

Historischer Abriss: Die gesetzliche Krankenversicherung als Torso eines gewachsenen „Gesundheitssystems“¹

(aus: Hans-Ulrich Deppe: „Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland“, 3. überarbeitete Auflage, Frankfurt/M 2002, S. 12-20)

Das deutsche Gesundheitswesen hat eine lange Tradition, aus der sich bis heute strukturelle Elemente erhalten haben. Es hat sich weder als Resultat marktwirtschaftlicher Prozesse gleichsam selbstregulierend noch als ein politisch geplantes Modell herausgebildet. Es ist einen dazwischen liegenden Weg gegangen und ist entsprechend den jeweiligen gesellschaftlichen Herrschaftsbedingungen *historisch „gewachsen“*. Das Gesundheitswesen ist Teil des deutschen Sozialstaats in einer Marktwirtschaft und spiegelt - wenn auch nicht ungebrochen - den Verlauf der deutschen Geschichte wider. Insofern stellt sich zurecht die Frage, ob es im strengen Sinn als „System“ bezeichnet werden kann.

Zentrale Institution des deutschen Gesundheitswesens ist die *gesetzliche oder soziale Krankenversicherung*. Sie wurde 1883 unter Bismarck, dem Reichskanzler einer bürgerlich-monarchistischen Gesellschaftsordnung, als „Arbeiterversicherung“ gegen die politische Arbeiterbewegung eingeführt. Das war vor der Erreichung der vollen Demokratie in Deutschland und sollte sogar zur Verhinderung derselben dienen. Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung war neben weiteren Absicherungen gegen soziale Risiken zugleich die obrigkeitsstaatliche Reaktion auf die gesellschaftlichen Auswirkungen der industriellen Revolution in der bürgerlichen Gesellschaft. Es war weltweit die erste gesetzliche Krankenversicherung. Sie existiert in ihren Grundzügen bis heute und hat sich als sehr anpassungsfähig erwiesen. Mehrfach wurde sie modifiziert und der gesellschaftlichen Entwicklung angeglichen. Inzwischen hat sie zwei Weltkriege, verbunden mit zwei Inflationen, und etliche ökonomische Krisen überstanden. Das deutsche „Modell“ einer gesetzlichen Krankenversi-

¹ Vgl. ausführlich: H.-U. Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a.M. 1987, S. 9ff.; R. Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft, Köln 1997; F. Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd. 2, Bonn 1977.

cherung ist also durch eine bemerkenswerte strukturelle Kontinuität und Flexibilität gekennzeichnet. Angesichts dieser spezifischen Merkmale macht es Sinn, im folgenden näher auf die Entstehung und Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung einzugehen. Da sie den organisatorischen und finanziellen Kern des Gesundheitswesens bildet, hatte sie nachhaltigen Einfluss auf dieses insgesamt.

Entstehungsphase: Das „Bismarck-Modell“

Mit dem Einsetzen der industriellen Revolution in den 30er Jahren des 19. Jahrhunderts und ihren sozialen Risiken für die arbeitende Bevölkerung kam es auch zu ersten organisatorischen Ansätzen der Unterstützung im Fall sozialer Not wie Krankheit und Arbeitslosigkeit. Daraus hervorgegangene Unterstützungs- und Hilfskassen, die von deren Mitgliedern autonom verwaltet wurden, gelten als Vorläufer der gesetzlichen Krankenversicherung. Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15. Juni 1883, das am 1. Dezember 1884 in Kraft trat, führte die gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Reich ein. Es folgten 1884 das Gesetz zur Errichtung der Unfallversicherung und 1889 das der Invaliden- und Altersversicherung. Damit war das Jahrzehnt der Bismarckschen Sozialgesetzgebung abgeschlossen und ein wesentlicher Grundstein für die sozialstaatliche Entwicklung Deutschlands gelegt. Das Krankenversicherungsgesetz bestimmte erstmals eine einheitliche allgemeine *Versicherungspflicht* für Industriearbeiter sowie Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben. Es garantierte ihnen einen *Rechtsanspruch auf Mindestleistungen* zur wirtschaftlichen Sicherstellung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, auf ärztliche Behandlung und Sterbegeld. Einkommensverluste durch Krankheit und Tod sollten so kompensiert werden. Die *Beiträge* wurden anfangs zu einem Drittel von den Unternehmen und zu zwei Dritteln von den Beschäftigten bezahlt. Daraus wurde das Recht abgeleitet, die Unternehmer auch zu einem Drittel an den Entscheidungsgremien der *Selbstverwaltung* zu beteiligen. Die Beitragshöhe und die Verausgabung der Finanzmittel erfolgte nach an *Solidarität* orientierten Kriterien. Krankenkassen konnten von Gemeinden, Betrieben, Innungen oder Knappschaften eingerichtet werden. 1885 waren etwa 10 Prozent und 1911 et-

wa 18 Prozent der Bevölkerung des Deutschen Reichs in rund 22 000 Krankenkassen versichert.²

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung war kein administrativer Akt, sondern eine weitreichende politische Entscheidung der herrschenden Klasse in Deutschland. Sie hatte aus den Erfahrungen mit der Pariser Kommune von 1871 gelernt. Mit dem Konzept von „Zuckerbrot und Peitsche“ sollte das bestehende Gesellschaftssystem überlebensfähig gemacht werden. Dabei ging es vor allem um die Bekämpfung der politischen Arbeiterbewegung („Sozialistengesetz“ von 1878) mit ihren systemalternativen Forderungen. Zugleich sollte den Arbeitern die Möglichkeit geboten werden, sich in das System integrieren zu können. Die Sozialpolitik in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts ist der politische Versuch einer integrativen Befriedungspolitik im Zuge der Unterdrückungsmaßnahmen gegen die sich organisierende Arbeiterbewegung. Es ist deshalb auch verständlich, dass die parlamentarischen Vertreter der Arbeiterparteien diese Gesetze ablehnten. Erst nachdem das „Sozialistengesetz“ aufgehoben worden war, orientierte sich die Arbeiterbewegung um und gewann zunehmend Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung.³

Reichsversicherungsordnung, Erster Weltkrieg und Weimarer Republik

Die Reichsversicherungsordnung wurde als Gesetz am 19. Juli 1911 verabschiedet. Für die gesetzliche Krankenversicherung trat es am 1. Januar 1914 in Kraft. In der Reichsversicherungsordnung wurden Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zusammengefasst. Sie regelte bis zur Einführung des Sozialgesetzbuches (1986, Buch V) die Krankenversicherung. Die Reichsversicherungsordnung übertrug die Aufgaben der Gemeinde-Krankenversicherung vor allem auf die Ortskrankenkassen. Die Versicherungspflicht wurde auf zusätzliche Arbeitergruppen - insbesondere land- und forstwirtschaftliche Arbeiter - ausgeweitet. Die Familienangehörigen der Versicherten konnten in die Krankenversicherung einbezogen werden. Und Angestellte wurden bis zu einer festgelegten Einkommenshöhe versicherungspflichtig. Der Zeitraum bis 1933 war geprägt durch den Ersten Weltkrieg, die Nachkriegssituation, Inflation und Weltwirtschaftskrise. Während des Krieges herrschte zwischen den an der gesetzli-

² Vgl. hierzu auch: W.U. Eckart, „... nicht ausschließlich im Wege der Repression“, Die Anfänge der deutschen Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung in der Ära Bismarck, in: Forum Wissenschaft, Nr. 1, 1998, S. 27- 30.

³ Vgl. ebenda.

chen Krankenversicherung beteiligten Interessengruppen ein „Burgfrieden“. Die Finanzmittel der Kassen wurden durch die kriegsbedingte Inflation entwertet. Nach dem Krieg konnten die Kassen bei anhaltender Inflation die ihnen übertragenen Aufgaben nicht mehr voll erfüllen und es kam zu heftigen Auseinandersetzungen mit den Leistungsanbietern - insbesondere den Ärzten. Dazu trug auch die Revolutionsgesetzgebung von 1919 bei, in deren Kontext die Sozialisierung des Gesundheitswesens gefordert wurde. Die Situation verschärfte sich mit dem Beginn der Weltwirtschaftskrise gegen Ende der 20er Jahre und der damit einhergehenden Massenarbeitslosigkeit. Bereits 1927 wurde die *Arbeitslosenversicherung* als „vierte Säule“ der Sozialgesetzgebung eingeführt. Und infolge der gestiegenen Sozialbeiträge intervenierte der Staat zwischen 1930 und 1932 mit mehreren Notverordnungen in die gesetzliche Krankenversicherung. Das Krankengeld wurde herabgesetzt, eine Krankenscheingebühr erhoben, die Versicherten an den Arzneimittelkosten zusätzlich beteiligt und die Mehrleistungen der Krankenkassen beseitigt. Zur Einschränkung und Kontrolle der Inanspruchnahme der Kassen durch so genannte „Bagatellfälle“ wurde der *Vertrauensärztliche Dienst* eingeführt. Und die Kassenärzte wurden Pflichtmitglieder in den als öffentlich-rechtliche Körperschaften neu gegründeten *Kassenärztlichen Vereinigungen*.

Ärzte gegen Krankenkassen

Die Ärzte hatten anfangs von der Einrichtung der „Arbeiterversicherung“ kaum Notiz genommen. Zählten doch die hier Versicherten nicht gerade zu ihrer Hauptklientel. Nachdem jedoch eine wachsende Zahl der Bevölkerung in den Kreis der Versicherten einbezogen wurde und die Arztdichte sich erhöhte, regte sich das berufsständische Interesse der Ärzte. Anstatt der Kassen, die zunächst Schwierigkeiten hatten, qualifizierte Vertragsärzte zu bekommen, wollten sie nun selbst darüber entscheiden, wer zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen wird. Es ging weiter um die Höhe der Honorierung kassenärztlicher Leistungen. Und schließlich wollten die Ärzte trotz vertraglicher Bindungen an die Kassen nicht ihre Freiberuflichkeit verlieren. Über diese Punkte gab es anhaltende Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Um die Jahrhundertwende schlossen sich die Ärzte in wirtschaftlichen Vereinigungen zusammen. Es kam zu regionalen und zentralen „Ärztestreiks“. Kurz vor in Kraft treten der Reichsversicherungsordnung einigten sich Kassenverbände und Ärz-

te im Berliner Abkommen (23. Dezember 1913) auf eine gleichberechtigte Mitwirkung der Ärzte bei der Auswahl der Kassenärzte und der Festsetzung der mit ihnen zu vereinbarenden Bedingungen. Damit verloren die Kassen ihre Zulassungsautonomie. Der wachsende Einfluss der Arbeiterbewegung auf die Kassen durch die gewählten Versichertenvertreter verlagerte den anfänglichen Konflikt um die Kassen mit dem Staat in das Gesundheitswesen hinein. Die Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzten flammten nach dem Ersten Weltkrieg wieder auf und erreichten 1923/24 ihren Höhepunkt in einem „Generalstreik“ der Ärzte, der die Kassen dazu zwang, *kasseneigene Ambulatorien* einzurichten, um die Krankenversorgung aufrechtzuerhalten. Diese waren nämlich eine Systemalternative zur freiberuflichen Tätigkeit von Ärzten und wurden bis zu Beginn der 90er Jahre von den ärztlichen Standesorganisationen heftig bekämpft (Deutsche Vereinigung). Angesichts der desolaten Haushaltslage der Krankenkassen infolge der Weltwirtschaftskrise hielten die Konflikte mit den Ärzten bis zum Ende der Weimarer Republik an.

Zeit des Faschismus

Schon kurz nach der nationalsozialistischen Machtergreifung kam es zu umfangreichen Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen und ihre Verbände - insbesondere die Ortskrankenkassen - wurden von sozialistischen und kommunistischen Versichertenvertretern und Angestellten „gesäubert“. Die Selbstverwaltung wurde zugunsten des nationalsozialistischen Führerprinzips beseitigt. Auch die kasseneigenen Versorgungseinrichtungen mussten geschlossen werden. Die Ersatzkassen erhielten den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und 1941 wurden die Rentner in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen.

Ganz anders verlief die Entwicklung auf Seiten der Ärzteschaft, die sich erstaunlich schnell und bereitwillig den nationalsozialistischen Vorstellungen anpasste: freiwillige Gleichschaltung, aktive Teilnahme am Ausschluss jüdischer und politisch missliebiger Kollegen sowie massenhafte Beitritte zur NSDAP. Sozusagen als Belohnung dafür erhielten sie die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (1933) sowie die schon lange geforderte Reichsärztekammer und die Reichsärzteordnung mit eigener Berufsggerichtsbarkeit (1936). Die Ärzteschaft erfuhr nachhaltige Unterstützung von den Nationalsozialisten, nicht zuletzt deshalb, weil sie zur Legitimation der Rassen-

ideologie, ihrer grausamen Umsetzung und für die schon früh beginnenden Kriegsvorbereitungen benötigt wurde.

Nachkriegsperiode

Nach der Gründung von BRD und DDR kam es in den beiden deutschen Staaten zu einem grundsätzlich verschiedenen Wiederaufbau und Organisation des Gesundheitswesens. Die DDR baute ein staatliches Gesundheitswesen auf und griff dabei auf gesundheitspolitische Vorstellungen der Arbeiterbewegung in der Weimarer Republik zurück: Die Zweige der Sozialversicherung wurden zu einer Einheitsversicherung zusammengefasst, staatliche Polikliniken und Ambulatorien gegründet und sukzessive ausgebaut sowie ein umfangreiches Betriebsgesundheitswesen errichtet. Die Krankenversorgung wurde kommerziellen Interessen entzogen. In der BRD dagegen wurde an den Strukturprinzipien der Reichsversicherungsordnung angeknüpft. Die Koalition aus Bundesregierung, Ärzten und Arbeitgeberverbänden sah darin das adäquate Modell für die wiederhergestellten privatwirtschaftlichen Grundstrukturen in Westdeutschland. In gemeinsamer Frontstellung gegen Sozialdemokratie und Gewerkschaften setzte dieser Block das Sozialpartnerschaftsmodell in der Selbstverwaltung durch. Die Verwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde wieder gewählten Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, nun aber in einem paritätischen Verhältnis, übertragen (1951). Allerdings konnten die Ersatzkrankenkassen die vollständige Besetzung ihrer Selbstverwaltungsorgane mit gewählten Versichertenvertretern beibehalten. Darüber hinaus wurden in der BRD Sozialgerichte zur Klärung von Rechtsstreitigkeiten eingeführt (1953). Nach der Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und der Reichsärztekammer erhielten die freiberuflich niedergelassenen Kassenärzte mit dem *Gesetz über das Kassenarztrecht* vom 17. August 1955 wieder eine eigene Selbstverwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden wie am Ende der Weimarer Republik öffentlich-rechtliche Körperschaften. Eine ihrer Hauptaufgaben ist seitdem die Wahrnehmung des Monopols der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung, der so genannte Sicherstellungsauftrag. Damit bekamen die Kassenärzte wieder eine staatlich abgesicherte Interessenvertretung mit Zwangsmitgliedschaft. Allerdings mussten sie auf das in der Weimarer Republik eingesetzte Instrument des „Streiks“ verzichten. Sie sind seitdem bei einer Nichteinigung mit den Krankenkassen in Honorarverhandlungen an ein ge-

gesetzlich geregeltes Schiedsverfahren gebunden, um einen vertragsfreien Zustand auszuschließen. Mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht wurde der Grundstein für die starre Abgrenzung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im deutschen Gesundheitssystem gelegt. Nach jahrelangem Streit erwirkten 1960 angestellte Ärzte gegen den Widerstand der Kassenärzte gerichtlich die freie kassenärztliche Niederlassung. Die „Verhältniszahl“, die die Zulassung eines Kassenarztes pro Versicherten bis dahin definierte, wurde gerichtlich aufgehoben. Auf der Seite der Versicherten erkämpften die Gewerkschaften 1956/57 in einem mehrmonatigen Streik die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von Arbeitern, die allerdings erst 1970 voll realisiert werden konnte. Auch die „Karenztage“ wurden in diesem Zeitraum abgebaut. Damit erfolgte eine Angleichung der Situation der Arbeiter an die der Angestellten, denen schon seit 1931 eine gesetzlich garantierte Gehaltsfortzahlung bei Krankheit gewährt wurde. Die tarifrechtliche Regelung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die von den Unternehmen aufzubringen ist, entlastete die Krankenkassen und gab ihnen die Möglichkeit, sich auf die Finanzierung der medizinischen Versorgung zu konzentrieren. Gegen Ende der 50er bis Anfang der 60er Jahre kam es zu massiven Auseinandersetzungen um die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch strukturelle Veränderungen - insbesondere „Selbstbeteiligungen“ der Versicherten - sollten nämlich die Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenkassen gelöst werden. Obwohl die CDU über die absolute Mehrheit im Parlament verfügte, scheiterte die Reform an dem zwar unterschiedlich motivierten, aber gemeinsamen Widerstand von Gewerkschaften und Ärzten. Da mit Beginn der 60er Jahre die Wirtschaftsentwicklung zunehmend prosperierte und für die gesetzliche Krankenversicherung günstigere finanzielle Voraussetzungen schuf, konnte zunächst auf die Reformbemühungen verzichtet werden.

Kritik und Ausbau

Gegen Ende der 60er Jahre bis zu Beginn der 70er Jahre kam es im Gefolge der Debatte um die Krise in der Bildungspolitik auch zu Diskussionen um die „Krise der Medizin“, die zu einer breiten Bewegung für strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen führte. Sie ging aus von der studentischen Opposition an den Universitäten, den Gewerkschaften, dem linken Flügel der SPD und liberalen Massenmedien. Im Zuge einer anhaltenden Kritik wurden wichtige Neuerungen eingeführt: So wurde

1967 die Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erstmals anerkannt. Dem 1969 endgültig verabschiedeten Lohnfortzahlungsgesetz folgten nach Regierungsantritt der sozialliberalen Koalition (1969) die Ausweitung des Personenkreises der gesetzlichen Krankenversicherung auf über 90 Prozent der Gesamtbevölkerung. Die Bestallungsordnung für Ärzte wurde durch die Approbationsordnung (1970) mit den neuen psychosozialen Stoffgebieten ersetzt. Erstmals wurden auch präventive Leistungen in Gestalt von Vorsorgeuntersuchungen eingeführt (1970). Die Landwirte erhielten eine eigene Krankenversicherung (1972). Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wurde gesetzlich geregelt (1973). Hinzu kam das Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972), das die Vorhaltung von Krankenhäusern zur öffentlichen Aufgabe erklärte und deren „duale Finanzierung“ festlegte. Danach übernahmen Bund und Länder die Investitionskosten, während die durch Benutzung verursachten Betriebs- und Behandlungskosten über die Pflegesätze von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen wurden. Ab 1971 kam es auf der Ebene der Bundesländer zu einer Organisationsreform im Krankenhaus, in der das traditionelle „Chefarztprinzip“ zur Disposition gestellt wurde. Im Landkreis Hanau wurde am Modell eines „klassenlosen Krankenhauses“ gearbeitet. Und im ambulanten Sektor entfaltete sich eine breite Diskussion über Gruppenpraxen und Gesundheitszentren. Insgesamt lag dieser Periode eine Aufbruchstimmung zugrunde, die es ermöglichte, vernachlässigte Probleme der Gesundheitspolitik, des Gesundheitswesens und der Medizin öffentlich zu diskutieren. Es war die Entstehungsphase der sich bis heute fortsetzenden kritischen und sozialen Medizin mit ihrer wachsenden Vertretung in den Ärztekammern.

Politik der Kostendämpfung

Diese vorangegangene Entwicklung, in der auf dem Hintergrund einer günstigen Wirtschaftslage die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in relevanten Bereichen ausgeweitet werden konnten, blieb ab 1974 mit dem Beginn der anhaltenden Wirtschaftskrise stecken. Steigende Massenarbeitslosigkeit, Kurzarbeit sowie langsamer wachsende Löhne und Gehälter führten zu spürbaren Einnahmeausfällen bei der Sozialversicherung. Der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen musste deutlich erhöht werden. Die sozialliberale Koalition reagierte darauf mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (1976), das „kostenneutrale Re-

formen“ durch Rationalisierungseffekte vorsah. Schon ein Jahr später folgte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. Es legte den Grundstein für die „Globalsteuerung“ durch eine „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“, die die Ausgaben der Kassen an die Grundlohnentwicklung binden sollte. Zu diesem Zeitpunkt ging das sozialdemokratisch geführte Bundesarbeitsministerium noch davon aus, dass die finanziellen Lasten ausgeglichen auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber verteilt werden können. Da der Anstieg der Beitragssätze nicht gestoppt werden konnte, folgten weitere Kostendämpfungsgesetze.

Die 1982 an die Macht gekommene konservativ-liberale Regierung setzte diese Politik zunächst fort, gab jedoch die paritätische Belastung zugunsten der Unternehmen auf. Ab Mitte der achtziger Jahre ergänzte sie die Sparpolitik durch organisatorische Veränderungen der gesetzlichen Krankenversicherung und orientierte auf eine strukturelle Veränderung des historisch gewachsenen deutschen Gesundheitssystems.

Diese Phase setzte mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 ein. Dessen Priorität beruhte auf dem „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ durch Senkung der Ausgaben und institutionalisierter Wirtschaftlichkeitskontrollen. Mit dem GRG wurde das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung neu kodifiziert und als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingefügt. Damit einher ging eine Öffnung der Krankenkassen für „Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung“. Neu wurde die Formulierung aufgenommen: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.“⁴ Das GRG konnte jedoch die in es gesetzten ausgabensenkenden Erwartungen nicht erfüllen. Es blieb wie die Gesetze zuvor nur ein kurz wirkendes „Kostendämpfungsgesetz“ mit dem Schwerpunkt im Arzneimittelbereich. Es folgte 1992 das gleichsam in großer Koalition beschlossene Gesundheits-Strukturgesetz, das dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine sektorale Budgetierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hinzufügte. Erreicht werden sollte die Beitragssatzstabilität durch die Implementierung eines verstärkten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Neu eingeführt wurde zu diesem Zweck die freie Kassenwahl der Versicherten, der Risikostrukturausgleich zwischen den Kassenarten und Fallpauschalen im Krankenhaus. Mit der freien Kassenwahl wurde die bisherige am sozialen Status (Arbeiter, Angestellte) orientierte Zuordnung von Versicherten zu den Kassen endgültig aufgehoben. 1996 kam es dann

4 §§1 und 20 SGB V.

zu einem umfassenden „Sparpaket“ der Bundesregierung („Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung“), in dessen Kontext das Krankengeld von 80 auf 70% des Nettoarbeitsentgelts und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 100 auf 80% abgesenkt wurde.

Mit der Einführung der „3. Stufe der Gesundheitsreform“ 1997, die den bisher schärfsten Angriff auf das Solidaritätsprinzip durch eine drastische Erhöhung der Zuzahlungen der Versicherten („Selbstbeteiligung“) im Krankheitsfall darstellte, wurde dieser Prozess zunächst abgeschlossen, obwohl sich kurz darauf schon wieder Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung andeuteten. Die „3. Stufe der Gesundheitsreform“ rückte die soziale Krankenversicherung immer deutlicher in die Nähe der privaten Krankenversicherung. Es fand eine weitere Verlagerung der Ausgaben für Krankheit von den Unternehmen auf die Beschäftigten, den Gesunden auf die Kranken und den Einkommensstarken auf die Einkommensschwachen statt. Die konservativ-liberale Bundesregierung nahm mit ihrer Gesundheitspolitik die steigenden Belastungen der Versicherten bewusst in Kauf. Ihr ging es primär um die Senkung des Arbeitgeberanteils an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Schritt trug 1998 mit zum Regierungsverlust bei.

Insgesamt waren die 90er Jahre von folgenden Maßnahmen gekennzeichnet, die in drei Stufen durchgesetzt wurden: Budgetierung der einzelnen Leistungsbereiche, Einführung von Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zwischen den Leistungsanbietern, Ausbau von Zuzahlungsregelungen für die Versicherten, Ausgrenzung von Versicherungsleistungen aus dem Leistungskatalog der GKV und Übertragung von Strukturmerkmalen der privaten auf die gesetzliche Krankenversicherung.

Deutsche Vereinigung⁵

Die unbewältigten Reformen des Gesundheitswesens wurden durch kein geringeres Ereignis als den Prozess der deutschen Vereinigung von der politischen Tagesordnung verdrängt. Mit dem Einigungsvertrag vom 31. August 1990 kamen neue schwie-

⁵ M. Arnold, B. Schirmer, Gesundheit für ein Deutschland, Köln 1990; H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.), Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD, Frankfurt a. M. 1993; Ph. Manow, Gesundheitspolitik im Einigungsprozess, Frankfurt a.M. 1994. W.F. Schröder, K. Jacobs, Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum, Berlin 1996; J. Wasem, Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland, Frankfurt a.M. 1997.

rige Aufgaben auf die GKV zu. Zum 1. Januar 1991 wurde das westdeutsche Krankenversicherungsgesetz auf die neuen Bundesländern übertragen - trotz vielfacher Bedenken, dass damit reformbedürftige Strukturen übernommen werden.

Dies ging freilich nicht ohne Probleme vonstatten. Immerhin handelte es sich um grundsätzlich verschiedene soziale Sicherungssysteme. Die Einheitsversicherung der DDR unterschied sich deutlich von der westlichen Krankenversicherung. Der Standard medizinischer Einrichtungen klaffte weit auseinander. Allein für den Krankenhaussektor wurde ein Bedarf an Investitionsmitteln in Höhe von 30 Mrd. DM ermittelt.

Obwohl aufgrund der geringen Einnahmen der GKV in den neuen Bundesländern als Übergangslösung vergleichsweise niedrige Preise und Honorare festgelegt worden waren, näherten sich die Ausgaben dem Westniveau weit schneller als die Einkommen an.

Insgesamt vollzog sich der Einigungsprozess in der GKV und im Gesundheitswesen ohne gravierende Brüche und Einbußen im Versorgungsniveau. Dafür waren allerdings erhebliche Finanztransfers von West nach Ost notwendig. Sie wurden teilweise über eine Anschubfinanzierung aus Steuermitteln, vor allem aber aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen getragen.

Der Zusammenbruch des sozialistischen Lagers in Mittel- und Osteuropa führte zu einem allgemeinen Funktionswandel von Sozialpolitik. Der Sozialstaat ist unter erheblichen Druck geraten. Wurde die Funktion der Sozialpolitik früher nicht unwesentlich darin gesehen, die Defizite des Kapitalismus in der Systemauseinandersetzung abzumildern, so ist mit den historischen Ereignissen von 1989 und in den folgenden Jahren die Systemalternative weggebrochen. Sozialpolitik konnte sich von nun an neu ausrichten. Sie wurde immer mehr zur Stärkung der Konkurrenzfähigkeit einzelner Wirtschaftsstandorte auf dem Weltmarkt funktionalisiert. Der allgemeine Funktionswandel der Sozialpolitik verläuft also von der Systemauseinandersetzung zur wirtschaftlichen „Standortsicherung“. Davon blieb auch die Gesundheitspolitik nicht unberührt.