

des gesellschaftlich negativ angesehenen Wertes (Krankheit). Darin liegt wohl die Besonderheit der Medizin. Luhmanns Einlassungen zu diesem Punkt erscheinen mir verkürzt. Er differenziert – wie Parsons – nicht hinreichend zwischen Medizin als Profession und Medizin als Wissenschaft.

Luhmann folgert aus der ›perversen‹ Vertauschung der Werte, »daß die Medizin keine auf ihre Funktion bezogene Reflexionstheorie ausgebildet hat – verglichen etwa mit dem, was die Theologie der Religion oder die Erkenntnistheorie den Wissenschaften zu bieten hat« (ebd.: 187). Dagegen zielt das Handeln im medizinischen Funktionssystem auf den Reflexionswert Gesundheit – und deshalb sei nichts weiter zu reflektieren. Allenfalls komme es zur Darstellung einer professionellen Ethik, »die sich angesichts technischer Fortschritte vor immer neue Probleme gestellt sieht« (ebd.: 188).

Gesundheitswesen und Sozialstaat

Unter ›Gesundheitswesen‹ versteht man gemeinhin »die Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, die der Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit dienen sollen« (Brockhaus 1986ff.: Bd. 8, 443). Bei dieser Definition sind Luhmanns »System der Krankenbehandlung« oder Kleinmans »professioneller Sektor« im Blick; der *popular* und der *folk sector* bleiben außen vor.

Rechtlich liegt die Gesamtverantwortung für das deutsche Gesundheitswesen bei Bund und Ländern. »Die Grundlagen einer einheitlichen Gesundheitsverwaltung wurden in Deutschland mit der Gründung des *Reichsgesundheitsamts* (1876) in Berlin, der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (1883) und dem *Erlaß der Reichsversicherungsordnung* (1911) geschaffen« (*Statistisches Bundesamt* 2000a). Obwohl diese Initiative viele Länder beflügelt hat, zählt die deutsche Sozialversicherung »kaum zu den erfolgreichen ›Exportartikeln‹ des Deutschen Reiches« (Alber 1982: 143).¹⁶ »Von den 33 möglichen Systemen (jeweils drei Systeme in elf Ländern) wurden vor dem Ersten Weltkrieg 27 eingeführt, aber nur 12 davon waren wie die deutschen Systeme Pflichtversicherungen« (ebd.: 142).

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich fast alle Staaten zu Wohlfahrts- oder Sozialstaaten. Sie haben damit

auf Probleme reagiert, die vor allem mit der Industrialisierung zusammenhingen und die ich als ›soziale Ungleichheiten‹ bereits angesprochen habe. Jedoch finden sich für »eine funktionale Notwendigkeit zur Errichtung von Sicherungssystemen im Rahmen der Wirtschaftsentwicklung [...] keinerlei Belege« (ebd.: 133); vielmehr handelte es sich um Akte einer »Sozialpolitik von oben« (ebd.: 134). »Als grundlegendes Ziel des Sozialstaates kann der soziale Ausgleich durch doppelte Sicherung in horizontaler und vertikaler Richtung gelten. Stellt der Markt eine Sphäre der Freiheit und Ungewißheit und der gesellschaftliche Bindungen immer wieder zersetzenden Dynamik dar, so soll der Sozialstaat sozialer Ungleichheit den Stachel nehmen und die Gesellschaftsordnung legitimieren, indem er Armut und soziale Ausgrenzung bekämpft und durch die Verstetigung von Einkommenschancen zur Verlässlichkeit und Vorausschaubarkeit der Lebenschancen beiträgt« (Alber et al. 1998: 624). Der Entwurf einer *Grundrechtscharta der Europäischen Union* aus dem Jahr 2000 proklamiert ein in den Verfassungen der Einzelstaaten nicht erwähntes »Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung« (Artikel 35), das allerdings mit Hinweis auf die »einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten« eingeschränkt wird (zitiert nach »Frankfurter Rundschau« vom 16.2.2000).

Trotz aller Ähnlichkeit der Funktionen und Problemlagen hat sich ein wahrer Flickenteppich von Formen sozialstaatlicher Sicherung ergeben. Gösta Esping-Andersen (1990) hat versucht, diese Vielfalt zu gliedern, indem er 18 OECD-Staaten¹⁷, vor allem im Hinblick auf ihre Rentenversicherungssysteme, in drei Typen von Wohlfahrtsstaaten einteilte. Den liberalen Typus repräsentierten z. B. die USA und die Schweiz, während die nordeuropäischen Staaten zum sozialdemokratischen und Deutschland und Frankreich zum konservativen Typus zählten. In den liberalen Regimes dominierten Markt- und Wettbewerbskomponenten bei der Bereitstellung und Finanzierung von Sozialleistungen; sozialdemokratische Regimes zeichneten sich durch eine universalistisch-egalitäre Staatsbürgerversorgung aus; und konservative Regimes seien durch einen hohen Grad an Statussegregation bestimmt, die sich in einer Vielzahl von unterschiedlichen öffentlichen Rentensystemen und einer Privilegierung bestimmter Berufsgruppen, vor allem der Beamten, äußere.

Esping-Andersens Typisierung der Wohlfahrtsstaaten ist von der Forschung breit rezipiert, kritisiert und modifiziert worden (vgl. Schmid 1996: 58ff.). Herbert Obinger und Uwe Wagschal (1998) haben seine Daten einer Clusteranalyse unterzogen und dabei fünf statt drei Cluster gefunden. Für Frankreich, Italien und Österreich sei Esping-Andersens Charakterisierung als konservativ zutreffend, nicht aber für Deutschland und Belgien, die zusammen mit Irland und Großbritannien (GB) sowie den als sozialdemokratisch typisierten nordischen Ländern und den Niederlanden ein ›europäisches Cluster‹ bildeten.

»Radikaler Wohlfahrtsstaat« ¹⁸	Australien, Neuseeland
Europäisches Cluster	Deutschland, Belgien, Finnland, Irland, GB, Niederlande
Sozialdemokratisches Cluster	Dänemark, Norwegen, Schweden
Liberales Cluster	Japan, Kanada, Schweiz, USA
Konservatives Cluster	Frankreich, Italien, Österreich

Eher um die Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regime geht es Jens Borchert, der die Staaten über drei Phasen hinweg verschiedenen Typen und Mischtypen zuordnet und hierbei auf mögliche Pfadwechsel achtet (vgl. 1998: 169):

1. Phase: Stand 1930

konservativ	Belgien, Deutschland, Italien, Niederlande, Österreich
liberal-labouristisch	Dänemark, GB, Neuseeland, Schweden

2. Phase: Stand 1960

christdemokratisch	Deutschland, Belgien, Italien, Niederlande, Österreich, Frankreich
liberal	USA (Kanada)
labouristisch-liberal	Dänemark, GB
labouristisch	Australien, Neuseeland
sozialdemokratisch	Norwegen, Schweden
Pfadwechsel	Australien, Neuseeland, Schweden

3. Phase: Stand 1997

konservativ	Deutschland, Belgien, Italien, Österreich
liberal	USA, Kanada, Australien, GB, Neuseeland
labouristisch-liberal	Dänemark, Norwegen, Schweden
Mischformen (konservativ- labouristisch- liberal)	Frankreich, Niederlande
Pfadwechsel	Australien, Frankreich, GB, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden

In den Modellen von Esping-Andersen und Borchert figuriert Deutschland als ein sozialpolitisch konservatives Land. In Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen lässt sich der Konservatismus auch auf eine andere Tatsache beziehen: Seine Strukturen haben sich seit einem Jahrhundert kaum verändert.

Vor welchen Problemen stehen die Wohlfahrtsstaaten gegenwärtig? Wie reagieren unterschiedliche Typen? Franz-Xaver Kaufmann (1997) hat drei »Herausforderungen des Sozialstaats« identifiziert:

- Die *demographische* Herausforderung:¹⁹ Durch höhere Lebenserwartungen, geringes Wirtschaftswachstum und hohe Arbeitslosigkeit gerät das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern der Sozialversicherung aus dem Gleichgewicht. Ferner entsteht eine neue Konfliktlinie zwischen familialen und nicht-familialen Lebensformen.
 - Die *soziale* Herausforderung: Mit der Pluralisierung bzw. Individualisierung der Lebenslagen und der Verkleinerung der Familien nehmen die familialen Formen der Wohlfahrtsproduktion ab.
 - Die *kulturelle* Herausforderung: Durch den allgemeinen Wertewandel geraten wohlfahrtsorientierte Werte wie Solidarität, Gerechtigkeit, Gemeinsinn etc. ins Hintertreffen.
- Vor diesem Hintergrund hat Josef Schmid (1999: 97) drei sozialwissenschaftliche Interpretationen der Entwicklung unterschieden:
- »Eine erste Position, die sich etwas zugespitzt als politischer Alarmismus kennzeichnen lässt, konstatiert das

Ende des Wohlfahrtsstaats, die Kapitulation vor der ›Gier des Marktes‹ und dem ›Terror des Marktes‹«. Die Globalisierung enge die Souveränität der Nationalstaaten ein, was in Anbetracht weltweiter Konkurrenz zu Einschnitten in das soziale Netz führe.

- Demgegenüber betonen besonders diejenigen vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforscher, die quantitativ-empirisch arbeiten, dass so viel nicht passiert sei, sondern vielmehr Wachstum in Stagnation auf relativ hohem Niveau übergegangen sei [...]. Die Entwicklung der Sozialausgaben in Deutschland – nominales Wachstum bei leichtem relativem Rückgang – ist hierfür ein Beleg.
- Schließlich argumentiert eine dritte Gruppe, dass zwar bislang der Abbau des Wohlfahrtsstaates nur in geringem Maße vollzogen wurde, dass aber entscheidende institutionelle Weichen für die Zukunft gestellt worden seien, die ihn mittelfristig aufs Abstellgleis führen würden.«

Mit Bezug auf Esping-Andersen und Kaufmann resümiert Schmid: »Wo es keinen einheitlichen Wohlfahrtsstaat gibt, kommt es auch nicht einheitlich zum Ende desselben [...]. Ein ökonomischer oder andersartiger Determinismus existiert [...] nicht! Der internationale Vergleich [...] belegt [...] die Existenz von immer noch erheblichen Varianzen bei zentralen Wohlfahrtsstaatsindikatoren innerhalb der westlichen Industrieländer; ferner deuten Reformmodelle, wie die Niederlande und Dänemark, darauf hin, dass sogar der partielle Wechsel von Entwicklungspfaden bzw. die Mischung von Elementen unterschiedlicher Wohlfahrtsstaaten möglich ist« (ebd.: 111f.).²⁰

Esping-Andersens Typenbildung orientiert sich vor allem an den Rentenversicherungssystemen als Bezugsgrößen. Beschränkt man sich auf Typen der Krankenversicherung, so bleiben die Einteilungen weniger dramatisch. Zu unterscheiden sind zunächst zwei Finanzierungsformen, die steuerfinanzierte Staatsbürgerversorgung und die beitragsfinanzierte Versichertenversorgung. Zweitens lassen sich Sicherungsziele und Leistungsniveaus unterscheiden. Dies wird in den folgenden Tabellen deutlich. Zunächst die Finanzierungsformen und Sicherungsprinzipien (aus Schmid 1996: 177):

	Sicherungsziele / erfasster Personenkreis	
Finanzierung	Staatsbürgerversorgung	Versicherungsprinzip
Steuern	Dänemark, Großbritannien	Spanien
Beiträge	Schweden	Deutschland, Frank- reich, Niederlande

Die nächste Tabelle zeigt die Sicherungsziele und Leistungsniveaus (aus ebd.: 177):

Sicherungsziele und Leistungsniveaus	Länder
Lebensstandardsicherung (mind. 75 %)	Deutschland, Dänemark, Niederlande, Schweden
Eingeschränkte Lebensstandard- sicherung (mind. 67 %)	Spanien, Frankreich
Mindestsicherung (unter 67 %)	Großbritannien

Zuweilen wird die Ergänzung der staatlichen Wohlfahrtsregimes durch private Träger als *welfare mix* thematisiert (vgl. Evers/Winterberger 1988; Taylor-Gooby 1993).

Nun komme ich zu den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens. Eines seiner Charakteristika ist sicherlich seine hohe Strukturkontinuität. Nach der Wiedervereinigung wurde diese in besonderer Weise auf die Probe gestellt, da z. B. der ambulante Sektor in der ehemaligen DDR, anders als in der Bundesrepublik, von Polikliniken und Ambulatorien dominiert worden war. Viele Kritiker des bundesdeutschen Gesundheitswesens wiesen auf die Vorteile dieser Strukturen hin: sie vermieden teure Doppeldiagnosen und erleichterten die Kooperation von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten sowie die Berufstätigkeit von Ärztinnen (vgl. Offe 1992; Deppe et al. 1993; Fuchs 1994; Lützenkirchen 1999). Im deutschen Einigungsprozess haben sich diese alternativen Strukturen jedoch nicht durchsetzen können (vgl. Manow 1994).

Im Folgenden möchte ich zunächst auf die dezentrale Struktur des deutschen Gesundheitswesens und seine Trennung von ambulantem und stationärem Sektor eingehen, um mich dann mit Korporatismus, Kostenexplosion und Budgetierung zu befassen.

Die *dezentrale Struktur* gilt bereits für den bedeutendsten Finanzier des Gesundheitswesens: für die Gesetzliche Krankenversicherung. 1999 existierten in diesem Bereich 459 Krankenkassen mit insgesamt knapp 51 Millionen Mitgliedern (*Statistisches Bundesamt 2000b*). Zwar gibt es auch in anderen europäischen Staaten des eher konservativen Typs viele Krankenkassen (vgl. Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 208, 361), doch hat das deutsche Kassenwesen im letzten Jahrhundert einen so gewaltigen Konzentrationsprozess durchlaufen, dass der gegenwärtige Stand das Ende eines deutschen Sonderweges andeutet. Dies zeigt die folgende Tabelle (aus Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 42):²¹

Jahr	Zahl der Kassen	durchschnittl. Mitgliederzahl pro Kasse	Kassenmitglieder insgesamt (in Millionen)
1885	18 776	229	4,8
1913/14	21 342	636	23,0
1924/25	7 777	2 345	31,6
1937/38	4 625	4 832	?
1950/51	1 992	10 141	?
1960/61	2 028	13 383	46,7
1975	1 479	22 596	55,6
1987	1 182	30 197	53,8
1999	459	?	50,9

Dieser Tabelle können wir Folgendes entnehmen:

- Die Zahl der Kassen ist bis zum Ersten Weltkrieg auf hohem Niveau angestiegen und seither, mit Ausnahme der 1950er Jahre, kontinuierlich gesunken. Sie beträgt gegenwärtig ca. 2,5 % der Zahl von 1885.
- Die durchschnittliche Mitgliederzahl pro Kasse ist über den gesamten Zeitraum kontinuierlich angestiegen. Sie war 1987 ungefähr 132-mal so hoch wie 1885.
- Die Zahl der Mitglieder insgesamt stagniert seit den 1970er Jahren, und zwar auch der Bevölkerungszunahme durch die Wiedervereinigung zum Trotz.

Zu den Gründen für den Kassenpluralismus und seinen Wandel schreibt Nils C. Bandelow (1998: 30f.): »Der Kassenpluralismus basiert auf der unabhängigen Entwicklung ver-

schiedener Kassenarten und spiegelt die historischen Statusdifferenzen unterschiedlicher Gruppen abhängig Beschäftigter wider. Insbesondere die heute kaum noch relevante Trennung von Arbeitern und Angestellten hat zu der Entwicklung unterschiedlicher Kassenarten beigetragen. Während die Arbeiter vor allem in den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen versichert waren und i. d. R. keine Möglichkeit zur Wahl ihrer Krankenkasse hatten, bestand für alle Angestellten die Möglichkeit, in eine Angestellten-Ersatzkasse zu wechseln. Als Folge dieser erst 1996 weitgehend aufgehobenen verschiedenartigen Wahlmöglichkeiten unterscheidet sich die Zusammensetzung der Versicherten bei den einzelnen Kassenarten wesentlich.«

Eine weitere Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens ist die *Trennung von ambulantem und stationärem Sektor*. Auch sie hat – wie der Kassenpluralismus – historische Gründe, die vor allem auf die Bemühungen der organisierten Ärzteschaft zurückgehen, ihre Standesvertretungen gegenüber den Krankenkassenverbänden zu etablieren. In diesem Kontext hat es vor allem in den Jahren 1923/24 Auseinandersetzungen um kasseneigene Ambulatorien gegeben (vgl. Rosewitz/Webber 1990: 36ff.). Diese historisch gewachsenen Strukturen haben Bernhard Badura und Günter Feuerstein (1994) als den gegenwärtigen Anforderungen nicht mehr entsprechend kritisiert. Sie argumentieren systemtheoretisch: »Medizinische Forschung, Ausbildung und Praxis sind ein Musterbeispiel für ein ›selbstreferentielles‹ System, d. h. für ein System, das weitgehend seiner eigenen Logik folgt, gesteuert von seinen internen Strukturen, Handlungsimperativen und Erfolgsmaßstäben. Die anhaltende Differenzierung des Versorgungsangebots innerhalb der Akutmedizin und die anhaltende Verlängerung der Versorgungsketten durch Entstehung neuer Behandlungsmöglichkeiten, neuer Einrichtungen, neuer Berufe und Organisationen läßt sich u. E. daher nicht in erster Linie als Antwort auf gewandelte Versorgungsbedürfnisse in der Gesellschaft, sondern als Antwort primär auf maßgeblich durch medizinische Leitbilder und Prioritäten gesteuerte Entwicklungen in Naturwissenschaft und Technik interpretieren. Darin [...] liegt die eigentliche Ursache für die heutige Krise im Gesundheitswesen« (Badura/Feuerstein 1994: 11). Welchen Ausweg sehen die Autoren? Sie beziehen sich nun nicht mehr auf die Sys-

temtheorie, sondern auf die interaktionistische Medizinsoziologie von Goffman und Strauss und fordern:

- »eine Aufwertung interaktionsintensiver Leistungen und der sozialen Kompetenz der Beschäftigten;
- eine Aufwertung vor allem der Pflegetätigkeit und schließlich
- eine Aufwertung der Beiträge der Erkrankten selbst und ihrer Angehörigen zur Akutversorgung, Frührehabilitation und Langzeitbewältigung einer chronischen Krankheit.

Realisieren lassen wird sich dies alles aber nur, wenn wir auch zu organisatorischen Konsequenzen bereit sind:

- zur Vermeidung oder patientenorientierten Gestaltung von Schnittstellen [...]
- und zu einer besseren Vernetzung vorhandener Versorgungseinrichtungen im Sinne einer post-tayloristischen²² Gestaltung von Arbeit und Organisation im Gesundheitswesen« (ebd.: 18).

Ein weiteres Charakteristikum des Gesundheitswesens ist sein *korporatistischer Charakter*. In der Politologie wurde die Theorie vom (Neo-)Korporatismus von Philippe C. Schmitter eingeführt.²³ Korporatismus »bezeichnet die institutionalisierte, verbindliche und regelmäßige Beteiligung [...] von Interessenverbänden an der Politik in westlichen Demokratien. Im idealtypischen Fall handelt es sich um umfassende zentralisierte Verbände mit Repräsentationsmonopol oder sogar um Zwangsverbände. Im Gegensatz zur pluralistischen Interessenvermittlung versuchen die Verbände, nicht nur die staatliche Politik zu beeinflussen, sondern sie sind selbst an der Formulierung und Durchführung staatlicher Maßnahmen beteiligt« (Bandelow 1998: 125). Die Vorteile solcher Verhandlungssysteme schildert Renate Mayntz: »Dort, wo eine begrenzte Zahl korporativer Akteure in einem bestimmten Bereich [...] sich stillschweigend auf die Einhaltung von Regeln geeinigt haben, welche die Reichweite für willkürliche und egoistische Handlungen begrenzen, kann sich ein Muster von gegenseitig akzeptierten organisatorischen Identitäten, Kompetenzen und Interessensphären entwickeln« (Mayntz 1992: 27f.).

Ein solcher Bereich ist das Gesundheitswesen, in dem eine Strategie vorherrscht, »in deren Kern der Versuch steht, die Kostenproblematik der GKV durch die Ausweitung der

Kollektivvertragskompetenzen von Krankenkassen und Leistungsanbietern zu regeln« (Döhler/Manow 1997: 119). Wichtiges Moment der korporatistischen Beteiligung der Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ihre Selbstverwaltung, an der die Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer beteiligt sind. Ähnliche Verhältnisse herrschen in Frankreich (vgl. Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 362).

Zentrales Gremium der korporatistischen Vermittlung ist die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Ihr gehören 75 stimmberechtigte Vertreter der Verbände und Länderregierungen sowie nicht-stimmberechtigte Vertreter z.B. der Bundesregierung an. Zu den involvierten Verbänden zählen die der Krankenkassen, der Kassenärzte und -zahnärzte, der paramedizinischen Berufe, der pharmazeutischen Industrie, aber auch die Gewerkschaften und die Arbeitgeberverbände. Sowohl die demokratische Legitimation als auch die Effektivität dieses Gremiums, das vor allem zur Kostendämpfung beitragen soll, sind jedoch durchaus umstritten (vgl. Bandelow 1998: 125ff.).

Die *Kostenexplosion* im Gesundheitswesen ist in allen westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten ein Problem. »Wegen der lange anhaltenden wirtschaftlichen Wachstumsschwäche und deren Folgen öffnet sich bei den sozialen Sicherungssystemen zunehmend die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben [...] Damit sind dem weiteren Anstieg der Sozialausgaben deutliche Grenzen gesetzt« (Schmid 1996: 36). Doch die starke Beachtung, die die Kostenentwicklung in der deutschen Öffentlichkeit findet, ist nicht einfach dieser Entwicklung selbst geschuldet. »Der internationale Vergleich verdeutlicht, daß die Kostendämpfungsdebatte in starkem Maße länderspezifische Problemperezeptionen reflektiert. So ist beispielsweise in Deutschland seit Ende der 70er Jahre die ›Kostenexplosion‹ im Gesundheitswesen ein ›Dauerbrenner‹, obwohl der Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten lediglich im oberen Mittelfeld liegt und überdies in den vergangenen zehn Jahren relativ konstant war« (ebd.: 178). Hagen Kühn sieht die ›Kostenexplosion‹ denn auch eher als ein Problem sinkender Einnahmen: »Wäre die gesamtwirtschaftliche Lohnquote (als Produkt von Lohnhöhe und Beschäftigung) 1995 noch so hoch wie 1980 gewesen, dann wären auch die Beitragssätze der GKV bei gleicher Ausga-

benentwicklung auf dem Niveau von 1980 geblieben« (Kühn 1998: 274). Auf Grund der Arbeitsmarktlage sei die Lohnquote jedoch gefallen.

Eine zweite Erklärung der ›Kostenexplosion‹ ist die relativ niedrige Produktivität des Wirtschaftssektors der personen- gebundenen Dienstleistungen. Im medizinischen Bereich gilt in besonderer Weise das »uno-actu-Prinzip« (Herder-Dorneich/Wasem 1986: 112ff.):²⁴ hier sind Dienstleistungen weder lagerfähig noch kann ihre Performanz wesentlich rationalisiert werden.

Eine dritte Argumentation bezieht sich auf die Ausgabenseite und trägt systemtheoretische, gesundheitsökonomische oder demokratietheoretische Züge. Zunächst die systemtheoretische Variante: Luhmann (1983) argumentiert mit der Ausdifferenzierung des Systems der Krankenbehandlung. Seien die medizintechnischen Möglichkeiten einer Therapie erst einmal vorhanden, so erscheine es kaum vertretbar, sie aus wirtschaftlichen Gründen nicht zur Verfügung zu stellen; »der Sog der besseren Möglichkeiten ist eine politische Kraft ersten Ranges« (ebd.: 49). So entstehe auch im System der Krankenversorgung eine »Semantik, die auf unbegrenztes Wachstum hinausläuft« (ebd.: 29).

Philipp Herder-Dorneich (1983) argumentiert hingegen gesundheitsökonomisch mit Fehlsteuerungen innerhalb des Systems. Die Wurzel der ›Anspruchsspirale‹ liege in der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems über Umlagen. Während auf freien Märkten die Nachfrage bei steigenden Preisen sinke, sei dies bei einer über Zwangsbeiträge im Umlageverfahren finanzierten sozialstaatlichen Versorgung mit Gütern genau umgekehrt. So werde es für den einzelnen Patienten rational, den Konsum auch bei steigenden Kosten auszudehnen.

Demokratietheoretisch argumentiert Gerhard W. Wittkämper (1983): Parlamentarier seien auf Stimmenmaximierung und Sicherung von Loyalität aus, was auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik zu ambitionierten und kostenträchtigen Programmen geführt habe. Dem entgegen Marian Döhler und Philip Manow (vgl. 1997: 171), dass die Ausdifferenzierung der Gesundheitspolitik als ein eigenes Politikfeld zu einer sektoralen *Problemlösungsorientierung* geführt und die frühere *Klientelorientierung* abgelöst habe. Damit ist Wittkämpers Erklärungsversuch zumindest geschwächt.

Ein Versuch, der Kostenentwicklung zu begegnen, ist die *Budgetierung* durch den Staat. Sie ist am deutlichsten im ambulanten Versorgungssektor realisiert. »Nach einer Zeit überproportional hoher Zuwachsraten der GKV-Ausgaben (1970–1975) wurde mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz 1977 von der bis dahin geltenden unbeschränkten Einzelleistungsvergütung abgegangen und eine Koppelung der jährlichen Steigerungsraten der Gesamtvergütungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme vorgenommen. Seitdem tragen die Kassenärzte das Risiko morbiditätsbedingter oder anbieterinduzierter Leistungsausweitungen« (Wanek 1994: 278). Damit wurde das Prinzip der Globalsteuerung, ursprünglich ein Instrument keynesianischer Konjunkturpolitik und im *Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft* (1967) formuliert, auch auf das Gesundheitswesen übertragen. »Unter Globalsteuerung wurde die Beeinflussung der Gesamtnachfrage durch eine diskretionäre²⁵ und antizyklische Wirtschaftspolitik verstanden« (Oberender 1992: 156). Das *Gesundheitsstrukturgesetz* von 1992, von der damaligen christdemokratisch-liberalen Bundesregierung mit weitgehender Zustimmung der SPD verabschiedet, sah eine ganze Reihe von Budgetierungen vor:

- ein individuelles Arzneimittelbudget für Kassenärzte;
- eine Budgetierung der Gesamtvergütung der Kassenärzte und Kassenzahnärzte;
- eine Obergrenze der Krankenhausaussgaben und
- eine Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen (vgl. Bandelow 1998: 206ff.).

Das Gesetz wirkte sich in den Jahren 1993 und 1994 für die GKV kostensenkend aus. Als sich aber für 1995 ein erneutes Defizit abzeichnete, wurden die bestehenden Kostendeckungen fortgeschrieben. Die neue rot-grüne Bundesregierung legte 1999 einen Entwurf zur weiteren Ausgestaltung des Gesundheitsstrukturgesetzes vor, der die Globalbudgetierung für alle Bereiche des Gesundheitswesens vorsah. Dies führte – erstmals seit 1923/24 – zu Streikdrohungen von Ärzten und Zahnärzten.²⁶ Der Gesetzentwurf scheiterte dann auch im Bundesrat und wurde schließlich aufgegeben.

Abschließend möchte ich noch einige Zahlen präsentieren. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind von 1995 bis 1997 um 2,6 % auf 516,6 Milliarden DM gestiegen. Sie wurden 1997 zu 46,5 % von der GKV, zu 9,8 % von der Ren-

ten- und Unfallversicherung, zu 5,8 % von der Gesetzlichen Pflegeversicherung und zu 10,7 % von den Öffentlichen Haushalten getragen. Die parafiskalischen und fiskalischen Träger waren also insgesamt zu 72,8 % beteiligt. Dem standen die Arbeitgeber mit 12,7 %, die privaten Haushalte mit 8,8 % und die private Krankenversicherung mit 5,6 % gegenüber. 1992 waren diese Relationen ähnlich gewesen (vgl. Bandelow 1998: 21).

Die Zahl der stationär Behandelten ist von 1996 bis 1998 um 4,8 % gestiegen, während die Gesamtkosten je Patient um 2 % sanken. Es hat einen Abbau von Krankenhausbetten um 3,7 % gegeben, und das Krankenhauspersonal ging insgesamt um gut 2 % zurück. Dabei nahm das ärztliche Personal um 3,3 % zu, während das nichtärztliche Personal ohne Pflegekräfte um 1,9 % und das Pflegepersonal um 1,7 % abnahm. Die Kosten für die Krankenhäuser stiegen insgesamt um 2,5 % und pro Pfl egetag sogar um 4,6 %, gingen jedoch pro Patient um 2 % zurück. Die Erhöhung des Patientendurchlaufs bei Senkung der Verweildauer und Gesamtkosten war politisch gewollt.

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 1970 und 1998 um mehr als 100 %, zwischen 1996 und 1998 aber lediglich um 2,8 % auf rund 287000 gestiegen; die Frauenquote lag 1998 bei 36,4 %. Die hohen Steigerungsraten der Vergangenheit gaben Anlass, von einer ›Ärztenschwemme‹ zu sprechen und die Kassenzulassungen zu beschränken. 1995 waren von insgesamt 274000 Ärztinnen und Ärzten 111000 oder 40,5 % niedergelassen; dieser Anteil hatte 1960 noch ca. 55 % betragen. Etwa 133000 oder 48,5 % waren im Krankenhaus tätig – 1960 waren es nur rund 28 % gewesen; 11000 oder 4 % waren 1995 bei Behörden oder Körperschaften angestellt (vgl. ebd.: 56f.).

Die Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens während der letzten Jahrzehnte kommen also auch in den Statistiken zum Ausdruck.

Experten und Laien im Gesundheitswesen

Expertisierung wird in vielen Feldern der gegenwärtigen Gesellschaft beobachtet; sie gilt geradezu als ein Charakteristikum der Moderne. Doch sind in den Jahrzehnten nach dem