

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Texte zur Krankenkassenforschung

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov/Don

**WIRKSAME VERBRAUCHERVERTRETUNG
GEGENÜBER DER
GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG:
THESEN UND ARGUMENTE**

15. November 1993

Arbeitspapier
für die
Stiftung Verbraucherinstitut
Berlin

Inhalt**Seite****Vorbemerkung**

1.	Strukturelle Versicherteninteressen als Hauptgegenstand organisierter Verbraucherpolitik gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung	4
2.	Thesen zur organisierten Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung	6
3.	Soziale Sicherung im Krankheitsfall in der Bewertung der Bevölkerung	9
4.	Soziale Sicherung im Krankheitsfall als Korrelat von Individualisierung, Monetarisierung und Externalisierung im Gesellschaftsprozess	14
5.	Soziale Sicherung im Krankheitsfall als Kombination der Wachstumsfaktoren Raumordnung und Sozial-sicherung	19
6.	Selbstprivatisierung der Krankenkassen zu Quasiunternehmen	23
7.	Verselbstandigung der Krankenkassen zur Finanzierungsoligopolen	26
8.	Fehlende Kontrolle der Krankenkassen durch eine kritische Öffentlichkeit	30
9.	Ansatzpunkte für eine organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung	33

Vorbemerkung:

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßt und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarf, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile weit über 200 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassenforschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

Im vorliegenden Arbeitspapier wird gefragt, welcher Typus von Verbraucherpolitik gegenüber der im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1992 weitgehend konzentrierten und zentralisierten Krankenversicherung angemessen ist. Die institutionelle Verselbständigung und intensive Selbstprivatisierung der ein Versorgungsoligopol darstellenden gesetzlichen Krankenversicherung macht eine Antwort auf diese Frage dringend erforderlich.

Marquartstein, 15. November 1993

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

1. Strukturelle Versicherteninteressen als Hauptgegenstand organisierter Verbraucherpolitik gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit den Neuregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zur Ersetzung der bisherigen Vertreterversammlung der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Verwaltungsrat und die damit verbundene Ersetzung des Geschäftsführers durch einen Vorstand¹ wird normativ nachvollzogen, was sich insbesondere im zurückliegenden Jahrzehnt faktisch vorbereitet hat: Die Verselbständigung und Selbstprivatisierung der sozialen Krankenkassen zu einem Finanzierungsoligopol der Gesundheitsversorgung.

Gerade dann, wenn in Märkten oder in Quasi-Märkten eine oligopole Nachfrageübermacht entstanden ist, kann nicht mehr davon ausgegangen werden, daß der Marktprozeß die bestmögliche Versorgung der individuellen und der kollektiven Verbraucherbedürfnisse bewirkt. Vielmehr muß gerade dann eine bestmögliche Verbraucherversorgung durch organisierte Verbraucherpolitik gewährleistet werden.²

Mit der durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) verschärften Konkurrenz zwischen den Krankenkassen sowie Konzentration und Zentralisierung innerhalb der Krankenkassen bei gleichzeitiger Dominanz der Krankenkassen gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen ist eine solche Nachfrageübermacht geschaffen worden und dementsprechend eine organisierte Verbraucherpolitik zur Gewährleistung einer bestmöglichen gesundheitlichen Verbraucherversorgung erforderlich geworden.

Wichtiger aber als dieser Gesichtspunkt der Sicherstellung einer bestmöglichen gesundheitlichen Verbraucherversorgung ist noch der Gesichtspunkt der politisch-institutionellen Steuerung von Allokation und Distribution der Ressourcen im Gesundheitswesen und vor allem der Produktivitäts- und Kreislaufeffekte der Dienste, Güter und Finanzströme der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung im Rahmen der Gesamtwirtschaft.

¹ Vgl. § 197 Abs.1 SGB V

² Vgl. Kantzenbach, Erhard: Wirtschaftliche Ursachen und Auswirkungen der Nachfragemacht. In: Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr (Hrsg.): Wettbewerbskongreß München 1977, München o.J., S. 125 ff., bes. S. 135 ff.

Schon seit weit über einem Jahrzehnt wird über die Unzulänglichkeiten und die Auszehrungserscheinungen der Selbstverwaltungssteuerung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert.³ Die dezentrale und insbesondere die regionale Selbstverwaltung der Krankenversicherung war schon seit langem prozedural der allgemeinen Hochzoning und Querverflechtung der Allgemein- und Fachpolitiken auf die Ebenen von Bund und Ländern angepaßt worden. Spätestens seit der zunehmenden Verschiebung von Finanzlasten aus dem Bundeshaushalt auf die Krankenversicherungshaushalte im Zuge der sogenannten Kostendämpfungs politik hat sich diese Anpassung verstärkt vollzogen.⁴

So gesehen hat organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur die Versicherteninteressen in Bezug auf die Beitragsgestaltung, die Leistungsgewährung und die Qualitätssicherung von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zum Gegenstand.

Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung hat, stellvertretend für die bisherige Selbstverwaltung, vor allem auch die Versicherteninteressen in Bezug auf die Gleichmäßigkeit, Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsinfrastruktur und in Bezug auf die Beitragssatzstabilität der Krankenversicherung und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, d.h. eine ausgewogene Einbindung der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung in den gesamtwirtschaftlichen Kreislauf zum Gegenstand.

Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung hat demnach vor allem auch die strukturellen Versicherteninteressen bezüglich der Rahmenbedingungen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung und nicht nur die situativen Versichertenin-

³ Vgl. Standfest et al: Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Hrsg.: Wirtschafts und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Köln 1978, S. 6 ff; Engelhardt, Werner Wilhelm: Solidarische Selbsthilfe und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: Zu den Möglichkeiten und Grenzen des Selbstverwaltungsprinzips im Gesundheitsbereich. In: Soziale Sicherheit, 7-1983, S. 213 - 216, bes. S. 214. und Braun, Bernhard: Selbstverwaltung oder doch etwas anderes? In: Soziale Sicherheit, 6-1989, S. 166 - 169

⁴ Vgl. Goeschel, Albrecht: Gegengewichte gegen die Großpolitik: Lokale, regionale und funktionelle Demokratiepotentiale in der Krankenversicherung, der Unternehmenswirtschaft und den Ballungsräumen. Vortrag vor dem Evangelischen Forum, München, 5.10.1985.

teressen bezüglich der Preis-Leistungsbeziehungen in Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zum Gegenstand.

Dabei könnte die organisierte Verbraucherpolitik vor allem die generellen strukturellen Probleme der Rahmenbedingungen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung aufgreifen, während andere Gruppenpolitiken wie etwa die Alten-, die Frauen und die Armenpolitik verstärkt die spezifischen Probleme der Rahmenbedingungen von Krankenversicherung wie Gesundheitsversorgung aufgreifen sollten und dies zumindest ansatzweise schon leisten .⁵

2. Thesen zur organisierten Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung

Wenn man davon ausgeht, daß es vor allem die strukturellen Versicherteninteressen sind, die organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung zu vertreten hat, dann lassen sich hierfür die folgenden allgemeinen Thesen formulieren:

1. Soziale Krankenversicherung ist zwingendes Korrelat der Individualisierung, Monetarisierung und Externalisierung in Wirtschaft und Gesellschaft. Soziale Krankenversicherung ist demnach eine Wachstumsvoraussetzung für die Gesamtwirtschaft und nur für die Einzelunternehmen eine Kostenbelastung.
2. Soziale Krankenversicherung verknüpft die Wachstumsfaktoren Raumordnung und Sozialsicherung und forciert die Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft.
3. Soziale Krankenversicherung hat sich institutionell verselbständigt und betreibt eine intensive Selbstprivatisierung.

⁵ Vgl. Goeschel, Albrecht: Schlechte Risiken oder Zielgruppe für den Wettbewerb? Die Bedeutung der Älteren für Struktur und Konkurrenz der Krankenkassen. In: VdK-Bayern (Hrsg.): Die Organisationsreform der Krankenkassen: Eine Notwendigkeit und eine Herausforderung für die Älteren. München 1993, S. 38 ff.; Goeschel/Steinweber: Die Bedeutung der Frauen für das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Medizin-Mensch-Gesellschaft, 16-1991, S. 153 - 165 sowie Goeschel, Albrecht: Interessenvertretung für die "schlechten Risiken": Zukunftsaufgabe regionaler Gesundheits- und Sozialpolitik. Vortrag vor dem Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e.V. Bonn 23.2.1989.

4. Soziale Krankenversicherung erfolgt ohne Kontrolle durch angemessen und zureichende Normen, Kriterien, Daten, Institutionen und Medien.
5. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung sollte die im Zuge der Individualisierung, Monetarisierung und Externalisierung entstehenden sozioökonomischen und soziobiographischen Problemgruppen zum Ausgangspunkt nehmen.
6. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung sollte daran anknüpfen, daß die von der sozialen Krankenversicherung bereitzustellenden Dienste und Güter Chancengleichheit bei der Realisierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfalle gewährleisten sollen, d.h. den Erfordernissen der Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit entsprechen müssen.
7. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung sollte demnach die soziale Krankenversicherung, ihre verschiedenen Kassenarten und ihrer einzelnen Krankenkassen daraufhin beobachten und beurteilen, ob und inwieweit deren Entwicklung sowie deren Handeln oder Unterlassen insbesondere sozioökonomischen und soziobiographischen Problemgruppen eine bedarfsgerecht gestaltete und gleichmäßig räumlich verteilte und zeitlich erreichbare Gesundheitsversorgung gewährleistet.
8. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung sollte die Forderungen der Bundesländer und anderer Beteiligter nach einer durchgängigen Regionalisierung der sozialen Krankenversicherung und ihrer verschiedenen Kassenarten unterstützen.
9. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung sollte in Abstimmung und Zusammenarbeit mit geeigneten anderen Gruppenverbänden wie Rentnerverbänden, Frauenverbänden, Wohlfahrtsverbänden etc. überregional und regional stattfinden.
10. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert als Maßstab für die Beobachtung und Beurteilung der Entwicklung sowie des

Handelns oder Unterlassens der sozialen Krankenversicherung eigene Darstellungen der sozioökonomischen, ökologischen und medizinischen Gesamtrisikosituation bzw. des diagnostisch-therapeutischen Gesundheitsbedarfes in den Regionstypen und in den einzelnen Regionen der Bundesrepublik Deutschland.

11. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert als Maßstab für die Beobachtung und Beurteilung der Entwicklung sowie des Handelns oder Unterlassens der sozialen Krankenversicherung eigene Darstellungen der besonders ausgrenzungs gefährdeten Risikogruppen in den Regionstypen und in den einzelnen Regionen der Bundesrepublik Deutschland.
12. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert Situations-, Aktivitäts- und Bilanzanalysen der sozialen Krankenversicherung, ihrer einzelnen Kassenarten und der einzelnen Krankenkassen in den Regions-typen und in den einzelnen Regionen der Bundesrepublik Deutschland.
13. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert den unverzüglichen Einstieg in eine sozial epidemiologisch begründete Preisdiskussion über das kommende Fallpauschalensystem für die Akut-Krankenhausversorgung.
14. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert den unverzüglichen Einstieg in eine sozialepidemiologisch begründete Bedarfsanmeldung für ein gleichmäßiges Angebot an Reha-Kliniken.
15. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert den unverzüglichen Einstieg in eine wettbewerbspolitisch begründete Diskussion über die Zentralisierung und Konzentration im Bereich der Ortskrankenkassen und die Herausbildung eines Nachfrageoligopols der Krankenkassen vor allem gegenüber den Akut-Krankenhäusern und Reha-Kliniken.
16. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert eine unverzügliche und anhaltende Dokumentation und Publizierung von Selekt-

tion und Diskriminierung bestimmter Versichertengruppen und Patientengruppen durch das Handeln oder Unterlassen der einzelnen Krankenkassen in Akutversorgung, Rehavversorgung und Pflegeversorgung.

17. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert eine kritische Darstellung der Gesundheitsvorsorgekonzepte der verschiedenen Kassenarten.

18. Organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung erfordert den Aufbau eines Periodikums zur laufenden Beobachtung und Beurteilung der Entwicklung sowie des Handelns oder Unterlassens der sozialen Krankenversicherung, ihrer verschiedenen Kassenarten und der einzelnen Krankenkassen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Verbrauchervertretung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung liegt in einer Abkehr von der so landläufigen wie unzutreffenden Auffassung, die Aufwendungen für die Soziale Sicherung im Krankheitsfall seien einseitig und ausschließlich Kostenbelastungen. Zur Entwicklung einer wirksamen Verbrauchervertretung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ist an Stelle dieses Kostendogmas eine Betonung der gesamtwirtschaftlichen und gesundheitswirtschaftlichen Nutzungswirkungen der Aufwendungen für Soziale Sicherung im Krankheitsfälle notwendig.

3. Soziale Sicherung im Krankheitsfall in der Bewertung der Bevölkerung

Verbraucherpolitik auch gegenüber der Krankenversicherung ist grundsätzlich ausgeprägter als andere Wirtschaftspolitiken durch subjektive Wertschätzungen geprägt. Insofern ist es auch von grundsätzlichem Interesse, welche Bewertung die Soziale Sicherung im Krankheitsfälle durch die verschiedenen Gruppen der Bevölkerung erfährt.

Soweit hierzu Ergebnisse aus der Meinungsforschung vorliegen, zeigen diese insgesamt eine außerordentlich hohe Wichtigkeit der Sozialen Sicherung und insbesondere der Sozialen Sicherung im Krankheitsfälle.

Übersicht 1: Die Wichtigkeit der Sozialen Sicherung nach Siedlungsformen 1978

Übersicht 2: Die Wichtigkeit der Sozialen Sicherung nach Geschlechtern 1982

Übersicht 3: Die Wichtigkeit der Sozialen Sicherung nach Berufsgruppen 1978

Nach diesen Ergebnissen wird die Soziale Sicherung in der Bevölkerung für fast ebenso wichtig gehalten wie das direkte Einkommen.

Feststellbar war hier in den allerdings schon lange zurückliegenden Befragungsergebnissen lediglich ein leichter Unterschied zwischen der Bevölkerung in Dörfern und der Bevölkerung in Großstädten. In den Dörfern wurde das direkte Einkommen im Unterschied zu den Großstädten für etwas wichtiger als die Sozialsicherung gehalten.

Soweit es eventuelle Unterschiede in den Einstellungen und Meinungen zwischen den Geschlechtern betrifft, waren solche Unterschiede nicht feststellbar. Sowohl bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wie bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde die Soziale Sicherung im Krankheitsfalle für außerordentlich wichtig gehalten.

Deutliche Unterschiede konnten erwartungsgemäß bei den Gesellschaftsschichten festgestellt werden. In Arbeiterberufen tätige Personen hielten zum Zeitpunkt der Befragung alle wesentlichen Bereiche der Sozialen Sicherung, und gerade auch die soziale Krankenversicherung, für deutlich wichtiger als Personen in Angestelltenberufen oder in Beamtenstellung.

Diese hohe Wertschätzung der sozialen Krankenversicherung insbesondere in den breiten Bevölkerungskreisen kann nicht verwundern, wenn man die gesamtgesellschaftliche und gesamtwirtschaftliche Entwicklung der zurückliegenden Jahrzehnte bedenkt. Die dabei feststellbaren Tendenzen zu einer anhaltenden und fortschreitenden Individualisierung, Monetarisierung und Externalisierung machen Soziale Sicherung und gerade Soziale Sicherung im Krankheitsfall zu einem unverzichtbaren und dementsprechend wichtigen Korrelat der Wachstumsdynamik.

Übersicht 1:

**Die Wichtigkeit der Sozialsicherung
nach
Siedlungsformen
1978**

	Wichtige Lebensbedingungen * für die Bevölkerung in	
	Dörfern	Großstädten
Einkommen	23 %	18 %
Soziale Sicherung	18 %	18 %
Umwelt	3 %	5 %

*) In Prozent aller Nennungen

Quelle: Böltken, Ferdinand: Subjektive Informationen für die laufende Raumbewertung. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 1983, H. 12, S. 1107 ff.

Übersicht 2:

**Die Wichtigkeit der Sozialen Sicherung
nach
Geschlechtern
1982**

Soziale Sicherung im Krankheitsfall	Weibliche Jugendliche/ Erwachsene *	Männliche Jugendliche/ Erwachsene *
Sehr wichtig bzw. wichtig	87 %	86 %
Weniger wichtig bzw. unwichtig	12 %	12 %

*) In Prozent aller befragten 15 bis 30 Jahre alten Personen

Quelle: Sozialwissenschaftliches Institut Nowak und Soergel: Die verunsicherte Generation - Jugend und Wertewandel, Stuttgart 1985.

SOZIALFORSCHUNG E.V.
 83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 3:

**Die Wichtigkeit der sozialen Sicherung
 nach
 Berufsgruppen
 1978**

	Wichtige Zukunftsufgaben * nach Auffassung von		
	Arbeitern	Angeestellten	Beamten
Soziale Sicherung im Alter	36	30	21
Soziale Sicherung bei Krankheit	18	14	9
Soziale Sicherung bei Arbeitslosigkeit	19	13	7

*) In Prozent der Mehrfachnennungen.

Quelle: Infratest Sozialforschung: Beiträge und sozialstaat. (Hrsg.): Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1980, S. 54.

4. **Soziale Sicherung im Krankheitsfall als Korrelat von Individualisierung, Monetarisierung und Externalisierung im Gesellschaftsprozess**

Für entwickelte und umfassend durchdrungene Marktwirtschaften ist eine fortschreitende Herauslösung und Freisetzung der Individuen aus traditionellen Bindungen an das Geburts- und Lebensgebiet, an die Heimat also, an das Verwandtschaftsgefüge, an das Familiengeflecht, an die Ehe, an den Lebensberuf, an Grund- und Hausbesitz etc. festzustellen. Diese sogenannte Individualisierung zeigt eine ausgeprägte Unterteilung der individuellen Biographie durch bestimmte gesamtgesellschaftlich und gesamtwirtschaftlich vorgegebene Sequenzen, wie z. B. Einschulung und Schulbesuch, Ausbildung, Berufs- und Erwerbstätigkeit, Aufstieg und Vermögensbildung, Freizeit, Urlaubszeiten, Ruhestand etc.

Wegen der damit verbundenen immer neuen Notwendigkeit von Ortswechsel, Anschaffung und Aufgabe von Wohnungen, Fortbewegungsmitteln und Einrichtungsgegenständen, Veränderung des Verbrauchsstils etc. ist diese individualisierte Biographie ein enormer Motor für den privaten Verbrauch, also für die Automobil- und Konsumgüterindustrie, für die Dienstleistungen etc. geworden. Ein guter Indikator hierfür ist die Entwicklung der Haushaltsgrößen.

Übersicht 4: Die Entwicklung der Haushaltsgrößen in Deutschland
1871- 1980

Wie diese Entwicklung zeigt, hat sich der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in den zurückliegenden einhundert Jahren verfünffacht.

Weit darüber hinaus bewirkt diese Individualisierung zugleich eine unbedingte Abhängigkeit der einzelnen Personen von der ununterbrochenen und lückenlosen Funktionsfähigkeit und Störungsfreiheit des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ganzen. Die Leistungen der Sozialversicherung im Falle etwa von Krankheit bewirken dabei und sind dafür nötig, daß die jeweilige einzelne Person bzw. bestimmte soziale Gruppen entweder nach einiger Zeit wieder am Arbeitsprozeß und weiterhin am Verbraucherdasein teilnehmen können.

Neben dieser den gesamten Wirtschafts- und Gesellschaftsprozeß prägenden und zugleich von diesem geforderten Individualisierung der marktwirtschaftlichen Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland ⁶ ist es auch die sich parallel entwickelnde umfassende und durchgreifende Monetarisierung der Lebensverhältnisse, die eine soziale Krankenversicherung unverzichtbar macht.

Im Bereich der Hauswirtschaft- und Familienführung, um nur ein Beispiel zu nennen, ist die Eigenherstellung von Lebensmitteln und Speisen weitgehend auf die Endzubereitung reduziert. Ehemals zentrale hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie die Herstellung und Reparatur von Bekleidungsstücken, das Waschen und die Reinigung von Kleidung sind ebenfalls entweder verschwunden und durch den Kauf von neuer fertiger Kleidung ersetzt bzw. an gewerbliche Wäschereien und Reinigungen ausgelagert.

Vor allem aber auch die Versorgung und Pflege kranker Personen kann und wird immer weniger in Eigenarbeit und damit unentgeltlich in den Familien erledigt.

Für all diese ursprünglich eigenwirtschaftlich-hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, an deren Stelle Konsumgüterangebote und Dienstleistungsangebote auf dem Markt getreten sind, fehlen dem Einzelnen die Zeit und der entsprechend große Wohnraum.

Es ist einleuchtend, daß unter solchen Bedingungen kaum mehr Möglichkeiten bestehen, im Falle von Krankheit etwa auf Potentiale zur Eigenversorgung zurückzugreifen. Soziale Krankenversicherung ist demnach um so unverzichtbarer, je weitgehender sich die Marktwirtschaft auch in der Privatsphäre durchsetzt, je weitgehender auch die privaten Lebensbereiche ökonomisiert und monetarisiert werden. ⁷

Neben der ubiquitären Individualisierung in der marktwirtschaftlichen Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland und neben der immer weiter fortschreitenden Ökonomisierung und Monetarisierung gerade auch der Privatsphäre machen auch bestimmte Entwicklungen im unmittelbaren Produktions-, Service- und Administrationsprozeß der Wirtschaft eine ausgebaute soziale Krankenversicherung unverzichtbar.

⁶ Vgl. Beck, Ulrich: Risikogesellschaft - auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main 1986

⁷ Vgl. Lutz, Burkart: Der kurze Traum immerwährender Prosperität. Frankfurt am Main 1984, S. 115 ff.

Die einzelnen Unternehmen und Betriebe sind immer weniger in der Lage, die erforderliche Berufsqualifikation, aber genauso auch die Gesundheitswiederherstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst und als interne Aufgabe der Unternehmen und Betriebe zu bewältigen. Über die rein organisatorischen und kosten- und ertragsbezogenen Aspekte hinaus stellt in der Wirtschafts- und Unternehmensphilosophie der Bundesrepublik Deutschland die Ausblendung, d.h. Externalisierung der sozialen, ökonomischen und medizinisch-gesundheitlichen Voraussetzungen und Auswirkungen der Gewinnerzielung⁸ eine wichtige Bedingung für einen vergleichsweise extrem ausgeprägten und bislang effizienten Karriereegoismus bzw. eine asymmetrisch ausgeprägte und bislang effiziente Berufsorientierung der Beschäftigten dar. Die Kehrseite dieser Ausblendung, d.h. Externalisierung gerade der medizinisch-gesundheitlichen Voraussetzungen und Auswirkungen der Gewinnerzielung aus dem unmittelbaren Wirtschaftsprozess ist die unzutreffende Vorstellung, daß Aufwendungen für Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung ausschließlich Kosten ohne Nutzen, d.h. unproduktiver Konsum seien.

Insgesamt zeigt vor allem der säkulare Rückgang der selbständigen Erwerbstätigkeit die zunehmende Unverzichtbarkeit der sozialen Krankenversicherung und Sozialer Sicherung überhaupt an.

Übersicht 5: Selbständigenrückgang in Deutschland 1882 - 1989

Individualisierung, Ökonomisierung und Monetarisierung sowie Externalisierung sind dabei nur die unterschiedlichen Ausformungen des gleichen Entwicklungsvorganges.

⁸ Vgl. Beckenbach/Schreyer (Hrsg.): Gesellschaftliche Folgekosten Was kostet unser Wirtschaftssystem?. Frankfurt am Main 1988. Frankfurt

Übersicht 4:

**Die Entwicklung der Haushaltsgrößen
in
Deutschland
1871 - 1980**

	Personen je Haushalt	Anteil der Einpersonehaushalte an allen Haushalten
1871	4,6	6,2
1980	2,5	30,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit 1980, Fachserie 1, Reihe 3, Wiesbaden.

Übersicht 5:**Selbständigenrückgang
in
Deutschland
1882 - 1989**

	Anteil der Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen an allen Erwerbstätigen *
1882	42 %
1989	11 %

*) Nur Inländer

Quelle: Bundesminister für Arbeit und sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1990, Bonn 1990 und
Croner, Fritz: Soziologie der Angestellten, Köln 1962.

5. Soziale Sicherung im Krankheitsfall als Kombination der Wachstumsfaktoren Raumordnung und Sozialsicherung

Für das Wachstum der Marktwirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg waren nicht nur ein umfassendes und tiefgegliedertes System der Sozialsicherung, sondern auch ein überfachliches und fachliches System der Raumordnung wesentliche Voraussetzungen.

Dabei ist die Soziale Sicherung, insbesondere die Soziale Sicherung im Krankheitsfalle durch individuumsbezogene Sozialleistungen charakterisiert. Das für diese Sozialleistungen entscheidende Sozialrecht ist ein ausgeprägt individualrechtlicher Bereich. Aus eben diesem Grund benötigt die Soziale Sicherung eine Ergänzung.

Das aus herkömmlichen Bindungen herausgelöste Individuum kann seine Chancen im Wirtschaftsprozeß, vor dessen Risiken es durch die Soziale Sicherung geschützt wird, gerade nicht als Individuum alleine schaffen und alleine nutzen. Hierzu, damit das Individuum seine Chancen auch nutzen kann, sind geeignete Strukturen des Wirtschaftsprozesses selbst, Strukturen von Transport und Kommunikation, Strukturen für Qualifikation und für Gesundheitsversorgung, Strukturen für Wohnen, Versorgung und Freizeit etc. erforderlich.

Diese Strukturen müssen in einem geeigneten Raum-Zeit-Verhältnis organisiert sein. Sie müssen so dezentral wie möglich sein, um möglichst vielen Nutzern mit möglichst geringem Verkehrszeitaufwand zur Verfügung zu stehen. Sie müssen gleichzeitig so zentral wie nötig sein, um genügend viele Nutzer während ihrer Betriebszeit zu haben, d.h. um eine wirtschaftliche Auslastung zu erreichen.

Der zusammenfassende Oberbegriff dafür, ob und wie diese Strukturen von und für Wirtschaft, Verkehr, Wohnen, Versorgung und Freizeit im richtigen Raum-Zeit-Verhältnis angeordnet sind, der zusammenfassende Oberbegriff dafür, ob und wie den Individuen überall und zur gleichen Zeit die nötigen und die möglichen Chancen zur Verfügung stehen, dieser Oberbegriff heißt in der Bundesrepublik Deutschland "Raumordnung".⁹

⁹ Vgl. Naschold, Frieder: Alternative Raumpolitik. Ein Beitrag zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensverhältnisse, Kronberg im Taunus 1978.

In der Literatur wird hervorgehoben, daß Raumordnung den einzelnen Wirtschaftsteilnehmern und den einzelnen Gesellschaftsmitgliedern durch gebietsbezogene Strukturentwicklung diejenigen Möglichkeiten und Chancen bietet, vor deren Risiken die Soziale Sicherung schützt. Raumordnung und Sozialsicherung sind aus dieser Sicht Grundlage für strukturelle Wagnisfähigkeit und individuelle Wagnisbereitschaft. Sie sind komplementäre Wachstumsfaktoren. Sie stellen Chancengleichheit zwischen Standorträumen und Risikoumverteilung zwischen Bevölkerungsgruppen her.

In der sozioökonomischen und in der volkswirtschaftlichen Diskussion wird der moderne Wohlfahrtsstaat vor allem auch dadurch charakterisiert, daß er Handlungsmöglichkeiten durch Raumordnung und daß er Verlässlichkeit durch Sozialsicherung schafft.¹⁰

Diese komplementäre Funktion von Raumordnung und Sozialsicherung als Wachstumsfaktoren ist keineswegs ein theoretischer Konstrukt, sondern ein ökonomisches Faktum. Die lange Wachstumsphase der Marktwirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges ist ohne Sozialsicherung und ohne Raumordnung nicht hinreichend zu erklären.

Politisch-ökonomische Untersuchungen zeigen, daß die ungewöhnliche Wachstumsphase der Nachkriegsjahrzehnte nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern in den westeuropäischen Staaten vor allem auf zwei Komponenten beruht: Einmal auf der Erschließung des traditionell-nichtindustriellen Bereiches von Gesellschaft und Wirtschaft durch die industriellteritären Marktprozesse einerseits und zum anderen durch den Ausbau der wohlfahrtsstaatlichen Sicherung.¹¹

In der Tat war es über lange Jahrzehnte hinweg eine Hauptaufgabe der Raumordnungspolitik, die Industrialisierung der ländlichen Räume zu bewirken und zu fördern.

Diese beschriebenen Wachstumsfaktoren Raumordnung und Sozialsicherung sind in der sozialen Krankenversicherung in spezifischer und geradezu idealtypischer Weise kombiniert.

¹⁰ Vgl. Goeschel/Harms (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik. Frankfurt am Main 1988 und Goeschel/Fette: Regionale Kassenstrukturplanung - Ein Konzept für die Regionalisierung der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Informationen zur Raumentwicklung, 2/3-1990, S. 129 - 142.

¹¹ Vgl. Lutz, Burkart: A.o.O., S. 18 ff. und S. 196 ff.

Im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland erfolgt die Sozialsicherung im Krankheitsfalle durch Bereitstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsinfrastruktur. Diese Gesundheitsinfrastruktur ist die Voraussetzung für die Gewährung der Sach- und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung. Sie besteht aus Krankenhäusern, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken etc.

Damit diese Gesundheitsinfrastruktur mit ihren Sach- und Dienstleistungen der Bevölkerung bzw. den Versicherten räumlich und zeitlich gleichmäßig zur Verfügung steht, gibt es spezielle regionalisierte Fachplanungen, z. B. die regionalisierten Krankenhauspläne der Bundesländer und die regionalisierten Arztpraxenpläne in den Bundesländern¹²

Für diese regionalisierten Fachplanungen zur Gesundheitsinfrastruktur gibt es als übergreifenden Rahmen Landesentwicklungspläne und ein Bundesraumordnungsprogramm. In diesen übergreifenden Plänen der Länder und des Bundes sind die Infrastrukturen für Wirtschaft, Verkehr, Bildung, Gesundheit, Wohnen, Versorgung und Freizeit etc. zusammengefaßt und gegenseitig abgestimmt. Sie sind nach den Grundprinzipien der Raumordnung aufgebaut.¹³

Durch die räumliche Verteilung und zeitliche Erreichbarkeit der Gesundheitsinfrastruktur verteilt die Raumordnung Chancengleichheit auf der Seite der Gesundheitsversorgung. Umgekehrt verteilt die Sozialsicherung Risikoausgleich auf der Seite der Krankenkassenfinanzierung. Raumordnung schafft räumlich-zeitliche Chancengleichheit zwischen Regionen, z. B. Großstädten und Landgebieten, Sozialsicherung schafft finanziellen Risikoausgleich zwischen Sozialgruppen, z. B. Kranken und Gesunden, Älteren und Jüngeren, Frauen und Männern, Ärmeren und Reichen. Raumordnung und Sozialsicherung sind also komplementäre Steuerungsprinzipien von Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung.¹⁴

Dabei hat aber nicht nur die Raumordnung Bedeutung für die Sozialsicherung, speziell die Krankenversicherung, vielmehr hat auch die Sozialsicherung, speziell die Krankenversicherung, Bedeutung für die Raumordnung.

¹² Vgl. Röpke/Lenz: Bedarfsplanung im Gesundheitswesen: Rückblick auf eine unzureichend regionalisierte Fachplanung. In: Informationen zur Raumentwicklung, 3/4-1985, S. 245 ff.

¹³ Vgl. Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (Hrsg.) Raumordnungsbericht 1991, Bonn 1991, S. 163 ff.

Die Bedeutung der sozialen Krankenversicherung für die Raumordnung, speziell für die Regionalentwicklung kann für drei Bereiche untersucht und dargestellt werden: Für die parafiskalischen Finanzströme, für die fiskalischen und parafiskalischen Investitionen und für die parafiskalischen Employmenteffekte der sozialen Krankenversicherung.

Soweit es zunächst die Bedeutung der sozialen Krankenversicherung für die Raumordnung im Bereich der parafiskalischen Finanzströme betrifft, sind hier vor allem die Auswirkungen der Finanzströme der sozialen Krankenversicherung auf die Regionalunterschiede in der Ausstattung der Teilräume der Bundesrepublik Deutschland mit Finanzmitteln der Krankenversicherung von Bedeutung. Es liegen mittlerweile eine ganze Reihe von Studien vor, in denen geprüft wird, ob und inwieweit durch die Kassenfinanzströme die Regionalunterschiede zwischen dem Nordteil und dem Südteil und zwischen dem Ostteil und dem Westteil der Bundesrepublik Deutschland ausgeglichen werden oder verstärkt werden oder ob diese Unterschiede unverändert weiterbestehen.¹⁵

Dabei zeigt sich, daß die Richtung der Finanzausgleichströme innerhalb der Krankenversicherung der Rentner zumindest in den untersuchten Fällen der Richtung der Finanzausgleichsströme zwischen den Steuerhaushalten diametral entgegengerichtet sind.¹⁶

Soweit es weiterhin die Bedeutung der sozialen Krankenversicherung für die Raumordnung im Bereich der fiskalischen und parafiskalischen Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur betrifft, sind hier vor allem die räumlichen Unterschiede in der Verteilung der Investitionsfördermittel des Staates für die vorrangig mit Betriebskostenentgelten der Krankenkassen finanzierten Krankenhäuser von Interesse. Untersuchungen zeigen, daß das Krankenhausinvestitionsvo-

¹⁴ Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung. In: Die Ortskrankenkasse, 9/10-1987, S. 266 ff.

¹⁵ Vgl. Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH: Regionalisierung der Krankenversicherung, Bericht an den Verband der Angestelltenkrankenkassen, Augsburg 1992; Henke/Leber: GKV-interne Finanzströme zwischen den Bundesländern, Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei, Hannover 1989; Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Krankenkassenstruktur und Regionaldisparitäten, Gutachten für die Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Marquartstein 1988:

¹⁶ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Benachteiligung der Freien und Hansestadt Hamburg durch die derzeitige Krankenkassengliederung: Dargestellt am Beispiel der Rentnerkrankenversicherung. Gutachten im Auftrag der AOK Hamburg, Marquartstein 1989

lumen mit der Einwohnerzahl steigt. Allerdings haben offensichtlich die Stadtstaaten wie Berlin und Hamburg überproportional hohe Investitionen auf sich gezogen.¹⁷

Soweit es zuletzt die Bedeutung der Employmenteffekte der sozialen Krankenversicherung für die Raumordnung betrifft, spielt hier die hauptsächlich durch die soziale Krankenversicherung finanzierte Gesundheitswirtschaft mit ihren ca. 2,1 Millionen Beschäftigten eine bedeutende Rolle. Vor allem die ländlichen Regionen haben durch den Ausbau der Gesundheitswirtschaft auf der Finanzierungsbasis der sozialen Krankenversicherung eine deutliche Verbesserung ihrer Beschäftigungslage erfahren.¹⁸

6. Selbstprivatisierung der Krankenkassen zu Quasiunternehmen

Die entscheidenden Weichenstellungen für die mittlerweile vollzogene Selbstprivatisierung der Krankenkassen zu Quasiunternehmen sind Mitte der siebziger Jahre erfolgt.

Damals haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung es entweder nicht vermocht oder auch nicht gewollt, die Wachstumseffekte und die Nutzenwirkungen der Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sachleistungen der Gesundheitsversorgung im Kreislauf der Gesamtwirtschaft an zentraler Stelle in ihre Selbstwahrnehmung einzubeziehen.¹⁹ Vielmehr haben gerade die Spitzenverbände der Krankenversicherung selbst zunächst die Zahlungen an die Leistungserbringer des Gesundheitswesens und damit dann aber auch die Gesundheitsaufwendungen und die Krankenkassenbeiträge einseitig und ausschließlich als Kostenbelastungen nicht nur der Einzelunternehmen und der Privathaushalte, sondern auch der Gesamtwirtschaft dargestellt. Damit haben die Spitzenverbände der Krankenversicherung selbst nicht nur entscheidend das mittlerweile fatale "Kostendogma" gegenüber allen Sozial- und Gesundheitsaufwendungen mitaufgestellt, sondern sich selbst als Sozialfinanzierungsträger

¹⁷ Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft. In: Informationen zur Raumentwicklung, 3/4-1985, S. 195 - 210.

¹⁸ Landenberger et al.: Auswirkungen der Kostendämpfung auf die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft und auf den Wettbewerb in der Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt, 8-1991, S. 196 - 207

¹⁹ Zu den eingeschränkten Wahrnehmungsmustern und Selbstwahrnehmungsmustern der gesamtwirtschaftlichen Nutzenwirkungen von Sozialversicherungsträgern. Vgl. Landenberger, Margarete: Die Beschäftigungsverantwortung der Rentenversicherung, Berlin, 1991, S. 15 ff.

das heute ubiquitäre "Unwirtschaftlichkeitsstigma" angeheftet, das dann nur durch "Selbstprivatisierung" geheilt werden konnte.²⁰

Insbesondere die Krankenhauswirtschaft wurde von dieser Zeit ab als besonders kostenbelastender Bereich stigmatisiert. Dabei wurde völlig übersehen, daß gerade der Krankenhausbereich wegen seines hohen Anteils sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an allen dort Tätigen seinerseits besonders hohe Beitragsaufkommen an die Krankenkassen abführt, diese also in weit höherem Maße als andere Sektoren der Gesundheitswirtschaft refinanziert.²¹

Zu Beginn der achtziger Jahre verstärkten sich diese Tendenzen zur Selbstprivatisierung der Krankenkassen noch weiter. Die Spitzenverbände der Krankenkassen traten einen weitgehenden Rückzug aus der politischen Auseinandersetzung um die Rahmenbedingungen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung an. In der Strategie- und Programmbildung wurden die gesamtgesellschaftlichen Sicherungs-, Ausgleichs- und Gestaltungsaufgaben der Krankenversicherung vernachlässigt.

Statt dessen wurde eine Selbstdefinition als "Unternehmen" in Annäherung an die private Krankenversicherung vorgenommen, bei der dann in zunehmendem Maße nur noch die einzelunternehmerischen Mitglieder- und Beitragsgewinnziele eine Rolle spielten, Hintergrund war dabei ein in seinen gesellschaftlich-wirtschaftlichen und staatlich-politischen Ursachen nicht angemessen und ausreichend analysierter Prozeß der Schwächung der Ortskrankenkassen durch das Anwachsen der Ersatzkassen.²² Wegen der politisch nicht gesicherten Chancengleichheit beim Wettbewerb um Beitragszahler und wegen der Ausblendung der gesamtgesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen, gekoppelt mit bestimmten Qualifikations- und Karrieremustern innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen, beschleunigte sich insbesondere beim AOK-Bundesverband eine Dogmatisierungs- und Selbstprivatisierungsspirale, bei der Unternehmens-, Marketing- und Konkurrenzmodelle und -strategien um

²⁰ Vgl. Landenberger et al.: A.o.O.

²¹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung der regionalen Krankenkassenstruktur für die Krankenhauswirtschaft. In: Medizin-Mensch-Gesellschaft, 16-1991, S. 123-132.

²² Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenversicherung und Gesundheitswesen: Bestandteile der regionalen Finanz- und Versorgungswirtschaft. In: Sozialer Fortschritt, 12-1984, S. 277 - 282.

so stärker geglaubt wurden, je weniger dafür die erforderlichen Rahmen- und Erfolgsbedingungen überhaupt gegeben waren.²³

Der nunmehr mit dem Gesundheitsstrukturgesetz auch gesetzlich verankerte Wettbewerb um Mitglieder durch die Einführung der Kassenwahlfreiheit ohne den für die Chancengleichheit erforderlichen Risikostrukturausgleich auf Regionsebene²⁴ wird diese Selbstprivatisierungstendenzen bei den Krankenkassen noch weiter verstärken. Hier hat mittlerweile der Ersatzkassenverband eindeutig die ideologische Führung übernommen, bei der unter der Formel der sogenannten "Gemeinsamen Selbstverwaltung" das Finanzierungsoligopol der Kassenseite mit dem Ziel eines "Einkaufsmodells" nicht eine gesamtgesellschaftlich orientierte Investitionspolitik, sondern eine am Ausbau der eigenen Marktstellung orientierte Nachfrageübermacht ausübt.²⁵

Besonders deutlich wird diese Selbstprivatisierung der Krankenkassen durch die verkürzte Übernahme des Risikobegriffs aus der auf die private Versicherungswirtschaft bezogene Versicherungstheorie. Während in der allgemeinen Versicherungstheorie die gesamtwirtschaftliche Wachstumsfunktion der Risikoverteilung durch das Versicherungswesen hervorgehoben wird,²⁶ wurde von den Spitzenverbänden der sozialen Krankenversicherung lediglich die versicherungsbetriebswirtschaftliche Risikoverteilung zwischen den Versicherungsunternehmen übernommen und erörtert. Grundidee und Leitbild dieser Selbstprivatisierung ist heute die nur noch auf bestenfalls zwei Drittel der Gesellschaft anwendbare Konkurrenz um die gutverdienenden und gesundheitsbegünstigten gehobenen Angestellten in jüngeren Jahren, die sogenannten "guten Risiken".²⁷

An diesem in der Kassenphilosophie zu erstrangiger Bedeutung gelangten Begriff des "guten Risikos" zeigt sich sehr deutlich der grundlegende Wandel in der Gesellschafts- und Wirtschaftsauffassung, im Selbstverständnis und in den Handlungsgrundsätzen der Spitzenverbände der Krankenversicherung und der Krankenkassen selbst.

²³ Vgl. Goeschel, Albrecht: Selbstmord aus Angst vor dem Tode? Internes Positionspapier für den AOK-Bundesverband, Bonn 10.10.1983.

²⁴ Vgl. Jacobs, Klaus: Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV. In: Wirtschaftsdienst, 9-1993, S. 597-602, bes. S. 601.

²⁵ Vgl. Rebscher, Herbert: Wettbewerb und Solidarität. In: Die Ersatzkasse 5-1993 und Maus, Josef: Ersatzkassen rüsten für den knallharten Wettbewerb. In: Deutsches Ärzteblatt, 13-1993, S. 669.

²⁶ Vgl. Sinn, Hans-Werner: Gedanken zur volkswirtschaftlichen Bedeutung des Versicherungswesens. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin 1-1988, S. 1 ff.

²⁷ Vgl. Maus, Josef: A.o.O.

Nicht mehr die unterschiedlichen Aufgabenstellungen der verschiedenen Kassenarten bei Sicherung, Ausgleich und Gestaltung von Gesundheitsversorgung, sondern die Gewinnung von Hochbeitragszahlern und vor allem Niedrigleistungsverbrauchern steht im Vordergrund.

An die Stelle unterschiedlicher sozioökonomischer, ökologischer und medizinischer Gesamtrisiken bzw. Risikopotentiale in den jeweiligen Regionen und deren unterschiedlicher Bewältigung je nach Mitgliederanteilen der verschiedenen Kassenarten in diesen Regionen ist die Frage getreten, wie hoch der Anteil von Personen mit geringem Beitragsaufkommen und mit hoher Leistungsbeanspruchung innerhalb der verschiedenen Kassenarten ist.

Diejenigen, für die die soziale Krankenversicherung entwickelt worden ist und durch deren Risikoentlastung die soziale Krankenversicherung gesellschaftsstabilisierend und wachstumsfördernd wirkt, sind zu Belastungen der selbstprivatisierten Krankenkassen bzw. Kassenarten undefiniert worden. Die Betroffenen sind zu Verantwortlichen, d.h. zu "schlechten Risiken" erklärt werden: Langzeitarbeitslose Angestellte und Arbeiter, Geringfügigbeschäftigte, Wenigverdiener, Kleinrentner, Kinderreiche, Alleinerziehende, Nicht-Deutsche, Chronischkranke etc.

28

7. Verselbständigung der Krankenkassen zur Finanzierungsoligopolen

Die im Zuge der Selbstprivatisierung der Krankenkassen vollzogene Wandlung des Risikobegriffes von einer arbeitsteilig zu bewältigenden Aufgabenstellung des gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer möglichst abzuwehrenden Belastung der einzelnen Krankenkassenunternehmen zeigt zugleich eine zweite entscheidende Entwicklungslinie im Bereich der Sozialen Sicherung im Krankheitsfalle: Die Verselbständigung der Krankenkassen gegenüber ihrer ursprünglichen Aufgabenstellung und ihre neue Wirkungsweise als vor allem an ihrem institutionellen Besitzstand und dessen Mehrung interessierte Finanzierungsoligopole.

²⁸ Vgl. Goeschel, Albrecht: Regionales Gesamtrisiko: Raumordnungspolitische Überlegungen zur Krankenkassenneuordnung. In: Sozialer Fortschritt, 11/12-1989, S. 283 - 286.

Nicht mehr der Solidarausgleich, sondern die Kasseninstitution sind der entscheidende Bezugspunkt der Gesundheits- und Wirtschaftsauffassung, des Selbstverständnisses und des Handelns oder Unterlassens der Krankenkassen geworden.

Besonders deutlich wird dies im nunmehr durch das Gesundheitsstrukturgesetz festgelegten sogenannten Risikostrukturausgleich. Durch diesen sollen Nachteile einzelner Krankenkassen im Wettbewerb um Mitglieder infolge ungünstiger, durch Risikobelastungen bedingt hoher Beitragssätze, durch Ausgleiche bundesweit über alle Kassenarten hinweg abgemildert werden: Ziel ist es, die unterschiedlichen Kassenarten zu erhalten. Dieses Ziel einer Erhaltung der unterschiedlichen Kasseninstitutionen wird dabei durch Beseitigung des einheitlichen Solidarausgleichs zugunsten der in erster Linie auf die Krankenversicherung angewiesenen Rentnerinnen und Rentner erreicht. Für diese Hauptgruppe von Versicherten hat bislang ein über alle Kassenarten hinweggehender Finanzausgleich in Form eines versichertenfreundlichen Ausgabenvergleichs bestanden. Dieser Ausgabenvergleich zugunsten der Rentnerinnen und Rentner war ein faktisch eigenständiges Solidarausgleichssystem für die generations- und sozialgruppenspezifischen Risiken der Rentnerinnen und Rentner und ihrer mitversicherten Familienangehörigen. Dieses faktisch eigenständige, für die wichtigste Versichertengruppe bestehende Solidarausgleichssystem wird nach den Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes im Risikostrukturausgleich zur Erhaltung der verschiedensten Kasseninstitutionen untergehen.²⁹

Diese Vorrangigkeit einer Erhaltung der verschiedenen Kassenarten durch einen allgemeinen Risikostrukturausgleich zu Lasten des besonderen Solidarausgleiches der Krankenversicherung der Rentner zeigt sich auch noch in einer anderen Ausprägung dieses Risikostrukturausgleichs. In diesem Risikostrukturausgleich werden nicht die in den verschiedenen Regionen unterschiedlich hohen Gesundheitsaufwendungen, sondern nur noch überregional standardisierte Gesundheitsaufwendungen berücksichtigt.

Insgesamt zeigt demnach der Erhalt der verschiedenen Kasseninstitutionen durch einen Risikostrukturausgleich, in dem der besondere Solidarausgleich der Krankenversicherung der Rentner und die Regionalunterschiede bei den Gesundheitsaufwendungen untergehen, daß sich die Krankenkassen gegenüber den Versicherten verselbständigt haben. Neben dem Risikostruktur-

²⁹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Schlechte Risiken oder Zielgruppe für den Wettbewerb? Die Bedeutung der Älteren für Struktur und Konkurrenz der Krankenkassen. A.o.O.

ausgleich wird diese Verselbständigung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten auch noch durch die wachsende Stärkung den Krankenkassenverwaltungen gegenüber den Versicherungsgemeinschaften deutlich.

Seit Mitte der achtziger Jahre wurde im Zuge der Umdefinition der Ortskrankenkassengemeinschaft in eine Unternehmensgruppe auch eine Beseitigung der bisherigen Regionalgliederung in lokale und regionale autonome Ortskrankenkassen einerseits und deren Landesverbände mit einem Bundesverband andererseits angestrebt. Nach den Zentralisierungsplänen des AOK-Bundesverbandes und einiger AOK-Landesverbände sollten die Politikformulierung, die Verhandlungskompetenzen sowie die Unternehmensziele zentral, die Vorgabenumsetzung und die Zielerreichung dezentral erfolgen. Die unternehmenspolitische Aufgabenstellung sollte an der Hierarchiespitze, die unternehmenspolitische Aufgabenausführung sollte an der Hierarchiebasis erfolgen. Gleichzeitig wurde mit dem Ziel einer Stärkung der Position der Ortskrankenkassen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eine weitgehende Konzentration der bisher lokalen und regionalen Ortskrankenkassen zur Landes-AOKen in die Wege geleitet.³⁰

Die bisherige Gliederung der AOKen in Gruppen von AOKen für Großstädte, für Umlandregionen und für Landgebiete hatte vor allem im Falle der Landgebiete mit ihrer vorwiegenden Versicherung der Erwerbstätigen in den dortigen AOKen den großen Vorteil regional- und sozialstrukturell vergleichsweise homogener Versicherungsgemeinschaften und einer örtlich und sachlich unmittelbar auf diese Versicherungsgemeinschaften abgestimmten Versicherungspolitik autonomer Einzelkrankenkassen.³¹

Demgegenüber hat das Gesundheitsstrukturgesetz die Zentralisierung und Konzentration der lokalen und regionalen Ortskrankenkassen zu Landes-AOKen deutlich erleichtert. In einigen Bundesländern sind solche Landes-AOKen bereits entstanden oder unmittelbar vor der Errichtung. Diese neuen landesweiten Großbürokratien werden regional- und sozialstrukturell inhomogene Versicherungsgemeinschaften umfassen. Wegen des vor allem über den Beitragssatz und dabei über die Leistungsausgaben laufenden Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen

³⁰ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. AOK-Holding Ländlicher Raum: Marktgerechte und sozialverantwortliche Organisationsreform der Ortskrankenkassen. Gutachten für eine Gruppe von AOKen im ländlichen Raum, Marquartstein/Prien 1991, S. 32 ff. und Goeschel, Albrecht: AOK-Holding statt Landes-AOK: Vorschläge für eine marktgerechte und sozialverantwortliche Organisationsreform der Ortskrankenkassen. Vortrag vor der AOK Lippstadt-Soest, 1.7.1992.

besteht die große Gefahr, daß die Landes-AOKen aus ihrer inhomogenen Versichertengemeinschaft vor allem die leistungsintensiven "schlechten Risiken" selektiv abdrängen werden. Bei den Ersatzkassen ist dies bereits erklärte Absicht.³² Zuletzt ist es auch so, daß einschlägige Untersuchungen über die Versichertenorientierung unterschiedlich großer Ortskrankenkassen zeigen, daß Groß-AOKen eine deutlich geringere Versichertenorientierung als kleinere Kassen aufweisen.³³

Besondere Probleme ergeben sich durch die Zentralisierung und Konzentration der Ortskrankenkassen zu Landes-AOKen im Bereich der Akut-Krankenhausversorgung und der Reha-Klinikversorgung.

Bisher stellt das Vorhandensein regionalverantwortlicher und autonomer AOKen für die Akut-Krankenhäuser vor allem in den ländlichen Räumen in der Regel eine positive Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden ortsnahen und breiten Versorgung auch der multimorbidchronischkranken Patienten durch kleinere, dezentrale Krankenhäuser dar.

Durch die Zentralisierung und Konzentration der lokalen und regionalen AOKen zu Landes-AOKen einerseits und die Bildung von Landesvertretungen der Ersatzkassen andererseits sehen sich die einzelnen Krankenhäuser in Zukunft einem übermächtigen Finanzierungsoligopol von nur noch zwei Kostenträgern, nämlich der Landes-AOK und der Ersatzkassen-Landesvertretung, gegenüber. Dies wird, vor allem im Zusammenhang der Umstellung der Krankenhausfinanzierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz, zu einer einseitigen Nachfrageübermacht der Kassenseite gegenüber den Akut-Krankenhäusern führen und dort die Voraussetzungen vor allem für die Versorgung der multimorbid-chronischkranken Patienten deutlich verschlechtern.³⁴

Eine ähnliche Entwicklung vollzieht sich derzeit im Bereich der Versorgung durch Rehabilitationskliniken. Hier wurde den Krankenkassenverbänden durch das Gesundheitsstrukturgesetz

³¹ Vgl. ebda., S. 4 ff. und S. 15 ff.

³² Vgl. Maus, Josef: A.o.O.

³³ Vgl. Oppen, Maria: Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Berlin 1990

³⁴ Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenkassenstruktur und Krankenhauspolitik. Vortrag vor dem Beirat der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V., Norderney, 8.9.1992 sowie ders.: Bedingungen und Möglichkeiten für eine Modernisierung der Verbandsarchitektur der Krankenhauswirtschaft. Vortrag bei den Biersdorfer Krankenhausgesprächen 1993 und vor dem Verband Evangelischer Krankenhäuser im Rheinland e.V. am 3.9.1993 und 16.11.1993.

zwar die Pflicht zur Bedarfsplanung in Abstimmung mit den Bundesländern auferlegt, aus der sich dann vor allem auch für die kleineren Rehaeinrichtungen und deren Patientenklientel ein gewisser Bestandsschutz gegenüber den Krankenkassen ergeben würde.

Die Krankenkassenverbände lassen aber deutlich erkennen, daß sie statt dieser Bedarfsplanung in Abstimmung mit den Bundesländern einer direkten Angebotssteuerung durch ihre Nachfrageübermacht den Vorzug geben. Eine massenhafte Ausgrenzung gerade kleinerer Rehabilitationseinrichtungen und ihrer in der Regel sozialschwächeren Patientenklientel durch das Kassenoligopol ist daher eine reale Gefahr.³⁵

8. Fehlende Kontrolle der Krankenkassen durch eine kritische Öffentlichkeit

Während einerseits die soziale Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung wegen ihrer Verknüpfung von Raumordnung und Sozialsicherung von hoher Bedeutung für die Stabilität und die Expansion des Gesellschaftsprozesses und des Wirtschaftskreislaufes in der Bundesrepublik Deutschland ist, haben sich andererseits die Krankenkassen mittlerweile zu Quasiunternehmen selbstprivatisiert und zum Finanzierungsoligopol verselbständigt.

Dieses Auseinanderdriften von Aufgabenstellung, Wirkungsweise und Handlungszielen zwischen Sozialer Sicherung im Krankheitsfalle und Krankenkasseninstitutionen macht eine Kontrolle der Krankenkassen durch eine kritische Öffentlichkeit besonders dringlich bzw. deren Fehlen besonders problematisch. Insgesamt muß ja bedacht werden, daß das enorme Finanzvolumen der sozialen Krankenversicherung von etwa 174 Milliarden Mark im Jahre 1991 und das Erwerbsvolumen der Gesundheitswirtschaft von derzeit etwa 2,1 Millionen Erwerbstätigen schon per se eine Kontrolle vor allem hinsichtlich seiner wirtschaftlichen Voraussetzungen und Auswirkungen erforderlich macht.

Eine solche Kontrolle ist bisher einseitig und unzutreffend gemäß dem herrschenden "Kostendogma" als landläufige Kritik an zu hohen Lohnnebenkostenbelastungen nicht nur der Einzel-

³⁵ Vgl. Goeschel, Albrecht: Bedarfsplanung durch Eigeninitiative: Erfordernisse und Voraussetzungen einer Mitgestaltung der Bedarfsplanung durch die Rehabilitationskliniken. Vortrag bei der Fachkonferenz der Stu-

unternehmen, sondern auch der Gesamtwirtschaft und als allgemeine Diskussion über den Standort Deutschland erfolgt. Eine Kontrolle aus der Sicht der Wachstumseffekte und Nutzenwirkungen der Aufwendungen für die soziale Krankenversicherung erfolgt lediglich im engeren Kreis der wissenschaftlich-politischen Fachöffentlichkeit. Über diesen Kreis hinaus wird allerdings eine kritische Beurteilung der Entwicklung der sozialen Krankenversicherung aus der Sicht des Föderalprinzips und der Raumordnung durch die Bundesländer betrieben.

Auf der Ebene der politisch-institutionellen Strukturen ist es dann auch tatsächlich so, daß vor allem die Raumordnung und Landesplanung ein wichtiger Kontrollmaßstab für die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung und für das Handeln oder Unterlassen der Krankenkassen ist.

Die Forderung der Bundesländern nach Regionalisierung der weitgehend unkontrollierten bundesweiten Ersatzkassen belegt dies. Bei den Bundesländern sind hier vor allem die Finanzströme, Investitionseffekte und Employmenteffekte der Krankenkassen, aber auch die Länderkompetenz auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik und insbesondere der Krankenhauspolitik handlungsleitend.

Während mittlerweile zumindest einige Bundesländer Gesundheitsberichte mit Angaben auch zur sozialen Krankenversicherung erstellen, fehlen bislang in den Landesentwicklungsprogrammen und in den Landesentwicklungsplänen der Bundesländer allerdings immer noch Ziele für die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung in den Ländern.

Eine politische Kontrolle zumindest der lokalen und regionalen AOKen hat durch die kommunalpolitische Einbindung und das kommunalpolitische Umfeld der AOKen stattgefunden. Auch wenn einzelne Kommunen mittlerweile kommunale Gesundheitsberichte vorlegen und Gesundheitskonferenzen auf lokaler und regionaler Ebene im Gespräch sind, haben sich durch die Zentralisierung und Konzentration der Ortskrankenkassen zu Landes-AOKen und das Versagen der Kommunalebene gegenüber diesem erheblichen kommunalpolitischen Substanzverlust

³⁶ die Voraussetzungen für eine politische Kontrolle der Ortskrankenkassen und damit zumindest eines Teils der sozialen Krankenversicherung deutlich verschlechtert.

Interessant ist die Asymmetrie der politischen Kontrolle der sozialen Krankenversicherung und der Krankenkassen durch die verschiedenen Sektoren der Anbieter der Gesundheitswirtschaft bzw. deren Interessenverbände. Während die Ärzteschaft seit Jahrzehnten erfolgreich diejenigen Kassenstrukturen und diejenige Kassenpolitik öffentlich erörtert, die sie benötigt, hat die Krankenhausesseite hier bislang keinerlei Vorschläge entwickelt und durchgesetzt.³⁷

Seit bald zwei Jahrzehnten existiert außerdem eine vorwiegend durch verkürzte neoklassische Positionen oder eine auf Betriebswirtschaft verkürzte Volkswirtschaft gekennzeichnete Gesundheitsökonomie als Kontrollinstanz für die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung. Durch die Einrichtung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Mitte der achtziger Jahre wurde die Gesundheitsökonomie auch offiziell als Beobachtungs- und Orientierungsinstanz installiert.³⁸ Durch die offensive Einbringung von Positionen der Regionalökonomie ist es dabei gelungen, in dieser Form Interessenlagen und Kontrollgesichtspunkte der Gesamtbevölkerung und der Versichertenschaften in die sektoral und konzeptionell verengte Gesundheitsökonomie einzubringen.³⁹

Ansätze zu einer politischen Kontrolle der Entwicklung der sozialen Krankenversicherung und des Handelns oder Unterlassens der Krankenkassen gibt es, vor allem in Form anspruchsvoller wissenschaftlich-politischer Symposien, beim größten deutschen Rentner- und Behindertenverband.⁴⁰ Eine offensive politische Kontrolle der sozialen Krankenversicherung und der Krankenkassen aus der Interessenposition der Rentnerinnen und Rentner ist vor allem deshalb not-

³⁶ Vgl. Goeschel, Albrecht: Die geplante Bildung von Groß-AOKen in Niedersachsen aus der Sicht der Raumordnung und Landesplanung. In: Der Landkreis, 1-1991, S. 21 - 27 und ders.: Die Auswirkungen einer AOK-Zentralisierung auf den donnersbergkreis. Vortrag vor dem Strukturbeirat des Donnersbergkreises, Kirchheimbolanden, 30.3.1992.

³⁷ Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung der regionalen Krankenkassenstruktur für die Krankenhauswirtschaft. In: Medizin-Mensch-Gesellschaft, 16-1991, S. 123 - 132.

³⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1987 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, S. 19 ff. Ähnlich kann auch die Arbeit der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, die 1987 eingerichtet worden ist und ihren Endbericht 1990 vorgelegt hat, gesehen werden.

³⁹ Vgl. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Raumordnung und Gesundheitspolitik. Informationen zur Raumentwicklung, 3/4-1985.

⁴⁰ Vgl. Lohr, Karin: Rentnerverbände und Frauenstellen als Interessenpartner der Krankenhäuser und Kliniken. Vortrag bei der Fachkonferenz.

wendig, weil innerhalb der sogenannten paritätischen Selbstverwaltung der Krankenkassen die Mitgliedergruppen der Rentnerinnen und Rentner nicht repräsentiert ist.⁴¹

Als besonderer Mangel ist es zu betrachten, daß bislang Verfahren zur Situations-, Aktivitäts- und Bilanzanalyse der Krankenkassen erst in Ansätzen erarbeitet sind.⁴² hierdurch fehlen erprobte und eingeführte Instrumente kritischer Kontrolle vor allem der Krankenkassen.

Insgesamt ist aber vor allem der Umstand auffallend, daß trotz eines Volumens von 1991 bereits 174 Milliarden Mark bei der sozialen Krankenversicherung und trotz einer Zahl von rund 2,1 Millionen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft bislang in der Ressortlandschaft der Tagespresse die soziale Krankenversicherung und die Gesundheitswirtschaft nicht vertreten sind. Es gibt lediglich eine tägliche Ärzte-Zeitung, die sozusagen als Branchenblatt des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung fungiert, aber nicht als Publikumszeitung erhältlich ist. Durch das Fehlen von Ressorts für Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft in der Tagespresse kommt es wiederum nicht zur erforderlichen Ausbildung entsprechend qualifiziertere Journalistinnen und Journalisten, die zu einer fundierten Berichterstattung und Kommentierung von Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft in der Lage sind.

9. Ansatzpunkte für eine organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung

Ein Teil der nachfolgend erörterten Ansatzpunkte für eine organisierte Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung ist im vorausgegangenen Text schon erörtert worden, ein anderer Teil wird zusätzlich erörtert.

⁴¹ Vgl. Holz, Gerda: Altengerechte Gesundheitsversorgung erfordert einen Umbau des Gesundheitswesens. In: VdK-Bayern (Hrsg.): Krankenversicherung und Gesundheitsreform reformbedürftig? München o.J., S. 14 ff. und S. 25 ff.

⁴² Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Regionale Situationsanalyse und Entwicklungsvorschläge für die AOK Hameln-Pyrmont. Gutachten im Auftrag der AOK Hameln-Pyrmont, Marquartstein 1992 sowie diess.: Analyse der Kostenträger im Kreis Minden-Lübbecke. Teil: Wirtschaftlichkeitsanalyse der AOK-Minden, Marquartstein, 1990.

Ein erster, besonders dringlicher Bereich organisierter Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung ist der Bereich der Akut-Krankenhausversorgung und der Reha-Klinikversorgung.

Hier hat das Gesundheitsstrukturgesetz eine komplizierte und riskante Situation geschaffen. Durch die Umstellung der Finanzierung der Akutkrankenhäuser auf ein preisähnliches Fallpauschalensystem, bei dem nur noch eine bundesdurchschnittliche Standardmorbidity von den Kassen akzeptiert wird, besteht eine bereits jetzt erkennbare Gefahr, daß Sozialschwache, Chronischkranke, Unfall- und Gewaltopfer etc. aus der Akutversorgung abgedrängt werden.⁴³ Gleichzeitig ist die moderierende Stellung der Bundesländer als Bedarfsplanungsträger weitgehend beseitigt. Hier ist eine sozialepidemiologisch zugespitzte offensive Preispolitik und Preisdiskussion gegenüber den Krankenkassen als Finanzierungsoligopol dringend nötig.

Im Bereich der Reha-Klinikversorgung besteht eine unmittelbare Preissteuerung durch die Krankenkassen schon jetzt. Zusätzlich hat das Gesundheitsstrukturgesetz den Krankenkassen noch eine Bedarfsplanungsaufgabe und Qualitätssicherungsaufgabe übertragen.

Hier besteht das akute Risiko, daß die Krankenkassen unter Umgehung der Bedarfsplanung und der damit verbundenen Abstimmungspflicht mit den Bundesländern und unter Mißbrauch ihrer Qualitätssicherungsaufgabe gerade solche Rehaeinrichtungen eliminieren, die Sozial-schwache, soziobiographische Problemgruppen und multimorbid-chronisch erkrankte Patienten versorgen. Hier ist eine regionalpolitisch zugespitzte offensive Bedarfsanmeldungspolitik für eine regional vollständige Rehapalette dringend nötig.

Ein weiterer, ebenfalls besonders dringlicher Bereich organisierter Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung ist der Bereich der Pflegeleistungen. Hier treten die Tendenzen zu einer Selektion und Diskriminierung der Betroffenen teilweise offen zutage. Demgegenüber ist eine offensive Veröffentlichungspolitik dringend erforderlich.

Ein letzter, ebenfalls besonders dringlicher Bereich organisierter Verbraucherpolitik gegenüber der sozialen Krankenversicherung ist deren im Sozialgesetzbuch verankerte Pflicht, auf gesun-

⁴³ Vgl. bspw. Südd. Zeitung vom 1.12.1993

de Lebensverhältnisse hinzuwirken und auf die Beseitigung der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden hinzuwirken und den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen.

Auch hier kommen die Krankenkassen ihren gesetzlichen Aufgabenstellungen überhaupt nicht oder nicht angemessen nach. So sind allenfalls bei den Betriebskrankenkassen und bei den Innungskrankenkassen an den spezifischen Möglichkeiten dieser Kassenarten ausgerichtete Maßnahmen zur Klärung und Beseitigung der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden im Bereich der Arbeitswelt festzustellen.

Im Unterschied dazu verweigern sich vor allem der AOK-Bundesverband und die AOK-Landesverbände, aber auch eine große Zahl von einzelnen AOKen entsprechenden Maßnahmen zur Klärung und Beseitigung der Ursachen von Gesundheitsgefährdung und Gesundheitsschäden im dieser Kassenart entsprechenden Bereich von Wohnumfeld und regionaler Umwelt.

Für die Ersatzkassen wäre insbesondere ein präventives Engagement im Bereich der Produktqualität und Produzentenhaftung angezeigt. Hiervon ist allerdings weit und breit nichts zu erkennen.

Insgesamt müssen die von den Ortskrankenkassen und von den Ersatzkassen bislang tatsächlich realisierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung als marginale Pseudoaktivitäten bewertet werden, die allenfalls der Imagewerbung, nicht aber der Präventionsförderung dienen.

Hier erscheint eine kritische kassenartenspezifische Bewertung der verschiedenen Gesundheitsvorsorgekonzepte der gesetzlichen Krankenversicherung dringend angezeigt.