

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	19
Abbildungsverzeichnis	21
Tabellenverzeichnis	25

## **Einleitung** 27

1. Gesundheitssysteme im Wandel und gesellschaftliche Wertvorstellungen	27
2. Zielsetzung und Fragestellungen	29
3. Theoretischer Zugang	31
4. Untersuchungsgegenstand	32
5. Forschungsstand	33
6. Aufbau der Arbeit	38

## **Erster Teil: Die drei Pfeiler der Cultural Theory nach Wildavsky** 41

1. Die Cultural Theory als kulturalistischer Ansatz der Politischen Kultur-Forschung	42
1.1 Die Politische Kultur-Forschung: Entstehung und Forschungsansätze	42
1.2 Der klassische Ansatz nach Almond/Verba	45
1.2.1 Erkenntnisinteresse und Kulturverständnis	45
1.2.2 Umfrageforschung als Grundlage des klassischen Ansatzes	46
1.2.3 Politische Objektorientierung	47
1.2.4 Typen Politischer Kulturen und Civic Culture	49
1.2.5 Verhältnis zwischen Politischer Kultur und politischem System	52
1.3 Konzeptinterne Weiterentwicklung des klassischen Ansatzes	53
1.4 Konzeptexterne Kritik am klassischen Ansatz durch die Cultural Theory und ihr kulturalistisches Alternativkonzept	56
1.4.1 Erweiterter Kulturbegriff	56
1.4.2 Unterschiede und Parallelen zum klassischen Ansatz	58

2.	Die Cultural Theory als Opposition zum Rational Choice-Ansatz	61
2.1	Der Rational Choice-Ansatz	61
2.2	Kulturalistische Kritik am Rational Choice-Ansatz	63
2.2.1	Politische Kultur als Gegenentwurf zum Rational Choice-Ansatz	63
2.2.2	Wildavskys Opposition zum Rational Choice-Ansatz	65
3.	Die Cultural Theory als Weiterentwicklung der kulturalanthropologischen Arbeiten von Durkheim und Douglas	68
3.1	Das Gesellschaftsverständnis nach Durkheim	68
3.1.1	Unterscheidung kulturell bedingter Suizidformen	68
3.1.2	Einfluss auf die Arbeiten von Douglas	71
3.2	Das grid-group-Modell nach Douglas	74
3.2.1	Kulturverständnis	74
3.2.2	Entwicklung des grid-group-Modells	76
3.3	Die Bedeutung der Arbeiten von Durkheim und Douglas für die Cultural Theory	80
4.	Die Cultural Theory nach Wildavsky	81
4.1	Erkenntnisinteresse und Kulturverständnis	82
4.2	Theoriebildung auf der Grundlage der Arbeiten von Douglas	83
4.2.1	Bedeutung sozialer Beziehungen	84
4.2.2	Compatibility condition	85
4.2.3	Impossibility theorem	86
4.2.4	Requisite variety condition	87
4.3	Die Lebensstil-Typologie der Cultural Theory	88
4.3.1	Definition der Dimensionen grid und group	88
4.3.2	Idealtypus Egalitarianism	90
4.3.3	Idealtypus Hierarchy	92
4.3.4	Idealtypus Individualism	93
4.3.5	Idealtypus Fatalism	94
4.3.6	Idealtypus Autonomy	96
4.4	Die Kombination von Lebensstilen in regimes	96
4.5	Kritik an Wildavsky und deren Bewertung	99
4.5.1	Trennschärfe der Dimensionen	100
4.5.2	Kurz- vs. langfristige Präferenzen	103
4.5.3	Kohärenz der Handlungen	104
4.5.4	Freie Entscheidungen	105
4.5.5	Analyseebene	106
5.	Zwischenfazit: Die Cultural Theory und ihre Anwendbarkeit auf Gesundheitssysteme	108

<b>Zweiter Teil: Modifikation der Cultural Theory für die Analyse von Gesundheitssystemen</b>	<b>109</b>
1. Die Cultural Theory als geeigneter Ansatz zur Analyse von Gesundheitssystemen	110
2. Die Akteurs- und Beziehungskonstellation der medizinischen Versorgung	113
3. Theoretische Prämissen und Modifikationen zur Anwendung der Cultural Theory auf Gesundheitssysteme	116
3.1 Vier Idealtypen als Bezugspunkt der Analyse	117
3.2 Gegenseitige Abhängigkeit der Mikro- und Makroebene	118
3.3 Retrospektive Aussagekraft anhand institutioneller Rahmenbedingungen	119
3.4 Notwendigkeit der empirischen Individualdatenerhebung	120
3.5 Individuen und „komplexe Akteure“	122
3.6 Interessenkongruenz der Akteure	123
3.7 Mittel- bis langfristige Stabilität der Typen	124
3.8 Staatliche Ebene als Ausgangs- und Bezugspunkt der Untersuchung	125
4. Die Dimension grid im Gesundheitssystem	126
4.1 Der Staat als zentrale Entscheidungsinstanz in der grid-Dimension	126
4.2 Die medizinische Versorgung als Aufgabengebiet des Staates – Gründe für Marktregulation	128
4.2.1 Altruismus und Chancengleichheit	129
4.2.2 Marktversagen auf dem Gesundheitsmarkt	131
4.3 Ausprägungen der Dimension Regulation	133
4.3.1 Starke Ausprägung	134
4.3.2 Schwache Ausprägung	136
5. Dimension group im Gesundheitssystem	138
5.1 Der Integrationsbegriff und seine Übertragung auf die group-Dimension	138
5.1.1 Merkmale von starken Gruppenbeziehungen	139
5.1.2 Wenig integrierte Gruppen und Netzwerke	141
5.2 Ausprägungen der Dimension Gruppenintegration	142
5.2.1 Starke Ausprägung	143
5.2.2 Schwache Ausprägung	145
6. Die Idealtypen von Gesundheitssystemen	147
6.1 Geringe Gruppenintegration, starke Regulationsdichte: Das Staatsmodell	148
6.2 Geringe Gruppenintegration, geringe Regulationsdichte: Das Marktmodell	149

6.3	Hohe Gruppenintegration und hohe Regulationsdichte: Das korporatistische Gesundheitssystem	150
6.4	Hohe Gruppenintegration und niedrige Regulationsdichte: Das Zünftermodell	151
7.	Zwischenfazit: Die Modifikation der Cultural Theory	152

### **Dritter Teil: Methodik** 153

1.	Verortung der Arbeit in der Wissenschaftstheorie	153
2.	Messbarkeit von Politischer Kultur	154
3.	Empirische Datenerhebung und -basis	157
4.	Übertragung von Erkenntnissen der Mikro- auf die Makroebene	158
5.	Typologie als methodischer Zugang	159
6.	Zwischenfazit: behaviour fitted into boxes	161

### **Vierter Teil: Entwicklungslinien im deutschen Gesundheitssystem** 163

1.	Regulation und Gruppenintegration im deutschen Gesundheitssystem – ein historischer Überblick	163
1.1	Mittelalter und frühe Neuzeit	164
1.2	Von der Bismarckschen Gesetzgebung bis zum Ende der Weimarer Republik	167
1.3	Nationalsozialismus	172
1.4	Wiederaufbau, Ausbau des Gesundheitssystems und Kostendämpfung	174
2.	Systemreformen und gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel in Deutschland seit den 1990er Jahren	180
2.1	Paradigmenwechsel in der deutschen Gesundheitspolitik	180
2.2	Die zentralen Gesundheitsreformen seit den 1990er Jahren	182
2.2.1	Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG – 1992) und die Dritte Stufe der Gesundheitsreform	182
2.2.2	Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (2000)	183
2.2.3	Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG – 2003/2004)	184
2.2.4	Das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG – 2006) und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG – 2007)	186
2.2.5	Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG – 2007)	187
3.	Zwischenfazit: Ursprung und Wesen des Paradigmenwechsels in der deutschen Gesundheitspolitik	190

<b>Fünfter Teil: Der Bürger im Gesundheitssystem</b>	<b>192</b>
1. Bürgerorientierung der deutschen Gesundheitspolitik	192
2. Die unterschiedlichen Rollen des Bürgers im Gesundheitswesen und deren Veränderung seit den 1990er Jahren	194
2.1 Der Bürger als Versicherter	195
2.1.1 Grundlegende Merkmale der Beziehung	195
2.1.2 Trend zu mehr Entscheidungsfreiheit und individualisierten Versicherungsverträgen	197
2.1.3 Trend zur finanziellen Beteiligung an Gesundheitskosten	198
2.2 Der Bürger als Leistungsempfänger	199
2.2.1 Einfluss des Bedürfnisgrads	199
2.2.2 Der Patient als Partner des Arztes	200
2.2.3 Der Bürger als Kunde auf dem Gesundheitsmarkt	202
2.3 Der Bürger als gesundheitspolitischer Akteur	204
2.3.1 Organisationsfähigkeit der Interessen von Patienten und Versicherten	204
2.3.2 Institutionelle Stärkung von Patienteninteressen	205
2.3.3 Interessenvertretungsagenturen der Patienten und Versicherten	206
3. Überlegungen zur Unterscheidung von Patiententypen	208
3.1 Allgemeine Vorüberlegungen	208
3.2 Patiententypologien in der Gesundheitswissenschaft	209
3.2.1 Patiententypologie nach Gellner/Wilhelm	209
3.2.2 Patiententypologie nach Marstedt/Buitkamp/Braun	211
4. Theoretische Vorüberlegungen zur Patiententypologie anhand des Regulation-Integration-Modells	212
4.1 Die Dimensionen der Patiententypologie	212
4.2 Theoriebasierte Idealtypen von Patienten	214
5. Erstellung einer empirisch fundierten Patiententypologie	217
5.1 Empirische Datenbasis	217
5.2 Verortung der privat Versicherten im Regulation-Integration-Modell	218
5.3 Dimension staatliche Regulation	218
5.4 Dimension Gruppenintegration	220
5.5 Mengenverteilung der Patiententypen	222
6. Die Patiententypologie in der empirischen Untersuchung	223
6.1 Gesundheitsversorgung als private oder staatliche Aufgabe	223
6.1.1 Gesellschaftliche Erwartungshaltung an den Staat und Bereitschaft zur Eigenverantwortung	223
6.1.2 Staatsvertrauen und Eigenverantwortung der Patiententypen	225

6.2	Zur Rolle des Staates bei der Beitragsgestaltung	230
6.3	Informationsbeschaffung zu gesetzlichen Neuerungen	231
6.3.1	Soziale Gruppen als Informationsquellen	231
6.3.2	Patiententypen und ihre Informationsquellen	233
6.4	Vertretung von Patienteninteressen	235
6.4.1	Allgemeine Tendenzen	235
6.4.2	Interessenvertretung der Patiententypen	237
6.4.3	Gesundheitspolitisches Verhalten der Patiententypen	240
7.	Zwischenfazit: Patiententypen und Entwicklungstendenzen	241
7.1	Der konservative Nutzer: Klassische Rollenmuster und Tradition	241
7.2	Der apathische Nutzer: Staatsvertrauen anstatt Eigenverantwortung	242
7.3	Der wettbewerbsorientierte Traditionalist: Markt und Vertrauen	243
7.4	Der wettbewerbsorientierte Kunde und der privat Versicherte: Individuelle Kosten-Nutzen-Kalküle	243
7.5	Größenverteilung und Entwicklungstendenzen	244
 <b>Sechster Teil: Der Arzt zwischen hippokratischem Eid und Unternehmertum</b>		 247
1.	Die Bedeutung des niedergelassenen Arztes im deutschen Gesundheitssystem	247
2.	Die unterschiedlichen Rollen des Arztes und deren Veränderung seit den 1990er Jahren	249
2.1	Der Arzt als Vertragspartner der Kostenträger	250
2.1.1	Das Kollektivvertragssystem der GKV	250
2.1.2	Budgetierung und Honorarreform	252
2.1.3	Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung	253
2.1.4	Vertragswettbewerb über Selektivverträge	254
2.2	Der Arzt als Leistungserbringer	256
2.2.1	„Vom ‚Halbgott‘ zum ‚Kleinkaufmann‘“	256
2.2.2	Traditionelles Berufsethos und Partnerschaft mit dem Patienten	257
2.2.3	Der Arzt als Dienstleister und Unternehmer	259
2.3	Der Arzt als gesundheitspolitischer Akteur	260
2.3.1	Interessenvertretung der Ärzteschaft	260
2.3.2	Veränderungen in der Verbändelandschaft	262
3.	Überlegungen zur Unterscheidung von Ärztetypen	264
3.1	Allgemeine Vorüberlegungen	264
3.2	Ärztetypologien in der Gesundheitswissenschaft	265

4.	Theoretische Vorüberlegungen zur Ärztypologie anhand des Regulation-Integration-Modells	266
4.1	Die Dimensionen in der Ärztypologie	266
4.2	Theoriebasierte Idealtypen von Ärzten	268
5.	Erstellung einer empirisch fundierten Ärztypologie	271
5.1	Empirische Datenbasis	271
5.2	Dimension staatliche Regulation	272
5.3	Dimension Gruppenintegration	275
5.4	Mengenverteilung der Ärztypen	276
6.	Die Ärztypologie in der empirischen Untersuchung	277
6.1	Diffuse und spezifische Unterstützung des Gesundheitssystems	277
6.2	Weiterbildung und neue Behandlungsmethoden	279
6.2.1	Kollektive Bewertung neuer Handlungsoptionen und -vorgaben	280
6.2.2	Bereitschaft der Ärztypen zur Nutzung neuer Handlungsoptionen	280
6.3	Gesundheitspolitische Reformoptionen	282
6.3.1	Generelle Bewertung gesundheitspolitischer Reformoptionen	282
6.3.2	Positionen der Ärztypen zwischen Staat und Markt	283
6.3.3	Interessenvertretung der Ärztypen	286
6.4	Das Arzt-Patienten-Verhältnis	290
6.4.1	Verhaltensänderungen des Patienten aus Sicht der Ärzteschaft	290
6.4.2	Definition des Arzt-Patienten-Verhältnisses	291
6.4.3	Definition und Förderung des mündigen Patienten	294
7.	Zwischenfazit: Ärztypen und Entwicklungstendenzen	298
7.1	Der wertkonservative Paternalist: Halbgott in Weiß	298
7.2	Der patientenorientierte Partner: Passivität und Staatsvertrauen	299
7.3	Der kundenorientierte Dienstleister: Individualität und Wettbewerb	300
7.4	Der liberale Autokrat: Wettbewerb und klassisches Rollenverständnis	300
7.5	Größenverteilung und Entwicklungstendenzen	301

## **Siebter Teil: Das Krankenversicherungssystem zwischen Wettbewerb und Solidarität**

303

1.	Das Krankenversicherungssystem als zentrales Wesensmerkmal des deutschen Gesundheitssystems	303
2.	Die Krankenversicherungen im Beziehungsgeflecht der ambulanten Versorgung	305
2.1	Krankenversicherung und Versicherte	306
2.1.1	Von der Zwangszuweisung zum Kassenwettbewerb	306
2.1.2	Die GKV als Teilnehmer am Wettbewerb	309
2.1.3	Staatliche Regulation zur Vermeidung von Marktversagen	310
2.1.4	GKV vs. PKV und ihre Angleichung	311
2.2	Krankenversicherung und Leistungserbringer	314
2.3	GKVen als gesundheitspolitische Akteure	315
3.	Überlegungen zur Unterscheidung von Krankenversicherungstypen	317
3.1	Allgemeine Vorüberlegungen	317
3.2	Krankenversicherungstypologien in der Gesundheitswissenschaft	318
4.	Theoretische Vorüberlegungen zur Krankenversicherungstypologie anhand des Regulation-Integration-Modells	320
4.1	Die Dimensionen in der Krankenversicherungstypologie	320
4.2	Theoriebasierte Idealtypen von Krankenversicherungen	322
5.	Erstellung einer empirisch fundierten Krankenversicherungstypologie	325
5.1	Empirische Datenbasis	325
5.2	Verortung der befragten Krankenversicherungen im Regulation-Integration-Modell	328
6.	Die Krankenversicherungstypologie in der empirischen Untersuchung	331
6.1	Auswirkungen der Systemreformen	331
6.1.1	Veränderungen im Selbstverständnis der Krankenversicherungen	331
6.1.2	Veränderungen im Verhalten und Selbstverständnis der Versicherten aus Sicht der Krankenversicherungen	333
6.2	Gesundheitspolitische Reformoptionen	334
6.2.1	Bewertung der Finanzierung und Festlegung von Kassenleistungen	334
6.2.2	Bewertung des dualen Systems von GKV und PKV	336
6.2.3	Reform des Gesundheitssystems durch Patientenorientierung	338
6.3	Wettbewerbsstrategien der Krankenversicherungen	339
6.3.1	Ziele und Strategien der Krankenversicherungen	340
6.3.2	Wettbewerbsstrategien der Versorgerkassen	341
6.3.3	Wettbewerbsstrategien der geschlossenen BKVen	343
6.3.4	Wettbewerbsstrategien der wettbewerbsorientierten GKVen	345
6.3.5	Wettbewerbsverhalten der PKVen	347



7.	Zwischenfazit: Krankenversicherungstypen und Entwicklungstendenzen	347
7.1	Die Versorgerkasse: Die traditionelle Kasse vor Ort	347
7.2	Die geschlossene BKK: Exklusivität im Wettbewerb	349
7.3	Die wettbewerbsorientierten GKVen: Preis- und Qualitätsstrategien	350
7.4	Die PKV: Beständigkeit im Wettbewerb	352
7.5	Die Einheitskasse: Modell für Deutschland?	352
7.6	Größenverteilung und Entwicklungstendenzen	353

## **Achter Teil: Unterschiedliche Systemmodelle für Deutschland** 356

1.	Die vier Systemmodelle	357
1.1	Das traditionell-korporatistische Systemmodell	357
1.1.1	Soziale Beziehungen auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen und Solidarität	358
1.1.2	Zwischen Eigenverantwortung, Korporatismus und staatlicher Regulation	361
1.1.3	Die zentralen Wesensmerkmale des traditionell-korporatistischen Systemmodells	362
1.2	Das Staatsmodell	364
1.2.1	Gesellschaftliche Integration als Merkmal der sozialen Beziehungen	364
1.2.2	Staatsbezogenheit und Apathie	365
1.2.3	Die zentralen Wesensmerkmale des Staatsmodells	366
1.3	Das Wettbewerbsmodell	367
1.3.1	Individualismus anstatt Gruppenintegration	368
1.3.2	Wettbewerb anstatt Staatsregulation	370
1.3.3	Die zentralen Wesensmerkmale des Wettbewerbsmodells	371
1.4	Das mikrosolidarische Modell	372
1.4.1	Gruppenintegration anstatt Individualismus	372
1.4.2	Unabhängigkeit von staatlicher Regulation	374
1.4.3	Die zentralen Wesensmerkmale des mikrosolidarischen Modells	375
2.	Zusammenspiel der Systemtypen und Entwicklungstendenzen im deutschen Gesundheitssystem	377
2.1	Gegenseitige Abhängigkeit und Konkurrenz unterschiedlicher Idealvorstellungen	377
2.2	Langfristiger Wandel und kurzfristige Schwankungen zwischen den Idealvorstellungen	379
2.3	Veränderungstendenzen im deutschen Gesundheitssystem	381
2.3.1	Hohes Beharrungsvermögen im traditionellen System	382

2.3.2 Starker Trend zu mehr Eigenverantwortung, Individualismus und Wettbewerb	383
2.3.3 Wachsende Passivität und staatliche Integrationsleistung	385
2.3.4 Schwacher Trend zur Mikrosolidarität	387
3. Zwischenfazit: Modellkombination im deutschen Gesundheitssystem	388
 <b>Schlussbetrachtung</b>	 390
1. Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse	391
1.1 Erstellung einer theoretisch fundierten Idealtypologie	391
1.2 Das deutsche Gesundheitssystem: Langfristige Entwicklungslinien und gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel	392
1.3 Generelle empirische Ergebnisse zur Unterstützung des deutschen Gesundheitssystems	392
1.4 Die Patiententypologie	393
1.5 Die Ärztypologie	395
1.6 Die Krankenversicherungstypologie	398
1.7 Unterschiedliche Systemmodelle und ihre Bedeutung im deutschen Gesundheitssystem	400
2. Erkenntniswert der Arbeit und Ausblick	403
 Literatur- und Quellenverzeichnis	 407