieser behandlungsaufwändigen Versicherten viel wirksamer Kostenvorteile gegenüber den Konkurrenten verschaffen kann als etwa über die Schaffung effizienterer Versorgungsstrukturen. Aber Kassen halten sich mit deren Entwicklung nicht nur zurück, weil andere Strategien wirkungsvoller sind, sondern auch weil aus *gesamtgesellschaftlicher* Perspektive wünschenswerte Innovationen sich für die *einzelne* Kasse als Nachteil im Wettbewerb erweisen können. So können die Krankenkassen kein Interesse daran haben, innovative Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke aufzubauen – erst recht dann, wenn sie kostenintensiv sind – und für sie zu werben, denn sie würden Gefahr laufen, damit die teuren Patienten anderer Krankenkassen anzulocken (Oldiges 1999: 220). Zugleich beklagt der Sachverständigenrat, dass in Modellprojekten gewonnene Erkenntnisse über die Verbesserung der Versorgung „oftmals nicht, verzögert oder partiell transparent gemacht [werden], um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern und Kostenträgern zu sichern“ (SVR 2002, Bd. 3: Ziff. 128).

Der Kassenwettbewerb etabliert also offenkundig ein Anreizsystem, das die Entwicklung und Diffusion effizienter Versorgungsmodelle eher behindert als fördert. Aber nicht nur in der Krankenversorgungspolitik, auch in der Präventionspolitik wirkt dieses Anreizsystem als Innovationshindernis. So können

die Kassen kaum ein Interesse an der Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift haben, Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere am Ziel der Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede zu orientieren (§ 20 SGB V), denn sozial Schwache sind für sie gerade wegen ihrer größeren Krankheitshäufigkeit alles andere als eine attraktive Zielgruppe (Rosenbrock 2001). Insofern existiert auch hier ein Zielkonflikt zwischen den Wettbewerbsinteressen der Kassen und einer sozialkompensatorischen Präventionspolitik (Wanek/Heinrich/Chavet 2002: 164). Unter diesen Bedingungen dürfte sich die Tendenz durchsetzen, Präventionsmaßnahmen vor allem an den „guten Risiken“ auszurichten und sich zu diesem Zweck auf die in diesem Zusammenhang weit werbewirksameren verhaltensorientierten Beratungen und Kurse zu beschränken (Rosenbrock 2001). Jenseits der Bindung bzw. Anziehung günstiger Risiken ist der auf die Kassen wirkende Anreiz für Prävention unter den Bedingungen des Wettbewerbs generell schwach. Die Durchführung von Präventionsmaßnahmen erfordert Investitionen, von denen höchst unsicher ist, ob sie sich jemals amortisieren werden: Denn ob ein Ausbau der Prävention im Lebensverlauf per Saldo Behandlungskosten sparen hilft, ist durchaus unsicher, und selbst wenn dies der Fall sein sollte, kann die heute in Präventionsmaßnahmen investierende Kasse nicht sicher sein, ob die dieses Angebot nutzenden Versicherten nicht morgen den Versicherungsträger wechseln und die unterstellten Einsparungen dann der Konkurrenz zugute kommen.

Die von der GKV-Wettbewerbsordnung ausgehenden Handlungsanreize sind allerdings nicht die einzigen Hindernisse bei der Implementation innovativer Versorgungsformen. Daneben wirken noch weitere problemfeldspezifische Faktoren, die die angestrebten Modernisierungsprozesse behindern. So scheiterte die Implementation sektorenübergreifender Versorgungsformen vor allem an den erwähnten Budgetregelungen: Weil die Gesamtvergütung für ambulante Behandlung budgetiert ist, würde die mit der Integration von Versorgungsverläufen beabsichtigte Verlagerung von Leistungen in die ambulante Versorgung für die *Vertragsärzteschaft insgesamt* nicht zu einer Erhöhung des Gesamthonorars, sondern zu einer niedrigeren Vergütung für die einzelne Leistung führen. Daher besteht im Rahmen der existierenden Budgetierungs- und Vergütungsregelungen sowohl kollektiv als auch individuell kein finanzieller Anreiz zum Abschluss von Integrationsverträgen.

Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, dass wichtige Innovationsprojekte in der Versorgungs- und Präventionspolitik sich schnell im Gestrüpp der Wettbewerbsanreize sowie der geltenden Budgetierungs- und Vergütungsregelungen verfangen. Deutlich wird, dass die Konzipierung, Implementation und Diffusion integrierter Versorgungsmodelle und sozialkompensatorischer Präventionskonzepte komplexe Voraussetzungen hat und es mit der bloßen Erweiterung von gesetzlich eingeräumten Kompetenzen zur Vertragsgestaltung nicht getan ist. Die konstatierten Probleme bei der Implementation innovati-

ver Versorgungsformen zeigen, dass zentrale Steuerungsinstrumente in Widerspruch zu einzelnen Steuerungszielen geraten: Vor allem die sektorale Budgetierung und der Zuschnitt der geschaffenen GKV-Wettbewerbsordnung bringen eine Reihe von Handlungszwängen und Anreizen hervor, deren Zusammenwirken die Durchsetzung von wünschenswerten Innovationen eher behindert als fördert. Bei diesen Widersprüchen handelt es sich nicht einfach nur um „handwerkliche“ Fehler politischer Entscheidungsträger, die man zu den kaum vermeidbaren Begleiterscheinungen komplexer Steuerungsversuche rechnen mag. Vielmehr stehen die Implementationsprobleme vor allem im Zusammenhang mit der skizzierten Grundentscheidung für ein stark am ökonomischen Wettbewerb ausgerichtetes Gesundheitssystem und sind insofern auch kein Problem rot-grüner Gesundheitspolitik allein.

### *3.2 Mit Budgets und Pauschalen auf dem Weg in die implizite Rationierung?*

Unter Versorgungsgesichtspunkten ist nicht nur die Schaffung von innovativen Versorgungsmodellen von Interesse, sondern auch die Frage nach den Auswirkungen von Budgets und Pauschalen als den zentralen quantitativen Steuerungsinstrumenten für die Leistungserbringung. Budgets und Pauschalen sind eine Reaktion auf die Erfahrung, dass Ärzte ohne administrative Ausgabenbegrenzung dazu neigen, Diagnostik und Therapie medizinisch unbegründet auszuweiten. Allerdings besteht das Problem der Budgets – gleich, ob sie global, sektoral oder für die einzelnen Leistungsanbieter formuliert werden – darin, dass ihr Volumen nicht an einem zu ermittelnden Versorgungsbedarf, sondern mit der Beitragssatzstabilität an einer volkswirtschaftlichen Bestimmunggröße ausgerichtet sind. Hinzu kommt, dass sie gleichsam als Heckschmitt wirken und nicht mit adäquaten Instrumenten der Feinsteuerung versehen sind. Daher können sie – selbst wenn das Ausgabenvolumen für eine notwendige Versorgung ausreichen mag – auch nicht gewährleisten, dass genau auf diejenigen Leistungen verzichtet wird, die aus guten Gründen als nicht notwendig gelten können (Kühn 2001).

Ob und in welchem Umfang Ärzte Patienten medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten, ist umstritten und schwer zu beantworten, denn die Intimität der Arzt-Patient-Beziehung und die Definitionsmacht des Arztes im Hinblick auf die Diagnose und Therapie von Krankheit stellen methodisch nur schwer zu überwindende Hürden bei deren empirischer Untersuchung dar. Ungeachtet dessen gibt es harte Hinweise darauf, dass unter der formalen Hülle eines aufrecht erhaltenen Rechtsanspruchs auf alles medizinisch Notwendige zumindest in Teilbereichen der Versorgung bereits eine Rationierung medizinischer Leistungen Platz gegriffen hat (Braun 2000, Köcher 2002). So gaben bei einer Befragung einer repräsentativen Stichprobe von knapp 10.000

Versicherten einer großen Krankenkasse 27,4 % der antwortenden Befragten an, dass ihnen im 4. Quartal 1999 in der ambulanten Behandlung mindestens eine Leistung vorenthalten worden sei (Braun 2000: 78). Bei der Hälfte von ihnen geschah dies unter ausdrücklichem Hinweis auf vorhandene Budgetgrenzen. Im Zusammenhang mit der Einführung von Budgets und Pauschalen im stationären Sektor seit Mitte der 90er Jahre ist gezeigt worden, dass Ärzte und Krankenhausleitungen Entscheidungen über die medizinische Versorgung verstärkt an ökonomischen Nutzenerwägungen ausrichten. Dies äußert sich u.a. in der vorzeitigen Entlassung von Patienten, in der Weigerung, Patienten aufzunehmen, und in der Verschiebung von Operationen (Simon 2001).

Ob die skizzierte Ausweitung der gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung diesen Tendenzen ausreichend entgegenwirken kann, lässt sich aus gegenwärtiger Perspektive nicht abschließend beurteilen – allein schon deshalb nicht, weil sie bisher kaum oder gar nicht Eingang in den Versorgungsalltag gefunden haben. Ungeachtet dessen ist hier eine starke Skepsis angebracht. Als grundsätzlich problematisch erscheint es, ein Finanzierungs- und Vergütungssystem so auszurichten, dass starke finanzielle Anreize zu einer Qualitätsminderung entstehen, um diesen anschließend auf dem Wege der administrativen Kontrolle begegnen zu wollen. Denn gerade die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung und die ärztliche Definitionsmacht im Hinblick auf den Behandlungsbedarf schaffen günstige Bedingungen für eine Vielzahl von Ausweichreaktionen, mit denen das Leistungsgeschehen an den eigenen finanziellen Interessen ausgerichtet werden kann.

#### 4. Gesundheitspolitische Regulierung im Wandel

Generell ist das deutsche Gesundheitswesen durch einen komplexen Mix von Steuerungsformen gekennzeichnet. Korporatistische Elemente sind dabei von besonderer Bedeutung, ja, der ambulante Sektor kann als Paradebeispiel für ein korporatistisches Steuerungsmodell gelten. Die Kostendämpfungspolitik war zumindest bis zu Beginn der 90er Jahre sogar durch den Versuch gekennzeichnet, korporatistische Steuerungsinstrumente insgesamt zu stärken (Döhler/Manow 1992). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welcher Weise die skizzierten Veränderungen auf den verbandlich-kollektivvertraglichen Ordnungsrahmen einwirken und die Architektur des Regulierungssystems im Politikfeld Gesundheit verändern.

Zum einen vollzieht sich auf einigen Regulierungsfeldern eine Erosion korporatistischer Akteursbeziehungen und Steuerungskompetenzen – gerade im Kernbereich der korporativen Ordnung, dem ambulanten Sektor. In wachsendem Maße wendet sich der Staat direkt an die Individualakteure auf der Mikroebene und erweitert deren versorgungs- und vergütungspolitische Handlungsspielräume. Deutlich wird dies vor allem in den erwähnten Möglichkei-

ten der Kassen, die KVen beim Abschluss von Verträgen über Modellvorhaben und integrierte Versorgungsstrukturen zu umgehen. De iure existiert bereits ein Nebeneinander von wettbewerblichen und korporativen Lenkungsformen (Stillfried 2000). Diese Erosion kollektivvertraglicher Regulierungskompetenzen betrifft aber nicht nur die verfasste Ärzteschaft, sondern auch die Kassenseite. Hier werden die vertragspolitischen Spielräume der *Einzelkassen* bzw. der einzelnen *Kassenarten* gezielt erweitert, auch wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene noch in vielen Fragen verpflichtet sind, „gemeinsam und einheitlich“ – so die juristische Sprachregelung – zu handeln (Rosenbrock/Gerlinger 2003). Bei dieser Erweiterung kassenindividueller Handlungsspielräume handelt es sich um den staatlichen Versuch einer Indienstrahmung von Akteuren – hier der Kassen – für die eigenen Steuerungsziele. Dabei erhalten sie diese Spielräume nicht mehr in der Perspektive, sie als Solidargemeinschaft der GKV-Träger, sondern als – zwar in einen öffentlich-rechtlichen Rahmen eingebettete, aber im Kern eben doch – konkurrierende, rational handelnde Wirtschaftssubjekte zu nutzen. Insofern läuft die Aufwertung der Einzelkasse als Steuerungsinanz auf eine Lockerung des kollektivvertraglichen Rahmens hinaus – ein Schritt, der in der Logik des Wettbewerbs nur konsequent ist. Darin wird zugleich deutlich, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen bei der Erschließung von Rationalisierungsreserven in der GKV eine Schlüsselrolle zuweist.

Daneben begünstigen die Folgewirkungen von Budgetierung und Kassenwettbewerb eine Erosion des korporativen Ordnungsmodells in der GKV, denn sie führen zu einer fortschreitenden Fragmentierung von Interessen – sowohl bei den Finanzierungsträgern als auch bei den Leistungsanbietern. Im Zusammenwirken mit der verstärkten Delegation von Kompetenzen an die Individualakteure untergräbt die neue Gemengelage der Anreize jene Homogenität von Interessen, deren Schaffung oder Bewahrung eine zentrale Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit korporatistischer Regulierung ist. Die Tendenzen zur Differenzierung und Fragmentierung äußern sich bei den Kassen in einem Wandel ihres Selbstverständnisses hin zu Versicherungsunternehmen und in einer ausgeprägten Neigung, ihre Handlungsstrategien und zunehmend auch ihre gesundheitspolitischen Positionen nach Maßgabe ihrer einzelwirtschaftlichen Interessen zu formulieren. Noch stärker als in der Vergangenheit werden Reformvorschläge der Politik in erster Linie danach beurteilt, ob sie der eigenen Kasse bzw. dem eigenen Kassenverband im Wettbewerb nützlich sein werden oder nicht. Dabei werden Positionen mit sich ändernden Interessenlagen auch behände gewechselt. Es bedarf vielfach der für weite Teile der Vertragspolitik gesetzlich festgeschriebenen Pflicht zum „gemeinsamen und einheitlichen“ Handeln, um die Kassen noch zum Abschluss von Kollektivvereinbarungen mit den Leistungsanbietern zu bewegen.

Die Fragmentierung von Interessen und Handlungsstrategien bleibt aber nicht

auf die Kassen beschränkt, sondern erfasst zunehmend auch die Vertragsärzteschaft. Seit langem haben sich in den KVen angesichts des hinter dem Anstieg der Arztzahlen zurückbleibenden Zuwachses der vertragsärztlichen Gesamtvergütung die Verteilungskonflikte zwischen den Fachdisziplinen verschärft. Vor allem das Verhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten ist seitdem von tiefen Zerwürfnissen geprägt (Gerlinger 1997). Die Fachverbände der Allgemeinmediziner drohen seit Jahren damit, das gemeinsame Dach der KVen zu verlassen. Auch wenn die Vertragsärzteschaft mehrheitlich am Vertragsmonopol der KVen festhält, sind weitreichende Interessendifferenzierungen in der verfassten Ärzteschaft unübersehbar. Auch zwischen Mitgliederbasis und Vorständen ist eine wachsende Entfremdung entstanden, weil die Vorstände oftmals nicht mehr zwischen den vom Gesetzgeber und den Kassen formulierten Handlungsanforderungen einerseits und den Interessen der KV-Mitglieder andererseits vermitteln können (z.B. Birkelbach 2003).

Allerdings bedeuten diese Entwicklungstendenzen nicht, dass das Gesundheitswesen auf dem Weg in eine reine Marktsteuerung wäre oder dass korporatistische bzw. unmittelbar staatliche Regulierungskompetenzen lediglich als eine Restgröße zu betrachten wären. Vielmehr setzt sich der Trend zur staatlichen Delegation von Handlungskompetenzen an paritätisch zusammengesetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien fort, die unter staatlichen Rahmenvorgaben auf dem Wege der Verhandlung kollektiv verbindliche Beschlüsse zur Regelung von Problemfeldern fassen. Der Staat sichert sich durch Beanstandungsrechte, Genehmigungsvorbehalte und die Drohung mit Ersatzvornahmen für den Fall nicht fristgerecht getroffener oder sachlich bemängelter Vereinbarungen einen entscheidenden Einfluss auf die Inhalte der Regelungen. Unter diesen Steuerungsgremien ist vor allem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ein paritätisch aus Vertretern von Krankenkassen und Vertragsärzten besetztes Gremium, hervorzuheben, der im Zuge des gesundheitspolitischen Wandels der 1990er Jahre einen neuerlichen Bedeutungszuwachs erfuhr (Urban 2001). Der Bundesausschuss ist mit einem umfassenden Auftrag zum Erlass verbindlicher Richtlinien zu nahezu allen Bereichen der ambulanten Behandlung ausgestattet (§ 92 SGB V). Korporatisierungstendenzen werden aber auch im stationären Sektor sichtbar, wo für Krankenkassenverbände und Krankenhausgesellschaften die Kompetenz zum Abschluss von für ihre Mitglieder jeweils verbindlichen Vereinbarungen ebenfalls ausgeweitet worden ist (z.B. Döhler/Manow 1997: 141ff.). Dieser Trend zur Kompetenzzuweisung an Kassenverbände und Krankenhausgesellschaften setzte sich mit den jüngeren Gesundheitsreformen fort – etwa wenn deren Dachorganisationen damit beauftragt werden, die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für die DRGs festzulegen.

Darüber hinaus setzt der Staat einen zunehmend restriktiven Handlungsrahmen für die kollektivvertraglichen Regelungen in der GKV. Dies betrifft insbe-

sondere die Ausgabenentwicklung. Die sektoralen Budgetierungen seit 1993, die Verschärfung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität, die im Beitragsentlastungsgesetz 1996 staatlicherseits oktroyierte Reduktion der GKV-Beitragsätze um 0,4 Prozentpunkte oder die 2003 verfügte Einfrierung von GKV-Ausgaben sind prägnanter Ausdruck hierarchischer Intervention und des Misstrauens gegenüber der Fähigkeit und Bereitschaft der Selbstverwaltung, die Einhaltung globaler Ausgabenziele zu gewährleisten.

Dass sich parallel zur Einführung von Wettbewerbsmechanismen und zur Aufwertung der Individualakteure als Regulierungsinstanzen ein partieller Bedeutungszuwachs zentralisierter, parastaatlicher Gremien sowie direkter staatlicher Intervention vollzieht, ist ein Hinweis darauf, dass die Regulierung eines Politikfeldes kein Nullsummenspiel aus wettbewerblichen Regelungen einerseits und korporativen bzw. staatlichen Regelungen andererseits ist. Einer der wichtigsten Gründe für die Beharrungskraft korporatistischer Regelung und staatlicher Intervention im Gesundheitswesen liegt in den skizzierten Ökonomisierungstendenzen selbst. Beide sind in vielen Fällen eine Reaktion auf die wahrgenommenen oder aufgrund bisheriger Erfahrungen antizipierten Fehlsteuerungen, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehen. Dies wird insbesondere deutlich im Hinblick auf die formalrechtliche Aufwertung, die das Feld der Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren in der GKV erfahren hat. Gerade wegen der geschilderten Anreize zur Leistungsbegrenzung bzw. -minimierung werden kollektiv verbindliche Qualitätsstandards unverzichtbarer denn je, wenn verhindert werden soll, dass Einsparungen zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen (Lüngen/ Lauterbach 2002).<sup>5</sup> Insofern soll die Verpflichtung von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern auf die Einhaltung derartiger Kriterien dazu beitragen, unerwünschte gesundheitliche Wirkungen veränderter Anreizstrukturen zu vermeiden bzw. zu korrigieren und auf diese Weise die Funktionsfähigkeit von Wettbewerb und Budgetierung sicherzustellen. Die skizzierte Ökonomisierung und insbesondere die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in einen hochkomplex organisierten, staatsnahen Sektor wie das Gesundheitssystem ist ohne ein Mindestmaß an Re-Regulierung offenkundig nicht möglich.

Darüber hinaus ist für die Korporatisierung auch von erheblicher Bedeutung, dass mit der rigiden Ausgabenbegrenzung die Gefahr von Versorgungsmängeln und damit von Legitimationsrisiken für die politisch Verantwortlichen wächst. Gremien wie der erwähnte Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sind hierfür generell unempfindlicher als Parteien, Regierungen und Parlamente, weil sie jenseits des Scheinwerferlichts der Öffentlichkeit agieren.

---

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

Für die politischen Entscheidungsträger ist es daher z.B. weit interessanter, statt einer formellen Ausgrenzung von Leistungen auf dem Gesetzeswege die restriktive Interpretation des Leistungskatalogs einem Selbstverwaltungsgremium wie dem Bundesausschuss zu überlassen. So steht dessen Aufwertung bei der Überprüfung und Definition des Leistungskatalogs in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den 1996 gescheiterten Bemühungen der konservativ-liberalen Koalition, einige bisher paritätisch finanzierte Regelleistungen in ausschließlich von den Versicherten zu tragende Satzungsleistungen („Gestaltungsleistungen“) zu transformieren (Urban 2001).

## 5. Fazit und Ausblick

Gegenwärtig ist die GKV ein gutes Stück von einer Marktsteuerung entfernt. Der Wettbewerb beschränkt sich bisher weitgehend auf die Krankenkassen und hier wiederum auf die Höhe des Beitragssatzes, während das Leistungsrecht dem Wettbewerb weitgehend entzogen ist. Nach wie vor gilt also ein einheitlicher und alles medizinisch Notwendige umfassender Leistungskatalog, der alle Akteure in der GKV rechtlich bindet. Aber nicht nur darin kommt die öffentlich-rechtliche Verantwortung für die medizinische Versorgung zum Ausdruck. Sie findet ihren Niederschlag auch im Sicherstellungsauftrag der KVen für die ambulante und der Länder für die stationäre Versorgung. Wenn sich die GKV bisher als vergleichsweise sperrig gegenüber einer Anpassung an die Erfordernisse einer postfordistischen Regulationsweise erwiesen hat, so ist dies auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen. Erstens geht es bei der Gesundheitspolitik – anders etwa als in der Rentenversicherung und in weiten Teilen der Arbeitslosenversicherung – nicht „nur“ um soziale Umverteilung bzw. um die soziale Abfederung bestimmter Lebensrisiken, sondern um die Steuerung persönlicher Dienstleistungen im Rahmen eines bedeutenden Wirtschaftszweiges. Gesundheitspolitische Steuerungsbemühungen vollziehen sich also in Arenen, in denen eine Vielzahl von Akteuren, zum Teil organisiert in mächtigen Verbänden, mit jeweils eigenen Interessen und Handlungsoptionen aktiv ist. Zum anderen entscheiden im Gesundheitswesen notwendigerweise eine Vielzahl von Individualakteuren über Leistungsanspruchnahme und Leistungsgewährung, während sich etwa in der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung über die Ermittlung von Anwartschaftszeiten und Bruttoeinkommen Leistungsansprüche in der quantitativen Sprache des Geldes staatlicherseits eindeutig definieren lassen. Für den Staat stellt sich hier das Problem der Implementation von Steuerungsinstrumenten mit besonderer Schärfe. Zweitens wird die Bereitschaft der politischen Entscheidungsträger, das Gesundheitswesen in Richtung auf eine Ökonomisierung von Versorgungsstrukturen umzubauen, trotz einer wachsenden Distanz zu den Leistungsanbietern immer wieder durch klientelistische Rücksichtnahmen vor al-

lem auf die Interessen der Ärzte und der Pharmaindustrie und durch die Furcht vor dem Einfluss der Ärzte auf die öffentliche Meinung geschwächt. Drittens dürfte auch von Bedeutung sein, dass das Thema „Gesundheit“ stets ein großes Skandalisierungspotential beinhaltet. Sozialwissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es in der Bevölkerung eine breite Zustimmung zu einer bedarfsgerechten, solidarisch finanzierten Krankenversorgung gibt (Ullrich 2000; Zok 2002). Sogar die Bereitschaft, steigende Beiträge in Kauf zu nehmen, wenn die medizinische Versorgung dies erfordert, ist recht groß (Wasem 1999). Dementsprechend sind Eingriffe in das Leistungsrecht der GKV für die politischen Eliten auch mit beträchtlichen Legitimationsrisiken verknüpft.

Trotz dieser Beharrungskräfte haben die weitreichenden Umbauversuche seit Beginn der 1990er Jahre sowohl im Regulierungssystem als auch im Versorgungsalltag ihre Spuren hinterlassen. Der Wandel des Regulierungssystems in der GKV ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Individualakteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) mit Hilfe einer Reihe von Instrumenten in ein umfassendes Anreizsystem integriert werden, das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen bei der Erbringung, bei der Finanzierung und auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengengrenzung zu orientieren. Die Einführung von Pauschalentgelten und Individualbudgets für die Leistungserbringer als neben dem Kassenwettbewerb wichtigste Instrumente dieses Wandels dürften im Versorgungsalltag bereits zu Rationierungen medizinischer Leistungen geführt haben.

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

Die SPD hatte den skizzierten Wandel bereits unter der konservativ-liberalen Regierung mitgestaltet und seit 1998 gemeinsam mit den Grünen fortgeführt. Nachdem die rot-grüne Gesundheitspolitik sich inhaltlich von ihren Vorgängerregierungen zunächst vor allem durch das Festhalten an einem einheitlichen, solidarisch finanzierten Leistungskatalog abgesetzt hatte, sieht nunmehr

auch die Gesundheitsreform 2003 eine erhebliche finanzielle Entlastung der Arbeitgeber und eine Privatisierung von Krankenbehandlungskosten vor. Dass die Regierungsparteien und die CDU/CSU nunmehr sogar an einem gemeinsamen Gesetzentwurf arbeiten, begründet die Vermutung, dass es bei den bisher vorgesehenen Belastungen von Versicherten und Patienten wohl nicht bleiben wird.

## Literatur

- Alber, Jens (1992): *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*, Frankfurt a.M./New York
- Birkelbach, Klaus (2003): Ärzteverbände im Urteil ihrer Mitglieder. Eine empirische Untersuchung der Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten mit ihren Verbänden in den Jahren 1992 und 1998/99. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 32 (2), S. 156-177
- Braun, Bernard (2000): *Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen - Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?*, St. Augustin
- Gesetzentwurf (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG) (Bundstagsdrucksache 15/1170 vom 16.6.2003).
- Deppe, Hans-Ulrich; Burkhardt, Wolfram (Hg.) (2002): *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*, Hamburg
- Döhler, Marian; Manow, Philip (1997): *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*, Opladen
- Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatwissenschaften und Staatspraxis*, 3 (1), S. 64-106
- Gerlinger, Thomas (1997): *Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Neugestaltung der kasernenärztlichen Vergütung zwischen Gesundheitsstrukturgesetz und „dritter Stufe“ der Gesundheitsreform*, Frankfurt a.M.
- Gerlinger, Thomas (2002): *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin
- Henke, Klaus-Dirk (2003): Zukunftsbranche statt Kostenfaktor. Das Gesundheitswesen braucht Politikferne, weniger Macht der Verbände und mehr Vielfalt. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 3.5.2003
- Hirsch, Joachim (2002): *Herrschaft, Hegemonie und politische Alternativen*, Hamburg
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter; Cassel, Dieter; Wasem, Jürgen (2001): *Zur Wirkung des Risikostrukturgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht*, o.O.
- Kania, Helga; Blanke, Bernhard (2000): Von der „Korporatisierung“ zum Wettbewerb. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren. In: Czada, Roland; Wollmann, Hellmut (Hg.): *Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit*, Wiesbaden, S. 567-591
- Köcher, Renate (2002): Angst vor der Zwei-Klassen-Medizin. Wachsende Sorgen über das Gesundheitssystem. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 17. 4. 2002
- Kühn, Hagen (1996): *Ethische Probleme einer ökonomisch rationierten Medizin* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P96-207), Berlin
- Kühn, Hagen (2001): *Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses* (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, WZB-Paper P01-202), Berlin
- Lüngen, Markus; Lauterbach, Karl W. (2002): Qualitätssicherung auf der Basis der DRG-Finanzierung. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 48 (2), S. 133-163
- Lutz, Burkart (1984): *Der kurze Traum immerwährender Prosperität*, Frankfurt a.M./New York
- Manow, Philip (1994): *Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger* (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Discussion Paper 94/5), Köln

- Mayntz, Renate; Derlien, Hans-Ulrich (1979): *Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung: eine strukturell-funktionale Problemstudie*, Bonn
- Neubauer, Günter (2002): Auswirkungen eines DRG-basierten Vergütungssystems auf den Wettbewerb der Krankenhäuser. In: Wille, Eberhard (Hg.): *Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, S. 159-176
- Oldiges, Franz-Josef (1999): Chronisch Kranke - Neue Versorgungsformen - Gesundheitsreform 2000. In: *Sozialer Fortschritt*, 48 (9), S. 215-221
- Reiners, Hartmut (1993): *Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Discussion Paper P93-210), Berlin
- Reinhardt, Uwe; Sandier, Simone; Schneider, Markus (1986): *Die Wirkungen von Vergütungssystemen auf die Einkommen der Ärzte, die Preise und auf die Struktur ärztlicher Leistungen im internationalen Vergleich*, Augsburg
- Rosenbrock, Rolf (2001): Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 89 (1), S. 22-27
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2003): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern (i.E.)
- Rosewitz, Bernd; Webber, Douglas (1990): *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt a.M./New York
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (1996): *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1996. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung*, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997, Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001*, 3 Bde., Baden-Baden
- Siegrist, Johannes (1995): *Medizinische Soziologie*, 5. Aufl., München
- Simon, Michael (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*, Opladen/Wiesbaden
- Simon, Michael (2001): *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health Discussion Paper P01-205), Berlin
- Stillfried, Dominik Graf von (2000): Integrationsversorgung - Innovationspotenzial und Risiken. In: *Sozialer Fortschritt*, 49 (8-9), S. 175-184
- Tophoven, Christina (2002): Der lange Weg zur integrierten Versorgung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 56 (9-10), S. 12-17
- Ullrich, Carsten G. (2000): *Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Frankfurt a.M./New York
- Urban, Hans-Jürgen (2001): *Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206), Berlin
- Wanek, Volker; Heinrich, Siegfried; Chavet, Alfons (2002): Gesundheitspolitik zur Verringerung der „sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen“. Ansatzpunkte und Notwendigkeiten im Feld der Prävention. In: *Deppe/Burkhardt*, S. 159-170
- Wasem, Jürgen (1999): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie*, Neuss
- Winkelhake, Olaf; Miegel, Ulrich; Thormeier, Klaus (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. In: *Sozialer Fortschritt*, 51 (3), S. 58-61
- Zok, Klaus (2002): Erwartungen der Versicherten an die Gesetzliche Krankenversicherung. Bevölkerungsumfragen zum Versicherungsverständnis bei GKV-Mitgliedern. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 56 (3-4), S. 29-35