

Der unvollendete Korporatismus: staatliche Steuerungs-fähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

Noweski, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Noweski, M. (2004). *Der unvollendete Korporatismus: staatliche Steuerungs-fähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2004-304). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-118105>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Michael Noweski

Der unvollendete Korporatismus

Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor
des deutschen Gesundheitswesens

September 2004

Bestell-Nr. SP I 2004-304

ISSN-Nr. 0948 048X

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist in den letzten dreißig Jahren nicht nur Gegenstand zahlreicher Reformversuche gewesen, es sind nunmehr tatsächlich nachhaltige Veränderungen im Steuerungssystem festzustellen. Der einstmalige große Einfluss der relativ autonomen gemeinsamen Selbstverwaltung ist gesunken. Durch Gesundheitsreformen intervenierte der Staat in den Regelungsbereich der Selbstverwaltung, begrenzte den Entscheidungsspielraum korporatistischer Verhandlungssysteme und implementierte ökonomische Anreize, welche das Verhalten der Leistungserbringer und Finanzierungsträger beeinflussen sollen. Die Bilanz dieser Strukturreformen für die staatliche Steuerungsfähigkeit fällt positiv aus. Reformblockaden, wie sie die Politikwissenschaft im korporatistischen System des ambulanten Sektors feststellte, wurden teilweise durchbrochen.

Einerseits verbesserte der neue Steuerungsmix die Durchsetzungsfähigkeit des Staates gegenüber den korporatistischen Akteuren, andererseits scheinen die Reformen die Handlungsfähigkeit korporatistischer Institutionen zu gefährden. Im Zuge der Implementation von Wettbewerbselementen ist insbesondere das Kollektivvertragssystem politisch bedroht. Angesichts der Reformdynamik plädiert die vorliegende Arbeit für eine planvolle Modifikation korporatistischer Institutionen. Wettbewerb und ökonomische Anreize lassen erwarten, dass zur Gewährleistung der versorgungspolitischen Performanz staatliche Regulierung eher noch ausgebaut werden muss. Die Steuerungspotenziale korporatistischer Institutionen sollten erhalten bleiben, um diese staatlichen Maßnahmen zu unterstützen.

Abstract

During the last thirty years the German health care system has been subject to numerous reform attempts, and by now some lasting important changes in the control system have been introduced. The once great influence of the relatively autonomous common self-government has decreased. Through health care reforms, the state intervened in the regulation area of the self-government, limited the deciding match space of corporatist bargaining systems, and implemented economic incentives in order to influence the behavior of providers and purchasers. As a result of these structure reforms the state is now in a better position to control. Impediments to reforms, which were noted by political scientists in the outpatient sector, were partially removed.

On the one hand, the new mix of measures in the policy formulation process has strengthened the states position with regard to corporatist actors. On the other hand, the reforms seem to endanger the ability to act of corporatist institutions. The progress of competitive elements may result in a political threat to the collective bargaining system. In view of these reform dynamics the present study pleads for a well planned modification of the corporatist institutions. The spread of competition and economic incentives gives reason to expect that more state regulation is needed to guarantee socio-political standards. The resources to control of the corporatist institutions should be preserved to support these state measures.

1	Einleitung.....	5
2	Gesundheitspolitik	8
2.1	Handlungsbedingungen staatlicher Steuerung	8
2.1.1	Systeminterne Determinanten	9
2.1.1.1	Divergierende Konzepte von Gesundheit	9
2.1.1.2	Autonomie ärztlicher Entscheidungen	10
2.1.1.3	Überforderung des Versorgungssystems.....	11
2.1.1.4	Fragmentierung des Versorgungssystems	12
2.1.1.5	Informationskosten.....	13
2.1.1.6	Politische Risiken des Scheiterns.....	13
2.1.1.7	Segmentierung des Steuerungssystems.....	14
2.1.1.8	Prozesscharakter gesundheitspolitischer Interventionen.....	15
2.1.2	Systemexterne Determinanten.....	19
2.2	Handlungslogik des Staates.....	20
2.2.1	Regulierung	20
2.2.2	Gesundheitsreformen	21
2.3	Gesundheitspolitische Ausgangsbedingungen in Deutschland	24
2.3.1	Steuerungstyp	24
2.3.2	Mikroebene.....	25
2.3.3	Mesoebene.....	26
2.3.3.1	Die Kassenärzte im Versorgungssystem	27
2.3.3.2	Die Kassenärzte im politischen System	28
2.3.4	Makroebene	30
3	Korporatistische Kostendämpfungspolitik und Reformblockaden	31
3.1	Beginn der Kostendämpfungspolitik.....	31
3.2	Kostendämpfungspolitik 1977-1992	33
3.2.1	Das KVKG von 1977	33
3.2.1.1	Die Konzertierte Aktion.....	34
3.2.1.2	Der BAK	36
3.2.1.3	Stärkung der Kassen in der Selbstverwaltung.....	38
3.2.1.4	Reaktion der Kassenärzte	39
3.2.2	Der Regierungswechsel von 1983.....	40
3.2.3	Das GRG	40
3.2.3.1	Steuerungserfolge vor dem GRG	40
3.2.3.2	Das GRG von 1988	42

3.2.3.3	Reaktion der Kassenärzte	43
3.3	Bilanz der korporatistischen Strategie der Kostendämpfung	45
3.3.1	Das Ziel der Kostendämpfung.....	46
3.3.1.1	These vom Scheitern	46
3.3.1.2	These vom partiellen Gelingen	49
3.3.2	Das Ziel der Delegation der Kostendämpfung an die Selbstverwaltung	49
3.3.2.1	These vom Scheitern	50
3.3.2.2	These vom partiellen Gelingen	52
4	These vom unvollendeten Korporatismus	53
5	Umbau des Steuerungssystems	59
5.1	Erhöhung der staatlichen Strategiefähigkeit	59
5.1.1	Ausbau eigener und unabhängiger gesundheitspolitischer Expertise	60
5.1.2	Abschaffung der KAiG	63
5.1.3	Legitimierung der Kostendämpfung und Schuldzuweisung an die Ärzte.....	65
5.1.4	Steigerung des Drohpotenzials gegenüber den Ärzteverbänden.....	66
5.1.5	„Organisationsreform“ ärztlicher Interessenvertretung	68
5.2	Erhöhung der staatlichen Durchsetzungsfähigkeit.....	70
5.2.1	Substitution der Selbstverwaltung durch staatliche Interventionen	71
5.2.2	Selbstverwaltung im Schatten der staatlichen Hierarchie	73
5.2.3	Zentralisierung der Entscheidungsprozesse	75
5.2.4	Ausrichtung der Finanzierungsträger auf Kostendämpfung	77
5.2.5	Ausrichtung der ärztlichen Entscheidungen auf Kostendämpfung	80
5.3	Konsequenzen für die Verbände	83
5.3.1	Steuerungskompetenzen.....	84
5.3.2	Verpflichtungsfähigkeit der Mitglieder.....	90
5.3.3	Strategiefähigkeit	93
6	Zukunft des Steuerungssystems	94
6.1	Rehierarchisierter Wettbewerbskorporatismus	96
6.2	Korporatismus und Performanz	98
	Literatur	111
	Anlage	131

Als Glossar sei dem Leser das folgende Internetangebot empfohlen:

<http://www.gemeinsamer-bundesausschuss.de/htdocs/scripts/glossar.php>

1 Einleitung

„Und ich kann nur eindringlich davor warnen, sich von Schlagworten wie ‚durchgreifender Strukturreform‘ – wenn man darunter nur mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen versteht – zu einem Handlungszwang hintreiben zu lassen, der sich für jeden politisch verantwortlich Handelnden [...] als Hypothek erweisen muß. [...] Tatsächlich sind ärztliche Verbände Kartelle zur Regulierung des Angebots. Dieses Monopol soll aber im gegebenen System durch die Gegenmacht der Kassen und – im Prinzip subsidiär – durch den Staat kontrolliert werden. Ob und inwieweit das gelingt und ob – und diese Frage ist für denjenigen, der an politischen Verbesserungsmaßnahmen interessiert ist, die wichtigere – überhaupt gelingen kann, ist zu erörtern“ (Thiemeyer 1986).

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als reformbedürftig. Obgleich in den letzten drei Jahrzehnten zahlreiche Reformgesetze verabschiedet wurden, herrscht in der breiten politischen Öffentlichkeit der Eindruck vor, dass notwendige „Strukturreformen“ ausgeblieben seien.

Hauptanlass für die Kritik am Gesundheitssystem bieten seit den siebziger Jahren die steigenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Konstatierten Gesundheitsökonominnen vor einigen Jahren noch mit Blick auf die Ausgabenentwicklung der GKV eine „Kostenexplosion“, wurde diese Sichtweise inzwischen modifiziert. Da aus den Gesundheitswissenschaften verstärkt auf Qualitätsmängel hingewiesen wird („Über-, Unter- und Fehlversorgung“), gehen zahlreiche gesundheitspolitische Problemanalysen heute davon aus, dass die Mittel *ineffizient* eingesetzt werden. Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel der Bundesregierungen besteht dementsprechend darin, durch eine Ausschöpfung von „Effizienzreserven“ die Qualität der Versorgung, trotz einer Begrenzung des Mitteleinsatzes, zu steigern.

Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsökonomie bieten Lösungsansätze für das Effizienzproblem des deutschen Gesundheitswesens an. Einerseits soll die Leistungserbringung in einem rationellen, integrierten Versorgungsprozess „evidenzbasiert“, also auf der Basis aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse, erfolgen und somit eine qualitativ hohe, effektive Versorgung gewährleistet sein. Andererseits soll Wettbewerb¹ zwischen den Akteuren diese zur Suche nach Möglichkeiten der Kosteneinsparung motivieren. Zur Erreichung von

¹ Im Gesundheitssystem scheitert der Versuch Marktsteuerung nachzuweisen, oder als Steuerungsprinzip vorzuschlagen, stets an den Einschränkungen gegenüber einem idealtypischen Marktsystem, insbesondere aufgrund der eingeschränkten Preisbildungsmechanismen. Daher erachten es die meisten Autoren als sinnvoller, von „Wettbewerb“ zu sprechen (z.B. Wille 1999).

Qualität und Kostensenkung diskutiert die Gesundheitssystemforschung derzeit, wie ein „Qualitätswettbewerb“ im Gesundheitswesen beschaffen sein sollte.

Warum ist das deutsche Gesundheitssystem trotz zahlreicher Reformen von einer kostengünstigen und qualitativ hoch stehenden Versorgung scheinbar noch so weit entfernt? Seitens der Politikwissenschaft wird der Erklärungsversuch angeboten, dass sich organisierte Interessen im korporatistischen System erfolgreich gegen die notwendigen staatlichen Reformen behaupten können („Reformblockaden“). „Wirkliche Strukturreformen“ bleiben demnach aus, weil mächtige Interessengruppen, insbesondere der niedergelassenen Ärzte, ihre „Besitzstände“ verteidigen. Die starke Stellung der Verbände im deutschen Steuerungssystem scheint diesen so viel Macht zu verleihen, dass Eingriffe des Staates durch „Lobbyismus“ erfolgreich abgewendet werden können. Aus diesem Grunde gelang es nicht, „verkrustete Strukturen“, womit Gesundheitswissenschaftler das fragmentierte Versorgungssystem und Gesundheitsökonomien die Kollektivverhandlungen der Selbstverwaltung bzw. das Anbieterkartell der Ärzte meinen, aufzubrechen. Ist das korporatistische deutsche Gesundheitssystem also „reformresistent“ bzw. unregierbar?

Angesichts der signifikanten Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem, welche durchaus auf einen Umbau des Steuerungssystems hindeuten, scheint das Paradigma der Reformblockade inzwischen nicht mehr genug Erklärungskraft zu besitzen. Vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen erscheint es vielmehr notwendig, ein differenzierteres Modell staatlicher Steuerung im Gesundheitswesen zu entwickeln. Dabei scheint sich zu bestätigen, dass der Staat durch die „korporatistische Kostendämpfungspolitik“² sein primäres gesundheitspolitisches Ziel der Beitragssatzstabilität nicht erreichte. Allerdings modifizierte er das Steuerungssystem seitdem ganz erheblich, mit dem Ergebnis, dass seine Steuerungsfähigkeit wesentlich verbessert wurde. Die vorliegende Arbeit zeigt die Ursachen für das Scheitern der korporatistischen Kostendämpfungspolitik auf und dokumentiert den gesundheitspolitischen Strategiewechsel den der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 einleitete. Entgegen der landläufigen Einschätzung, dass die Steuerung durch Verbände stets ineffizient sei und durch Marktsteuerung bzw. Wettbewerb zu ersetzen ist, gelangt die Arbeit zum Ergebnis, dass das korporatistische System Deutschlands im Sinne bedarfsgerechter Versorgung und effizienter Mittelverwendung durchaus leistungsfähig sein kann. Dazu ist der Nachweis zu führen, dass die bisherigen Erfahrungen mit suboptimalen Ergebnissen auf noch bestehende Unzulänglichkeiten des Systems zurückzuführen sind. Diese Defizite, so wird zu zeigen

² Thomas Gerlinger spricht im Hinblick auf den Zeitraum von 1975 bis 1992 von „traditioneller Kostendämpfungspolitik“ (Gerlinger 2002a).

sein, wurden bereits teilweise beseitigt. So ist die Möglichkeit des Staates zur Steuerung des Gesundheitssystems aufgrund verbesserter Fähigkeiten zur Strategieformulierung und Durchsetzung von Maßnahmen eher gewährleistet, als noch vor Jahren.

Die gegenwärtig diskutierten Reformkonzepte, welche eine Verringerung der Steuerungskompetenzen der Selbstverwaltung vorsehen und eine Schwächung der Handlungsfähigkeit der Verbände bewirken, geben dringenden Anlass zu überprüfen, ob vielfach gepflegte, ideologische Vorstellungen von Reformblockaden noch empirisch belastbar sind. Die häufig anzutreffende verkürzte Vorstellung von „Strukturreformen“³ als einer Entmachtung der Verbände, verstellt Optionen für eine Reform des Korporatismus und mithin der sozialpolitischen Steuerung des Gesundheitssystems. Da in der aktuellen, weltweit geführten Debatte um die Reform der Gesundheitssysteme die Auswirkungen ökonomischer Steuerungselemente auf die staatliche Steuerungsfähigkeit und die Erreichung sozialpolitischer Ziele noch weitgehend ungeklärt sind, sollten Steuerungspotenziale des deutschen Modells nicht voreilig zur Disposition gestellt werden.

Die vorliegende, akteursbezogen und handlungstheoretisch angelegte Arbeit soll zur aktuellen ordnungspolitischen Reformdebatte einige Beobachtungen aus der Perspektive der Korporatismusforschung beisteuern. Sie beleuchtet zunächst die allgemeinen Handlungsbedingungen staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen (Abschnitt 2.1), charakterisiert den Staat als gesundheitspolitischen Akteur (2.2) und erläutert das gesundheitspolitische Steuerungssystem in Deutschland (2.3). Dabei soll deutlich werden, dass staatliche Interventionen im deutschen Gesundheitssystem sektorspezifischen Handlungsrestriktionen unterworfen sind. In einem weiteren Hauptteil wird die gesundheitspolitische Steuerung im ambulanten Sektor bis 1992 dargestellt (3.1 und 3.2) und bilanziert (3.3). Dabei werden die begrenzte Reichweite staatli-

³ Webber kennzeichnet Strukturreformen als „jene strukturellen Veränderungen, die durch gezielte Eingriffe des Staates bewirkt werden. Sie sind von denen zu unterscheiden, die sich ungeplant, ohne den Eingriff eines Akteurs vollziehen, bedingt durch so unterschiedliche Faktoren wie z.B. die sich wandelnde Beschäftigungsstruktur, den technischen Fortschritt usw.“ (Webber 1988, 157). Diese vielzitierte Definition lässt das Verhältnis des Staates gegenüber den anderen Akteuren in der Gesundheitspolitik ungeklärt und erscheint angesichts des segmentierten Steuerungssystems in Deutschland zu unterkomplex. Es bleibt unerwähnt, dass der Staat bei der Steuerung andere Akteure inkorporiert und von deren Steuerungsressourcen profitiert. Die Frage, ob der Staat ohne diese Ressourcen zu „gezielten Eingriffen“ überhaupt in der Lage wäre, bleibt unberührt. Der zunächst rein normative Standpunkt zahlreicher Autoren, dass der Staat strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem durchsetzen könne und solle, führte in der Reformdebatte zur verbreiteten Einschätzung, dass die korporatistischen Akteure bei Reformprojekten des Staates mehr schaden als nützen. Um den Staat in seiner Steuerungsfähigkeit nicht zu überschätzen und die nichtstaatlichen Akteure hinsichtlich ihrer Steuerungsfunktionen im System nicht zu unterschätzen sollen hier, anders als bei der Definition von Webber, Strukturreformen als Modifikationen eines komplexen Steuerungssystems betrachtet werden, in dem der Staat nur ein Akteur ist. Demzufolge soll unter Strukturreformen eine planmäßige Modifikation des Staates im Zusammenwirken der gesundheitspolitischen Akteure verstanden werden, welche die für Handlungen relevanten Ressourcen oder Motivationen nachhaltig verändert und nicht eigenmächtig von dem betroffenen Akteur rückgängig gemacht werden kann.

cher Regulierung und Reformen sowie deren Ursachen aufgezeigt. In Abschnitt 4 soll die These formuliert werden, dass die politisch definierten Ziele in der Gesundheitspolitik durch gezielte Modifikationen im bestehenden Steuerungssystem besser erreicht werden können. Schließlich zeigt Abschnitt 5, dass sich seit 1993 ein Umbau des gesundheitspolitischen Steuerungssystems in Deutschland vollzieht, welcher die Strategiefähigkeit (5.1) wie auch die Durchsetzungsfähigkeit des Staates (5.2) erhöhte. Die gestiegene Steuerungsfähigkeit des Staates ermöglicht diesem, die korporatistischen Institutionen auf seine gewandelten gesundheitspolitischen Ziele zu verpflichten und die Selbstverwaltung in neuer Form in die Regulierung des Gesundheitssystems einzubinden (6).

2 Gesundheitspolitik

Bevor die deutsche Gesundheitspolitik empirisch untersucht werden soll, könnten einige allgemeine Vorüberlegungen zu staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen hilfreich sein. In der Folge sollen

1. die grundlegenden Determinanten von Gesundheitspolitik,
2. die Handlungslogik des Staates in diesem Politikfeld und
3. die Bedingungen staatlicher Steuerung in Deutschland erläutert werden.

Einmal sollte deutlich werden, dass staatliche Steuerung politikfeldspezifischen Restriktionen ausgesetzt ist, die bei der Analyse berücksichtigt werden sollten. Zum anderen soll sichtbar werden, dass die Konfiguration des Steuerungssystems darüber entscheidet, ob die dargestellten Restriktionen bewältigt werden oder ob diese die Steuerungsfähigkeit des Staates konterkarieren.

2.1 Handlungsbedingungen staatlicher Steuerung

Zur Analyse staatlicher Steuerungsfähigkeit in Gesundheitssystemen scheint es erforderlich, eine Vielzahl von Determinanten zu berücksichtigen. Die im Folgenden dargestellten Faktoren sind für alle Gesundheitssysteme kennzeichnend. Zwar sind sie im Einzelnen schon intensiv erforscht worden, werden in wissenschaftlichen Analysen aber bisher kaum zusammengeführt.

Determinanten staatlicher Steuerung liegen

1. in der spezifischen Struktur von Gesundheitssystemen, aber auch
2. in dessen ökonomischer, sozialer und politischer Umwelt.

2.1.1 Systeminterne Determinanten

Staatliche Steuerung in Gesundheitssystemen erweist sich vor dem Hintergrund verschiedener Handlungsrestriktionen als außerordentlich voraussetzungsreich. Sowohl bei der Strategieformulierung wie auch der Implementation von Maßnahmen ist der Staat auf Ressourcen anderer Akteure angewiesen.

2.1.1.1 Divergierende Konzepte von Gesundheit

Die Vorstellung von Gesundheit ist eine soziale Konstruktion, welche abhängig von individuellen und kulturellen Bedingungen vorgenommen wird (Parsons 1997, 323ff.) und durch Wissenschaft verschiedentlich interpretiert wird (Annandale 1998; Gawatz/Novak 1993). In verschiedenen Kulturen gelten unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit (Payer 1988), wie es auch innerhalb ausdifferenzierter Gesellschaften sehr variable und fluide Definitionen gibt (Fox 1993). Die Definition von Gesundheit und Krankheit ist dabei von Interessen geleitet (vgl. Fraser 1989). Während z.B. Arbeitgeber Gesundheit primär nach funktionalistischen Kriterien der Arbeitsfähigkeit bzw. –unfähigkeit bemessen, sind Anbieter von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen geneigt, den Gesundheitsbedarf in der Bevölkerung vergleichsweise hoch zu veranschlagen (Illich 1976; Freidson 1979, 210ff.). Bei den medizinisch-professionellen Leistungsanbietern variiert die Einschätzung der Bedeutung von Leiden allerdings nach der Fachrichtung, wodurch beispielsweise Depressionen von Psychotherapeuten in der Regel als schwerwiegendere gesundheitliche Beeinträchtigung beurteilt werden, als von Chirurgen. Wie bei den Anbietern differenzieren sich die Vorstellungen von Gesundheit auch bei den Nachfragern, wobei es individuell rational erscheint, die eigenen Gesundheitsbedarfe als bedeutend einzuschätzen. Unter Bedingungen knapper Ressourcen stellt sich die Frage, wer in welchem Umfang Gesundheitsleistungen beanspruchen darf. Gilt die Priorität bei der Versorgung den Älteren oder den Jüngeren, den Armen oder den Reichen, den akut vom Tod bedrohten, oder auch latent gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Prävention)? Die Definition von Gesundheit und Krankheit beeinflusst also die Distribution von gesundheitsrelevanten Ressourcen und ist eine Voraussetzung zielgerichteter gesundheitspolitischer Entscheidungen. Staatliche Steuerung im Politikfeld Gesundheit trifft grundsätzlich auf das Problem der Unbestimmtheit des Begriffs Gesundheit. Gleichwohl das Konzept der Weltgesundheitsorganisation von „health“ als umfassendem Wohlbefinden (WHO 2004) in den verschiedenen nationalstaatlichen Gesundheitspolitiken zunehmend rezipiert wird, bleibt die Definition von Gesundheit und Krankheit Bestandteil gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse. Sie ist stets gesellschaftlichen Verteilungskonflikten unterworfen und bleibt politisch umstritten.

2.1.1.2 Autonomie ärztlicher Entscheidungen

Die Entscheidung darüber, was als behandlungsbedürftige Krankheit anzusehen ist, wird im Versorgungsalltag in der Beziehung zwischen Arzt und Patient ausgehandelt. Es liegt deshalb nahe, von einem Verhandlungsprozess auszugehen, weil beide Seiten aufgrund unterschiedlicher Anreize einander mit spezifischen Interessen gegenüber treten, welche nicht unbedingt kompatibel sein müssen. Der Patient hat ein Interesse an einer für ihn optimalen Versorgung, insbesondere an umfassenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. In dem Maße, wie er persönlich an den entstehenden Kosten beteiligt wird, ist er gleichsam an einer Begrenzung der Kosten interessiert (Herder-Dorneich 1983). Der Arzt betreibt in allen Gesundheitssystemen die Versorgung der Patienten als Beruf und ist als Selbstständiger wie als Angestellter ökonomischen Anreizen unterworfen. In welchem Maße die Knappheit an Ressourcen zu einer eher restriktiven Gewährung von Leistungen anreizt, ist eine Frage der Vergütung (Moreno 1991; Robinson 2001). In den Verhandlungen zwischen Patient und Arzt erweist sich der Mediziner aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und seiner Entscheidungskompetenz im Versorgungssystem stets als überlegen. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist daher durch eine Asymmetrie gekennzeichnet,⁴ die dem Arzt in der Regel die Durchsetzung seiner Ziele gegenüber den Patienteninteressen ermöglicht.

In dem Maße, wie ärztliches Handeln von gesundheitspolitischen Zielen abweichende Ergebnisse hervorbringt, kann für den Staat Handlungsdruck entstehen (vgl. Johnson, 1972). Zu einer direkten Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen fehlen ihm allerdings die kompetenzzielen und instrumentellen Ressourcen (Freidson 1979, 23-41). Da die Feststellung des Behandlungsbedarfs und die Veranlassung und Erbringung der Versorgung nicht nur fachliche Kompetenz erfordert, sondern ein sehr individueller und komplexer Prozess ist, der nur schwierig prospektiv oder nachträglich beurteilt werden kann, werden ärztliche Entscheidungen in keinem Gesundheitssystem detailliert überprüft. Der Einfluss des Staates ist daher grundsätzlich auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung verwiesen, z.B. mittels rechtlicher Vorschriften. Stets wird dabei versucht, auch andere Akteure in Anreizsysteme

⁴ Der Patient ist oft nicht fähig oder motiviert seine Interessen gegenüber Ärzten zu vertreten, denn er tritt diesen als Hilfesuchender gegenüber (Schneider 1998). Die meisten Patienten sind durch ein geringeres Bildungsniveau oder ihr Alter gegenüber dem Arzt nur bedingt konfliktfähig. Aufgrund seiner Symptome steht der Patient oft durch Schmerzen und Ängste unter Stress und Zeitdruck. Durch Schamgefühle entstehen oft vulnerable Situationen und nicht selten möchte der Patient an die Fähigkeiten seines Arztes und den Erfolg seiner Behandlung glauben und geht daher freiwillig ein unkritisches Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt ein. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive fehlen ihm zudem das Fachwissen und die Erfahrungswerte, um Diagnose und Therapie kritisieren zu können (Arrow 1963).

einzu beziehen, damit diese auf Ärzte einwirken, vor allem Berufsverbände (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a) und Finanzierungsträger (Light 1993; Johnson/Brown/Johnson 1996).⁵

2.1.1.3 Überforderung des Versorgungssystems

Dem Staat obliegt es als Träger der allgemeinen Wohlfahrt bezüglich der Gesundheitspolitik das Gemeinwohl zu definieren und somit die Ziele staatlicher Steuerung in diesem Politikfeld vorzugeben. Wie in anderen Feldern der sozialen Sicherung ist dabei davon auszugehen, dass die Bedarfe der Bevölkerung nach öffentlich bereitgestellten Ressourcen nie gedeckt sein werden. Beim hier behandelten Problem der menschlichen Gesundheit gilt dies in besonderem Maße. Es entspricht der Erfahrungswelt eines jeden in jeder Gesellschaft, dass Krankheit gegenwärtig ist und selten vollständig und nachhaltig beseitigt werden kann. Professionelle Hilfe vermag bei vielen Indikationen, selbst bei intensivstem Ressourceneinsatz, lediglich die Symptome zu lindern, aber keine Heilung herzustellen. Daher ist der Bedarf in der Bevölkerung nach medizinischen Leistungen unendlich groß.⁶ Dabei kann Krankheit unerwartet und unverschuldet jedermann treffen und bei schweren Erkrankungen schnell die finanzielle Leistungsfähigkeit des Betroffenen überfordern. Die in den sozialen Gesundheitssystemen aus diesem Grunde praktizierte Umverteilung von Gesunden zu Kranken bleibt unter Bedingungen knapper Güter und unendlicher Bedarfe stets unzureichend (Herder-Dorneich 1994, 617ff.). Das gesundheitspolitische Versprechen, dass der medizinische Bedarf der Bevölkerung gedeckt werde, kann der Staat nicht einlösen (Reinhardt 2001, 120). Die Überforderung des Versorgungssystems verursacht latent eine Überforderung des Steuerungsobjektes Staat. Das Risiko des politischen Scheiterns⁷ ist in der Gesundheitspolitik nicht nur aufgrund der prinzipiellen versorgungspolitischen Unzulänglichkeit von Gesundheitssystemen hoch, son-

⁵ Zahlreiche gesundheitsökonomische Konzepte versuchen den Patienten als Steuerungsobjekt zu stärken (z.B. Henke 1997). Durch die Erhöhung der Transparenz über die Qualität der Versorgung, z.B. durch Offenlegung der Qualifikationen des Arztes, oder die Kosten der erbrachten Leistungen, z.B. durch Patientenquotungen, soll der Patient Auswahlleistungen treffen. Dessen Fähigkeiten erscheinen dabei jedoch aus o. g. Gründen stark begrenzt. Die beschränkten Fähigkeiten von Patienten lassen aus ordnungspolitischer Perspektive zum Schluss gelangen, dass diese keine effektiven Steuerungsleistungen erbringen können.

⁶ Empirisch lässt sich beobachten, dass trotz eines langfristigen Anstiegs des objektiven Gesundheitsniveaus der Bevölkerung die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes konstant bleibt (Köcher 1983). Plausibel erscheint daher, dass ein Ausbau der Gesundheitsversorgung einen Gewöhnungseffekt des Wählers nach sich zieht, wodurch Politiker in Phasen der sozialstaatlichen Expansion oder Stagnation nur durch eine Erhöhung des Versorgungsniveaus den Zuspruch des Wählers erhalten können (Herder-Dorneich 1983, 24). In Phasen des Rückbaus sozialer Systeme könnte sich dieses Anspruchsverhalten des Wählers ändern (s.u.).

⁷ Das „Risiko des politischen Scheiterns“ drückt die Wahrscheinlichkeit aus, dass der Staat seine gesundheitspolitischen Ziele nicht erreicht. Dieser Aspekt sollte nicht vermischt werden mit den „politischen Risiken des Scheiterns“ (s. u.), welche die politischen Kosten in Form des Verlustes von Wählerstimmen meinen, die das politische Scheitern nach sich ziehen kann.

dern auch aufgrund der unberechenbaren Prioritäten des Wählers. Die Kosten der Krankenversorgung rufen bei der relativ gesunden Mehrheit der Bevölkerung unter Bedingungen des sozialen Risikoausgleichs per Saldo immer überproportionale finanzielle Abflüsse hervor und belasten latent die Akzeptanz des Gesundheitssystems und gesundheitspolitischer Entscheidungen. Da der Wähler von der Politik ein Maximum an Unterstützung bei Krankheit und ein Minimum eigener finanzieller Beiträge in Zeiten von Gesundheit erwartet und seine Prioritäten aufgrund externer Einflüsse kurzfristig wechseln, ist es für die Regierung relativ schwierig, ein im Sinne der Stimmenmaximierung optimales Verhältnis zwischen dem Ziel der optimalen Versorgung und der Kostenkontrolle herzustellen.

2.1.1.4 Fragmentierung des Versorgungssystems

Die Adressaten staatlicher Steuerung im Gesundheitswesen sind die Leistungserbringer. Diese sollen bei der Versorgung der Bevölkerung dem staatlich formulierten Gemeinwohl zuträglich agieren. Mit diesem Anspruch tritt der Staat allerdings an ein sehr komplexes System heran, das durch eine große Zahl sehr verschiedener Akteure gekennzeichnet ist. Das Krankenversorgungssystem hat in entwickelten Volkswirtschaften, unabhängig von der Organisationsform, den Charakter einer sehr umfangreichen institutionellen Infrastruktur mit hohen volkswirtschaftlich relevanten Umsätzen und Beschäftigtenzahlen. Die Anbieter sind hierbei regional verstreut und organisatorisch wenig zentralisiert. Im Zuge der demografischen Entwicklung und des ökonomischen Strukturwandels verzeichnen die Volkswirtschaften bereits seit Jahren einen Ausbau des Gesundheitssektors.

Das Gesundheitsversorgungssystem ist funktional hoch differenziert. Der medizinische Fortschritt führt zu einer steten Spezialisierung und Professionalisierung medizinischer Tätigkeit, welche eine arbeitsteilige Differenzierung des Versorgungssystems nach sich zieht (Rosewitz/Schimank 1988; Hartmann 2002, 21-37). Mit dem Anstieg der Zahl der praktizierten Diagnose- und Therapieverfahren steigt die Zahl spezialisierter Fachkräfte und Versorgungseinrichtungen. Dieser Trend zur inhaltlichen und institutionellen Differenzierung führt systemimmanent zur Fragmentierung der Versorgungsstrukturen sowie des Finanzierungs- und Steuerungssystems. Die Fragmentierung von Gesundheitsversorgungssystemen kann deren Performanz nachhaltig beeinträchtigen. So bewirkt die Komplexität des Systems einen erhöhten Aufwand bei der Koordinierung der Versorgung des einzelnen Patienten (Fallmanagement) und der Verwaltung der Versorgung durch die Finanzierungsträger.

Für den Staat kann die institutionelle Fragmentierung des Versorgungssystems zwei schwerwiegende Nachteile haben. Erstens können aus der Beeinträchtigung der Performanz des Sys-

tems politischer Handlungsbedarf und Steuerungskosten erwachsen. Zweitens steigt mit dem Maß der Fragmentierung die Komplexität der gesundheitspolitischen Akteursbeziehungen und mithin die Notwendigkeit zu differenzierten Interventionsstrategien.

2.1.1.5 Informationskosten

Aufgrund der durch Umfang und Differenzierung bedingten Komplexität von Gesundheitssystemen erfordert direkte und zentralisierte Steuerung durch den Staat ein hohes Maß an Kompetenz und Information bei der Strategieformulierung. Die Medien staatlicher Macht, insbesondere Recht und Geld, müssen, so sie das Verhalten der Leistungserbringer effektiv beeinflussen sollen, Handlungsanreize setzen, welche den unterschiedlichen Handlungslogiken der Akteure und ihrem Zusammenwirken angepasst sind. Um effektive Handlungsanreize im System der Leistungserbringung zu setzen, bedarf es detaillierter Kenntnisse über Art und Umfang der medizinischen Versorgung. Der Einsatz des Mediums Geld setzt beispielsweise Kenntnisse des Finanzierungs- und Honorarsystems in den medizinischen Einrichtungen voraus (Immergut 1992, 54ff.). Um rechtlichen Normen Geltung zu verschaffen, beispielsweise dem Gebot, nur die medizinisch notwendigen Leistungen zu erbringen, bedarf es entweder entsprechender finanzieller Anreize oder einer wirksamen Rechtsaufsicht. Versuche, ärztliches Handeln zu beeinflussen, gestalten sich aber prinzipiell als schwierig, da es der Fachkompetenz des Mediziners obliegt, mittels seiner Diagnose den Behandlungsbedarf festzustellen und adäquate Therapien einzuleiten. Versuche, ärztliches Handeln zu beurteilen und zu beaufsichtigen, setzen entsprechende medizinische Kompetenzen voraus. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass medizinisches Fachwissen in der Regel von medizinischen Professionen selbst generiert und weitgehend kontrolliert wird (Larson 1977; Freidson 1986) und von externen Aufsichtsorganen bzw. dem Staat erst beschafft werden muss (Döhler/Manow 1997).

2.1.1.6 Politische Risiken des Scheiterns

Nicht nur, dass die hohen Informationskosten bei begrenzten Mitteln des Staates das Risiko des Scheiterns gesundheitspolitischer Maßnahmen erhöhen, Erfolglosigkeit im Politikfeld Gesundheit kann einer Regierung zudem erhebliche politische Kosten verursachen. Ursache hierfür sind die Beteiligung einer Vielzahl gesellschaftlicher Gruppen an der Politikformulierung, das unausweichliche persönliche Risiko von Krankheit sowie normative Implikationen.

An der Formulierung von Gesundheitspolitik sind nahezu alle relevanten organisierten gesellschaftlichen Gruppen beteiligt. Neben den Leistungserbringern, wie niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten, sind auch die Pharmaindustrie, Arbeitgeber, Gewerk-

schaften, Kirchen und Patienten zu berücksichtigen. Oft vertreten die unterschiedlichen Akteure konkurrierende Interessen und verfügen über unterschiedliche Einflussmöglichkeiten auf politische Entscheidungsprozesse. Insbesondere in institutionell stark fragmentierten Versorgungssystemen können zwischen den einzelnen Gruppen der Leistungserbringer erhebliche Verteilungskonflikte entstehen, welche Steuerungsmaßnahmen mit politisch organisierten Interessen konfrontieren. In jedem Fall verfügen diese Gruppen über Ressourcen, gesundheitspolitische Probleme in der politischen Öffentlichkeit zu artikulieren. Dabei besteht in der Bevölkerung aufgrund des Risikos zu erkranken ein latentes Interesse an Fragen des Risikoausgleichs. Fehlsteuerungen im System, welche die Qualität oder den Zugang zu medizinischen Leistungen beeinträchtigen, werden somit leicht sichtbar gemacht und sind für die Bevölkerung aufgrund persönlicher Erfahrungen mit medizinischer Betreuung in der Regel leicht nachvollziehbar. Vorwürfe gegenüber den politischen Verantwortungsträgern erlangen dann insbesondere in Staaten, welche traditionell über solidarische Gesundheitssysteme mit hohem Schutzniveau verfügen, schnell politische Brisanz. Hier werden gesundheitspolitische Fragen auf Basis ethischer Normen und versorgungspolitischer Ansprüche diskutiert. Beispielsweise bergen Maßnahmen zur Rationierung medizinischer Ressourcen in diesen Ländern ein besonders hohes „Skandalisierungspotenzial“ (vgl. Kepplinger 2002, 73).

2.1.1.7 Segmentierung des Steuerungssystems

Gesundheitspolitische Steuerung vollzieht sich stets auf mehreren Ebenen (Herder-Dorneich 1982b, 510; Neubauer 1996, 89f.). Staatliche Steuerung zielt auf die Lenkung des gesamten Gesundheitssystems und macht die Makroebene aus. Die Mikroebene bilden die einzelnen Leistungserbringer. Dazwischen können verschiedene Akteure intermediäre Funktionen zwischen Staat und Leistungserbringern übernehmen. Je niedriger die Ebene ist, auf die staatliche Regulierung zielt, umso größer sind die Anzahl und die Heterogenität der potenziellen Adressaten. Spezifisch für politische Steuerung in Gesundheitssystemen ist eine starke Ausdifferenzierung auf der Mikroebene (s.o.).

Die modellhafte Zuteilung von Steuerungskompetenzen auf diese drei Ebenen fällt in den einzelnen Gesundheitssystemen unterschiedlich aus. In England werden wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen auf der staatlichen Makroebene getroffen, beispielsweise durch die Zuteilung der Finanzmittel über den Staatshaushalt. In Deutschland hingegen werden wesentliche Fragen zur Finanzierung und Art der Leistungen auf der Mesoebene im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung durch Kollektivverhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Finanzierungsträger entschieden. In den USA kommt der einzel-

wirtschaftlichen Mikroebene die größte Bedeutung zu. Entscheidungen über den Versicherungsschutz, sowie Art und Finanzierung der Leistungen, werden hier bei geringer öffentlicher Regelungsdichte zwischen privaten Versicherungsnehmern und –anbietern im Rahmen von Marktprozessen ausgehandelt.

Innerhalb der drei Hauptebenen dieses Modells kann es zu weiterer Segmentierung kommen. So liegt beispielsweise in der staatlichen Makroebene in den USA die Hauptverantwortung für die Gesundheitspolitik nicht bei der Bundesregierung, sondern bei den einzelnen Bundesstaaten. Selbst innerhalb des staatlichen Gesundheitsdienstes Großbritanniens wurde Budgetverantwortung lange Zeit an lokale Verwaltungsbehörden, die Regional Health Offices, delegiert. In Deutschland schlagen sich föderale Strukturen nicht nur in einer verschränkten gesundheitspolitischen Zuständigkeit von Bundestag- und Bundesrat nieder, auch in der Mesoebene besteht diese Segmentierung zwischen Bundesverbänden und Landesverbänden.

Insgesamt wird deutlich, dass die Steuerung von Gesundheitssystemen nicht nur durch die Komplexität des Steuerungsobjektes, sondern auch des Steuerungssubjektes gekennzeichnet ist. Dabei legen die vorangegangenen Beobachtungen die Hypothese nahe, dass staatliche Steuerungsfähigkeit durch eine hohe Fragmentierung des Versorgungssystems und eine starke Segmentierung des Steuerungssystems tendenziell beeinträchtigt wird (vgl. Hollingsworth 1989; vgl. Noweski 2004).

2.1.1.8 Prozesscharakter gesundheitspolitischer Interventionen

Wie in anderen Politikfeldern auch, lässt sich staatliche Steuerung auch hier im Modell des Policy-Cycle (Problemanalyse – Strategieformulierung – Ausführung – Wirkungsanalyse) vereinfacht darstellen (vgl. Howlett/Ramesh 2003).⁸ Die oben skizzierten Handlungsbedin-

⁸ Im Gegensatz zu einem modifizierten „Black-Box-Modell“ nach David Easton (Barker 1996, 24; vgl. Easton 1979, 112) soll durch den Policy-Cycle die Abhängigkeit des Staates in allen als chronologisch angenommenen Phasen der Politikformulierung von Ressourcen anderer Akteure hervorgehoben werden, sowie die wechselseitige Beeinflussung der einzelnen Phasen und die ständige Wiederkonstituierung des Prozesses. Das Black-Box-Modell wirft aber die interessante Frage auf, ob der Staat eigentlich zum Steuerungssystem gehört, oder das Regierungssystem die Umwelt des gesundheitspolitischen Steuerungsmodells darstellt. Zu bedenken ist dabei, dass gesundheitspolitische „Strukturreformen“, welche das Steuerungssystem nachhaltig verändern, nie das Regierungssystem reformieren. Aus diesem Grunde scheint in der Folge die begriffliche Trennung von Staat, als Urheber von Reformen einerseits und Steuerungssystem, als Verhandlungs-, Anreiz- und Sanktionierungssystem, andererseits, von Vorteil zu sein. Dabei jedoch ist der Staat gleichzeitig außerhalb des Steuerungssystems verortet, wie er auch ein Teil des Selben ist. Dann wenn er als Steuerungssubjekt das Steuerungssystem reformiert, steht er hierarchisch über dem System. Gleichzeitig übernimmt er aber auch Regulierungsfunktionen, wenn er die Einhaltung der Rechtsvorschriften durch Behörden überwacht, z.B. durch das Bundesversicherungsamt in Deutschland, oder, wie in Großbritannien, als Finanzierungsträger auftritt. Wichtig erscheint innerhalb der Steuerungsfunktionen des Staates die Unterscheidung zwischen Reform und Regulierung (Neubauer 1996, 91). So können hohe staatliche Steuerungsaktivitäten auf Eingriffe in das

gungen staatlicher Steuerung lassen die Feststellung zu, dass der Prozess politischer Steuerung von Gesundheitssystemen, verglichen mit anderen Politikfeldern, vor allem dadurch gekennzeichnet ist, dass

- Steuerungskompetenzen auf mehrere Ebenen verteilt sind,⁹
- der Staat auf die Kooperation mit anderen Akteuren angewiesen ist¹⁰ und
- Probleme der Implementation politischer Steuerungsmaßnahmen auf die politische Strategieformulierung zurück wirken können.¹¹

Problemanalyse

1. Problemwahrnehmung durch den Staat
2. Übernahme der politischen Verantwortung

Bereits während der ersten Phase des Politikprozesses, bei der Wahrnehmung gesellschaftlicher Problemlagen, sind staatliche Institutionen auf eine Vielzahl von Informationen angewiesen, beispielsweise Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sofern diese Informationen nicht durch staatliche Gesundheitsdienste oder Behörden erhoben werden, bedarf es der Beauftragung wissenschaftlicher Experten oder der Bereitstellung durch das Krankenversorgungssystem. Die Vielschichtigkeit gesundheitlicher Problemlagen und sozialer Verhältnisse sowie regionale Disparitäten erhöhen den Aufwand von Gesundheitsberichterstattung. Sind gesundheitspolitische Probleme in der politischen Öffentlichkeit erkannt worden, beispielsweise Qualitätsmängel oder steigende Kosten, entsteht Bedarf nach Steuerungseingriffen. Sofern dieser von gesellschaftlich relevanten Gruppen artikuliert wird, besteht die Möglichkeit, dass die politischen Akteure, insbesondere die Regierung, eine Bearbeitung des Problems zusichern (Agenda-Setting).

Strategieformulierung

1. Sammeln von Informationen
2. Entwurf eines Konzeptes zur Problemlösung
3. Analyse der politischen Kosten
4. Entwurf einer Strategie niedriger politischer Kosten

gesundheitspolitische Steuerungssystem zurückzuführen sein, ohne dass der Staat dabei Regulierungsfunktionen übernehmen muss.

⁹ Zur Steuerung in Mehrebenensystemen siehe Benz 2000.

¹⁰ Zur Kooperation des Staates mit nichtstaatlichen Akteuren siehe Döhler 1991.

¹¹ Zum Problem des „policy feedback“ siehe Pierson 1993 und Walt 1998.

Zur Konkretisierung der Intervention bedarf es der Kenntnis der zu erwartenden Wirkung der Maßnahme im System. Im Idealfall richten politische Akteure Art und Umfang ihrer Steuerungsinstrumenten nach den zur Verfügung stehenden Interventionsinstrumenten aus. Fragen und Probleme der Implementation von Maßnahmen, die im komplexen Akteursnetzwerk der gesundheitspolitischen Mikroebene oft entstehen, werden dann bereits im Prozess der Strategieformulierung berücksichtigt. Anhörungen von Interessenvertretern dienen somit nicht nur der Überprüfung der Akzeptanz der vorgesehenen Maßnahmen in der politischen Öffentlichkeit, sondern geben auch Aufschluss über zu erwartende Probleme der Implementation.

Ausführung

1. Initiierung der Maßnahme
2. Beaufsichtigung und ggf. Steuerung der Intervention

Die konzipierten Maßnahmen werden entsprechend den zur Problemlösung angemessenen und zur Verfügung stehenden Instrumenten umgesetzt. Oft erweisen sich die wesentlichen Medien staatlicher Steuerung, Recht und Geld, in Gesundheitssystemen hinsichtlich der regulativen Steuerung (Mello 2002), sowie der Reform des Steuerungssystems (Perschke-Hartmann 1994, 42), als lediglich begrenzt wirksam. Insbesondere dann, wenn vom Staat angestrebte Ziele den individuellen Interessen der Adressaten der Steuerung entgegenstehen, ist die Frage der Durchsetzung der Steuerungsziele aufgeworfen.

Beispielsweise bedürfen gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen der Überprüfung durch Aufsichtsbehörden oder Finanzierungsträger. Wenn Aufsichtsbehörden oder lokale Verwaltungseinheiten nicht über die notwendigen Sanktionspotenziale verfügen, ist staatliche Steuerung auf die Kooperation mit verbandlichen oder privaten Akteuren angewiesen. In Deutschland übernehmen im ambulanten Sektor die Verbände der niedergelassenen Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kontrolle ihrer Mitglieder. In den USA wiederum liegt die Verantwortung für die Qualitätssicherung weitgehend bei den Versicherungsnehmern selbst. Unternehmen, die Verträge für ihre Angestellten abschließen, können bei der Auswahl aus den Anbietern mehr oder weniger Gewicht auf die Versorgungsqualität legen. Gleichzeitig obliegt es den Patienten, gegen unangemessene medizinische Behandlung zivilrechtlich Klage einzureichen.

Das Beispiel der Qualitätssicherung verdeutlicht, dass vom Staat angestrebte gesundheitspolitische Ziele oftmals von nichtstaatlichen Akteuren umgesetzt werden. Die Interaktion zwischen der gesundheitspolitischen Makroebene und der Mikroebene ist dabei in der Regel nicht

durch direkte hierarchische Steuerung gekennzeichnet, sondern durch vermittelte oder prozessuale Steuerung bzw. Kooperation und Delegation (Tuohy 2003). Die Wirkungen staatlicher Steuerung sind daher schwer vorhersehbar und im Policy-Prozess ist die stete Anpassung der Strategieformulierung an Probleme der Implementation erforderlich.

Wirkungsanalyse

1. Auswertung der Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen
2. ggf. Feststellung der aktuellen Problemlage und weiteren politischen Handlungsbedarfs

Die Phase der Implementation staatlicher Intervention mündet in der Regel sehr schnell wieder in die gesundheitspolitische Problemanalyse, denn grundlegende Ziele staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen, wie Bedarfsdeckung, Qualitätssicherung oder Kostendämpfung, werden in der Regel lediglich teilweise und zeitlich begrenzt erreicht.

Die ausführliche und für den Leser möglicherweise strapaziöse Darstellung des Policy-Cycle sollte darauf aufmerksam machen, dass aufgrund der Langwierigkeit und Komplexität der Politikformulierung und der unvorhersehbaren Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Handlungen der verschiedenen Akteure es ratsam erscheint, sowohl gesundheitspolitische Regulierung als auch Gesundheitsreformen, als nicht endenden Prozess anzusehen (Reinhardt 2001, 120), bei dem staatliche Akteure dem Prinzip trial-and-error folgen (Döhler 1995, 385; Figueras 2003). Aus der Unsicherheit darüber, welche Wirkungen gesetzliche Maßnahmen haben, ist zu folgern, dass die Implementation der gesundheitspolitischen Maßnahmen für die Analyse staatlicher Steuerung mindestens ebenso wichtig ist, wie die Strategieformulierung durch den Staat. Die Politikwissenschaft, welche ihr Hauptaugenmerk naturgemäß auf Gesetzgebungsprozesse richtet, vernachlässigt insgesamt die Umsetzung staatlicher Maßnahmen durch oft nichtstaatliche Akteure. Wir wissen also, ebenso wie der Staat, einiges darüber, wie Gesetze entstehen, aber wenig darüber, welche Wirkung sie haben.

Da für die Frage der Steuerungsfähigkeit des Staates die Wirkung seiner Maßnahmen aber wichtig erscheint, sollen an späterer Stelle für den deutschen Fall als Voraussetzungen staatlicher Steuerungsfähigkeit gleichrangig

1. die eigenständige Strategiefähigkeit des Staates (Abschnitt 5.1), sowie
2. dessen Durchsetzungsfähigkeit bei der Implementation (5.2) untersucht werden (Abbildung 1, vgl. Rathwell 1998; vgl. Mayntz 1997, 194).

Abbildung 1: Staatliche Steuerungsfähigkeit und ihre primären Voraussetzungen

		Durchsetzungsfähigkeit	
		hoch	gering
Strategiefähigkeit	hoch	+	+/-
	gering	+/-	-

2.1.2 Systemexterne Determinanten

Neben den spezifischen Bedingungen staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen ist Gesundheitspolitik mit ähnlichen Problemen konfrontiert wie andere wohlfahrtsstaatliche Politiken, z.B. Rentenpolitik, auch. Im Rahmen dieser Arbeit kann die umfangreiche Literatur zur sich wandelnden Umwelt von Wohlfahrtspolitik (z.B. Pierson 2001; Ferrera/Rhodes 2000) nicht berücksichtigt werden. An dieser Stelle sei lediglich auf einige Faktoren hingewiesen, die auch Gesundheitspolitik beeinflussen (nach Collins/Green/Hunter 1999):

- Die Beobachtung des demografisch-epidemiologischen Wandels begründet die Erwartung, dass der Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung steigen wird (z.B. McKusick 1999).
- Der Wandel sozialer und ökonomischer Strukturen verursacht eine Reduktion der persönlichen bzw. familiären Ressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme (z.B. Navarro 1999), was ebenfalls den Bedarf nach Versorgungsleistungen erhöht.
- Finanz- und Wirtschaftspolitik beeinflussen zunehmend restriktiv die Ressourcenzulokation für Gesundheitspolitik (vgl. Giaimo 2001).
- Der Wandel der „Governance-Strukturen“ hin zum „verhandelnden Staat“ beeinträchtigt die Fähigkeit der Staaten, Gesundheitssysteme hierarchisch zu steuern (vgl. Döhler 1995).
- Der politische Makrotrend des Neoliberalismus begrenzt sozialpolitische Handlungsspielräume in der Gesundheitspolitik (vgl. Döhler 1990).
- Internationale Akteure gewinnen Einfluss auf nationale Gesundheitspolitiken und begrenzen deren Entscheidungsautonomie (zur Weltgesundheitsorganisation z.B. Rosenbrock 1998; zur Europäischen Union z.B. Urban 2003; zur Welthandelsorganisation Price/Pollock/Shaul 1999).

2.2 Handlungslogik des Staates

Die Wohlfahrtsstaaten scheinen auf ähnliche gesundheitspolitische Problemstellungen durch vergleichbare Strategien zu reagieren. Gleichwohl die Reichweite der Gesundheitsreformen im internationalen Vergleich unterschiedlich ausfällt, scheinen alle Staaten sowohl Maßnahmen zur Kostendämpfung, wie auch zur staatsentlastenden Delegation von Steuerungskompetenzen zu ergreifen.

2.2.1 Regulierung

Wie aufgezeigt wurde, erfordert staatliche Regulierung von Gesundheitssystemen, also die Annahme von Steuerungskompetenzen innerhalb des Steuerungssystems durch den Staat, umfangreiche kompetenzielle, informationelle und instrumentelle Ressourcen. Kosten und Risiken staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen schaffen für politische Verantwortungsträger einen Anreiz, gesundheitspolitische Steuerungskompetenzen und mithin politische Verantwortung zu delegieren. Dieses Kalkül hat in den Wohlfahrtsstaaten verschiedene Formen der Segmentierung des Steuerungssystems hervorgebracht (Giaino/Manow 1999; Freeman/Moran 2000; Twaddle 2002). Als Formen der Delegation sind die Verlagerung von Kompetenzen auf

- regionale politische Entscheidungsgremien (Devolution),
- lokale Verwaltungsinstitutionen (administrative Dezentralisierung),
- nichtstaatliche Akteure der Mesoebene (Korporatisierung), sowie
- privatrechtliche Akteure der einzelwirtschaftlichen Mikroebene, einmal auf der Seite der Anbieter (Deregulierung), wie auch der Nachfrager (Privatisierung), sowie auf deren vertragsrechtliche Beziehungen (Liberalisierung) zu beobachten (vgl. Saltman 1997, 43ff.; vgl. Hunter/Vienonen/Wlodarczyk 1998).

Zu den bestehenden systemimmanenten Problemen staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen treten erwähnte systemexterne Faktoren hinzu. Insbesondere lässt die demografische Entwicklung eine Steigerung der gesundheitlichen Bedarfe erwarten (Navarro 1999, 3-11; McKusick 1999) und scheinen die notwendigen materiellen Ressourcen in den Gesundheitssystemen zunehmend knapper zu werden (Pierson 2001; Ferrera/Rhodes 2000). In dieser Situation scheint ein erhöhtes Maß an staatlicher Steuerungsfähigkeit erforderlich zu sein, um gesundheitspolitische Probleme zu lösen, denn gleichzeitig sind makroökonomische und versorgungspolitische Ziele zu erreichen (Kanavos/McKee 1998).

In den siebziger Jahren begannen zahlreiche Wohlfahrtsstaaten Maßnahmen zur Kostendämpfung auch gegen die ökonomischen Interessen der Ärzte durchzusetzen (Kervasdoú/Kimberly/Rodwin 1984). Dabei wurde die Autonomie ärztlicher Entscheidungen teilweise eingeschränkt (Freddi/Björkman 1989) und auch der politische Einfluss der Ärzte reduziert (Hafferty/McKinlay 1993; Moran/Wood 1993). Rationierende staatliche Interventionen beinhalteten vor allem

- die Budgetierung der Ausgaben (Schwartz/Glennister/Saltman 1996),
- Prioritätensetzung bzw. Zuteilung bei der Ressourcenverteilung (Ham/Honigsbaum 1998),
- finanzielle Barrieren für die Nachfrager durch Kostenbeteiligungen und
- die Begrenzung des Leistungsanspruchs.

Gleichzeitig bestehen jedoch Ansprüche in den Bevölkerungen fort, welche vom Staat die Gewährleistung des gewohnten Versorgungsniveaus einfordern (vgl. Pierson 1993, 13-26; vgl. Contandriopoulos/Lauristin/Leibovich 1998), worauf politische Entscheidungsträger, welche ein Interesse an ihrer Wiederwahl haben (Downs 1957), reagieren müssen. Unter den Bedingungen zunehmender Steuerungskosten, wachsender Versorgungsbedarfe und sinkender materieller Ressourcen erhöht sich dabei allerdings das Risiko des Scheiterns staatlicher Steuerung bei wahrscheinlich anhaltend hohen politischen Risiken des Scheiterns. Vor dem Hintergrund der sich zuspitzenden Problemlage scheinen nicht nur konservative und liberale Regierungen ein wachsendes Interesse an der Delegation gesundheitspolitischer Regulierungskompetenzen zu haben (z.B. Döhler 1990), sondern inzwischen auch sozialdemokratische (Saltman 1997, 43ff.).¹²

2.2.2 Gesundheitsreformen

Die zu beobachtende Zunahme staatlicher Steuerungsaktivitäten in den Gesundheitssystemen ist weniger gekennzeichnet durch die Übernahme von Regulierungskompetenzen als durch eine Aufwertung nichtstaatlicher Steuerungselemente. Gleichwohl vielerorts staatliche Interventionen zur Dämpfung der Kosten zu beobachten sind, scheinen die Staaten doch mittelfris-

¹² Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht empirisch überprüft werden, ob das in diesem Modell staatlicher Handlungslogik enthaltene Kalkül, durch die Delegation von Steuerungskompetenzen auch eine Entlastung von gesundheitspolitischer Verantwortung zu erreichen, tatsächlich aufgeht. Hinweise darauf, dass ökonomische Interessen (Rosenthal/Heirich 1998; Stone 1996, 41ff.) und ein neoliberaler mainstream in der Politik (Kühn 1993) sozialpolitische Normen nachhaltig diskreditieren können und den versorgungspolitischen Anspruch der Bevölkerung gegenüber dem Wohlfahrtsstaat reduzieren, bedürften für Deutschland noch eingehenderer Untersuchung (vgl. Hinrichs 1995; vgl. Hinrichs 2002; vgl. Kruse/Kruse 2003).

tig Steuerungsfunktionen zu delegieren (Saltman 1997, 43ff.; Kokko et al. 1998; Hunter/Vienonen/Wlodarczik 1998). Dabei scheinen im Rahmen von Gesundheitsreformen Steuerungskompetenzen insbesondere auf die Mikroebene transferiert zu werden. In dem Maße, wie unerwünschte Effekte, wie zum Beispiel eine „Kostenexplosion“ (Herder-Dorneich 1977), in der politischen Öffentlichkeit auf Fehlsteuerungen durch den Staat zurückgeführt werden, gewinnen ökonomische Steuerungsmodelle an Attraktivität für politische Entscheidungsträger. Neben der Privatisierung der Kosten als Anreiz zur Zügelung der Nachfrage (Kutzin 1998), scheint derzeit vor allem die Integration von Wettbewerbselementen in das Steuerungssystem die favorisierte gesundheitspolitische Strategie zu sein (Morone 2000, 959; Saltman 2001; Twaddle 2002, 369). Dabei soll Wettbewerb nicht nur zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen zu Preissenkungen führen (z.B. in den USA und in Großbritannien), sondern auch konkurrierende Finanzierungsträger zu Rationalisierungsstrategien anreizen (z.B. in den USA und in Deutschland) (Savas et al. 1998; Flood 2003).

Neben der Dämpfung des Ausgabenanstiegs erhoffen sich politische Verantwortungsträger von der Ausrichtung der Krankenversorgung an ökonomischen Kriterien der Mitteleffizienz auch eine Verbesserung des Versorgungsniveaus trotz knapper Mittel durch

- die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und
- die Anpassung der Versorgungsangebote an die Nachfrage.

Die staatsentlastende Wirkung dieser Maßnahmen kommt vor allem dann zum Tragen, wenn es gelingt,

- politisch teure Interventionen des Staates zur Durchsetzung der Kostendämpfung, z.B. Budgetierung, überflüssig zu machen und
- Funktionen, wie beispielsweise die Gestaltung der Versicherungsverträge, die Bestimmung von Honorierungsformen oder die Festsetzung von Honoraren, an Akteure der einzelwirtschaftlichen Mikroebene zu delegieren (Savas et al. 1998, 158).

Die Integration von Wettbewerb in Gesundheitssysteme zieht in der Regel eine Liberalisierung der Vertragsbeziehungen nach sich, um über Handlungsspielraum bei der Gestaltung von Angebot und Preis überhaupt die erforderlichen Wettbewerbsparameter zu schaffen. Die Liberalisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern, wie auch Finanzierungsträgern und Versicherten, substituiert staatliche Interventionen allerdings nur, soweit versorgungspolitische und makroökonomische Ziele erreicht werden. Eine Analyse der Performanz deregulierter Gesundheitssysteme zeigt, dass das Versprechen der

Gesundheitsökonomie von effizienten Versorgungsstrukturen noch nicht eingelöst ist (Noweski 2004). Selbst wenn die optimale Ressourcenallokation gewährleistet würde, scheint eine staatlich gelenkte Redistribution von Gesundheitsressourcen erforderlich zu sein, denn:

- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern schafft Anreize, Kosten zu senken und Einnahmen zu erhöhen, wodurch Versicherte mit hohen Gesundheitsrisiken und geringer Finanzkraft diskriminiert werden (Risikoselektion) (Chinitz/Preker/Wasem 1998, 60; Luft/Miller 1988).
- Der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern um Aufträge der Versicherer schafft Anreize zur Kostensenkung durch Leistungsminimierung, was zu Unterversorgung führen kann.
- Die Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen den Versicherern und Versicherungsnehmern erleichtert die Risikoselektion, z.B. wenn kein Kontrahierungszwang besteht, und schwächt den Risikoausgleich, z.B. wenn gestaffelte Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattung gewährt werden dürfen.¹³
- Die Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Versicherern und konkurrierenden Leistungsanbietern schafft für die Versicherer die Möglichkeit, das Morbiditätsrisiko auf die Leistungsanbieter zu verlagern, z.B. durch die Vergütung durch Fall- oder Kopfpauschalen, wodurch der Anreiz zur Leistungsminimierung verstärkt wird (Simon 2001; vgl. Rochaix 1998).

Aufgrund der mit Deregulierung einhergehenden versorgungspolitischen Risiken stellt sich hinsichtlich der aktuellen Gesundheitsreformen die Frage, ob der Umbau des Steuerungssystems trotz des Ziels der Staatsentlastung weiterhin eine sozialpolitisch notwendige staatliche Regulierung der Gesundheitsversorgung gewährleistet, oder staatliche Steuerungsfähigkeit sogar verbessern kann (Giaino/Manow 1999; Freeman/Moran 2000). Eine mögliche ordnungspolitische Strategie zur Erreichung makroökonomischer wie auch versorgungspolitischer Ziele wird derzeit in der Kombination von Wettbewerbselementen auf der Mikroebene mit konsequenter staatlicher Aufsicht gesehen (Saltman 2002; Reinhardt 2001). Die Frage, ob sich die Kosten staatlicher Regulierung durch die Integration von Marktelementen tatsächlich reduzieren lassen, oder die Aufsicht von Gesundheitsmärkten nicht letztlich teurer ist als die

¹³ Alain C. Enthoven, konzeptioneller Vordenker und Befürworter des kompetitiven amerikanischen Gesundheitsmarktes, räumt selbst ein, dass bei freier Gestaltung der Versicherungsleistungen und der Prämien aufgrund der Risikoselektion und risikoäquivalenten Beitragserhebung kein Risikoausgleich möglich ist (Enthoven 1988). Als Lösung empfiehlt er den „Sponsoren“, also den Arbeitgebern, welche Versicherungen für ihre Angestellten abschließen, die Festsetzung eines einheitlichen Leistungskataloges, um zumindest innerhalb dieser Versichertengruppe einen solidarischen Risikopool aufzubauen.

staatliche Trägerschaft, beispielsweise von nationalen Gesundheitsdiensten, scheint dabei noch unbeantwortet zu sein.¹⁴ In jedem Fall setzt die Regulierung von Märkten Handlungsfähigkeit voraus, so dass die aktuelle Debatte um „Managed Competition“ auf die Frage nach der Steuerungsfähigkeit des Staates und seines Steuerungsinstrumentariums zurückführt.

2.3 Gesundheitspolitische Ausgangsbedingungen in Deutschland

Bereits zum Zeitpunkt der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Jahr 1883 war staatliche Gesundheitspolitik den obig dargestellten politikfeldspezifischen Restriktionen ausgesetzt. Die relativ lange Tradition gesundheitspolitischer Steuerung formte ein Gesundheitswesen, das insbesondere durch ein relativ fragmentiertes Gesundheitsversorgungssystem und ein segmentiertes Steuerungssystem gekennzeichnet ist (Rosenbrock/Gerlinger 2004; Alber 1992; Mayntz/Rosewitz 1988).

2.3.1 Steuerungstyp

Die gesetzliche Krankenversicherung ist entstanden, als in Deutschland eine konstitutionelle Monarchie herrschte. Initiatoren waren nicht soziale Bewegungen in der Bevölkerung, sondern monarchistische Konservative, vertreten durch die Person von Reichskanzler Bismarck. Ziel war nicht primär die Linderung sozialer Not, sondern, wie der kaiserlichen Botschaft von 1881 zu entnehmen ist, die Stabilisierung der Machtverhältnisse durch sozialpolitische Zugeständnisse an das Proletariat. Aus diesem Grund waren Industriearbeiter auch die ersten Versicherten in der GKV. Bei der Zuweisung der Versicherungspflicht ging der Gesetzgeber also selektiv nach Berufsstatus vor. Die Organisation und Finanzierung leistete ein bereits vorhandenes berufsständisch gegliedertes Kassenwesen, welches ausgebaut und zunehmend gesetzlich reguliert wurde. Die Leistungserbringer blieben privatrechtliche Unternehmer bzw. Angestellte. Dieses zunächst sektoral, sozial und regional sehr fragmentierte und steuerungspolitisch segmentierte System wurde in der Folge zunehmend konzentriert und gesetzlich reguliert. Dabei erlangten die Verbände der Kassenarten sowie der Leistungserbringer besondere Bedeutung. Beim Ausbau des Systems durch die „doppelte Inklusion“, welche die

¹⁴ Der Arzneimittelsektor demonstriert die Resistenz von Gesundheitsmärkten gegenüber staatlicher Steuerung. Da die Regulierung über qualitäts- und wirtschaftlichkeitsbezogene Zulassungsverfahren kaum gelingt, greifen die Staaten, um den Kostenanstieg zu dämpfen, zur Budgetierung und zur Privatisierung der Kosten, mit nachteiliger Wirkung für die Versorgungsqualität (Mossialos 1998; vgl. Maynard/Bloor 2003). Ellen Immergut sieht als einziges wirksames Instrumentarium des Staates zur Regulierung von Gesundheitsmärkten gar nur die funktionale Dominanz des Staates im Finanzierungssystem (Immergut 1992, 54ff.). Dass die Verfügung über die Finanzierung die staatliche Steuerungsfähigkeit erhöht, legen auch relativ weitreichende Gesundheitsreformen in den entsprechenden Staaten nahe (Giaimo 2001; Godt 1987).

Erweiterung des Versichertenkreises sowie des versicherten Leistungsumfangs beschreibt (Alber 1992, 25), wurde die wachsende Zahl von Regulierungsfunktionen durch den Staat hauptsächlich an die Verbände der Leistungserbringer und Finanzierungsträger delegiert.

Aufgrund des ursprünglich am Berufsstatus bemessenen Versicherungsschutzes und der umfangreichen Steuerungskompetenzen der Verbände im Gesundheitssystem wird Deutschland nach der Typologisierung von Esping-Andersen den korporatistischen Wohlfahrtsstaaten zugerechnet (Esping-Andersen 1996). Das Gesundheitswesen, im Gegensatz zu Renten- und Arbeitslosenversicherung, nahm nach dem zweiten Weltkrieg durch die bereits erwähnte doppelte Inklusion allerdings zunehmend Merkmale des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates an. So umfasst der gesetzliche Versicherungsschutz die gesamte Bevölkerung, abgesehen von privilegierten Kreisen, welchen eine Exit-Option eingeräumt wird.¹⁵ Außerdem werden die Leistungen nicht nach dem Äquivalenzprinzip gewährt, also der Höhe der eingezahlten Beiträge, sondern nach dem Bedarfsprinzip. Dabei ist der Leistungsanspruch nicht auf eine Grundsicherung beschränkt, sondern umfassend.¹⁶

2.3.2 Mikroebene

Das Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine institutionelle Fragmentierung, welche der funktionalen Differenzierung folgt (Mayntz/Rosewitz 1988; Rosenbrock/Gerlinger 2004). Auffällig ist die Differenzierung des Versorgungssystems in einen ambulanten und einen stationären Sektor. Zwischen den Versorgungsbereichen besteht ein ökonomisch motiviertes Ringen um Versorgungsfunktionen. Ursächlich hierfür ist das stark ausgebaute System der niedergelassenen Fachärzte. Diese erbringen ähnliche spezialisierte Versorgungsleistungen wie die Krankenhäuser. Zwar gilt im SGB V der Grundsatz „ambulant vor stationär“, jedoch wird gesundheitspolitisch heftig diskutiert, ob die fachärztliche Versorgung nicht überdimensioniert ist und entsprechende Leistungen in den bestehenden Krankenhäusern erbracht werden können. Nicht nur zwischen Fachärzten und Krankenhäusern bestehen Interessenkonflikte, sondern auch zwischen den Fach- und Hausärzten, da diese viele Leistungen gleichermaßen erbringen können und aus dem gleichen (ambulanten) Budget finanziert werden. Diese Strukturen verursachen schwerwiegende gesundheitspolitische Probleme, insbesondere

¹⁵ In 1999 waren in der privaten Krankenversicherung (PKV) 8,9% der Bevölkerung versichert. Lediglich 0,2% der Bevölkerung in Deutschland verfügte über keinerlei Versicherungsschutz (Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2003).

¹⁶ Im Gegensatz zur Pflegeversicherung, die lediglich festgesetzte Zuschüsse gewährt.

- Qualitäts- und Effizienzverluste aufgrund von Friktionen im Behandlungsverlauf sowie
- unnötige Ausgaben aufgrund der Vorhaltung überflüssiger Infrastruktur und angebotsinduzierter Nachfrage (SVRKAiG 1994, Ziffer 535).

Dem Staat ist es bisher kaum gelungen, diesen Problemen durch Maßnahmen zur Integration zu begegnen, da diese erhebliche strukturverändernde Eingriffe erfordern würden. So sind die Finanzierungssysteme von ambulantem und stationärem Sektor völlig getrennt organisiert und bestehen unterschiedliche Honorarsysteme sowie sektoral getrennte Budgets.

2.3.3 Mesoebene

Das deutsche Gesundheitssystem ist traditionell geprägt durch eine ausgeprägte Mesoebene verbandlicher Steuerung zwischen Staat und Leistungserbringern (Rosenbrock/Gerlinger 2004; Alber 1992; Tennstedt 1977; Mayntz/Rosewitz 1988; Thiemeyer 1984). Wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen werden durch die „Gemeinsame Selbstverwaltung“ aus Leistungserbringern und Finanzierungsträgern im Rahmen bilateraler institutionalisierter Kollektivverhandlungen getroffen. Charakteristisch für die Entscheidungsfindung ist das Konsens-Prinzip, welches zur Beschlussfassung Einstimmigkeit unter den Parteien voraussetzt (Gäfgen 1988). Durch die Verleihung des Status als öffentlich-rechtliche Körperschaften wurden die Verbände auf die Berücksichtigung des Gemeinwohls verpflichtet, erlangten das Privileg der Zwangsmitgliedschaft ihrer jeweiligen Klientel, das Vertretungsmonopol und de facto Bestandsschutz. Um die Kosten der Steuerung (z.B. Informationskosten) zu reduzieren, wandten sich die Bundesregierungen in der Vergangenheit bevorzugt an die höheren Ebenen des Verbändesystems mit höherem Organisationsgrad, da die geringere Zahl der Adressaten die Komplexität der Kooperation reduzierte. Bevorzugte Partner waren daher die Spitzenverbände der Leistungserbringer und Finanzierungsträger (Döhler 1995, 397). Diese übernahmen einen wesentlichen Teil der Kosten, indem sie die Steuerung ihrer Einzelmitglieder sicherstellten (Thiemeyer 1984, 66). Zusätzlich unterstützten sie die Strategieformulierung des Staates mit Informationen. Diese Kooperation des Staates mit den Verbänden des Gesundheitswesens hatte Auswirkungen auf dessen Steuerungsfähigkeit. Sowohl bei der Strategieformulierung als auch der Implementation stützten sich die Bundesregierungen auf Ressourcen der Verbände (Korporatismus) (Döhler/Manow 1997).

2.3.3.1 Die Kassenärzte im Versorgungssystem

Verglichen mit anderen europäischen Staaten nehmen die Fach- und Hausärzte im deutschen Gesundheitswesen eine privilegierte Stellung ein (Webber 1988; Rosewitz/Webber 1990, 13ff.). Die Möglichkeiten, sich als Selbstständige niederzulassen und zu praktizieren, sind außerhalb Deutschlands mit wesentlich größeren Einschränkungen verbunden. Die zentrale Stellung in der Leistungserbringung, die umfangreiche kollektive Finanzierung ihrer Leistungen und die weitgehend autonome Definition der Nachfrage nach den selbst angebotenen Produkten sind zentrale Merkmale der komfortablen Position der Kassenärzte¹⁷ in Deutschland. Nachdem sie im 19. Jahrhundert noch einzeln und als Konkurrenten Vertragsbeziehungen mit den Kassen eingingen, traten sie mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) 1931 einheitlich in die Verhandlungen mit den Kassen ein.¹⁸ Durch das Verbot der Ambulatorien 1934 war den Kassen die Leistungserbringung in eigener Regie entzogen und den Kassenärzten durch den Gesetzgeber ein Anbietermonopol zugesprochen worden.

Nach der Gründung der Bundesrepublik wurde die zentrale Stellung der Kassenärzte weiter ausgebaut. Mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 (BGBl. I S. 513) bestätigte die deutsche Regierung den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 RVO bzw. §§ 72 u. 75 SGB V). Selbst die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen fiel an die KVen (Rosewitz/Webber 1990, 22f.). Hinzu trat statt der Pauschalvergütung der Vorkriegsjahre die Einzelleistungsvergütung, welche die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schrittweise gegenüber allen Kassenarten durchsetzen konnte (Rosewitz/Webber 1990, 233f.). Dadurch hatten die KVen nicht nur ein Anbieterkartell gegenüber den Kassen, sie bestimmten durch die Definition des Behandlungsbedarfs auch die Nachfrage (Thiemeyer 1984, 87-90; Zweifel/Eichenberger 1988). Somit war den Ärzten durch Steigerung der Leistungsmenge die Möglichkeit der Erhöhung ihrer eigenen Honorare eingeräumt worden, wohingegen die Finanzierungsträger das „Morbiditätsrisiko“, also die Kosten des ärztlich festgestellten Behandlungsbedarfes, zu tragen hatten.

Die Honorarverhandlungen mit den KVen waren durch eine Asymmetrie der Verhandlungspositionen zu Lasten der Kassen gekennzeichnet (Smigielski 1983; Smigielski 1980). Oft gelang es den KVen, die verschiedenen Kassenarten in der GKV gegen einander auszuspie-

¹⁷ Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurden das Kassenarztrecht der Primärkassen und das auf Ersatzkassen bezogene Vertragsarztrecht unter dem Begriff Vertragsarztrecht zusammengefasst. In dieser Arbeit sollen beide Begrifflichkeiten in Bezügen auf Ereignisse nach 1992 synonym gebraucht werden.

¹⁸ Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung der Wirtschaft und Finanzen und zur Sicherung des inneren Friedens vom 09.12.1931 (RGBl. I S. 699) sowie Verordnungen vom 14.01.1931 (RGBl. I S. 19) und vom 30.12.1931 (RGL. 1932, I S. 2).

len. So ging von hohen Abschlüssen zwischen Ärzten und Ersatzkassen häufig ein Anpassungsdruck auf die übrigen Kassenarten aus (Smigielski 1983). Zudem verfügten die Finanzierungsträger in den Verhandlungen mit den KVen über wenig Druckmittel, da bei einem Scheitern der Honorarverhandlungen und des anschließenden Schlichtungsverfahrens (§ 368i RVO bzw. § 89 SGB V) das zuständige Ministerium des jeweiligen Bundeslandes als Aufsichtsbehörde auftreten konnte und bei nicht erfolgtem Schiedsspruch durch Ersatzvornahme zu Gunsten der KVen entscheiden konnte, um Proteste der Ärzte abzuwenden und die Versorgung sicherzustellen (Flüchter 2000, 179). Diese hohe Durchsetzungsfähigkeit der Kassenärzte wurde vor der Einführung der freien Kassenwahl durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) aber nur selten durch die Finanzierungsträger herausgefordert, da diese die Kosten der Verhandlungsabschlüsse durch eine Steigerung der Beiträge externalisieren konnten, ohne eine bestandsgefährdende Abwanderung der Versicherten befürchten zu müssen (Henke 1988, 132).

Bis zu Beginn der siebziger Jahre hatten die Kassenärzte einen historischen Höhepunkt an materiellem Wohlstand sowie Berufsautonomie erreicht. Die KVen verzeichneten zu diesem Zeitpunkt in den Kollektivverhandlungen eine später nicht mehr erreichte Verhandlungsmacht gegenüber den Kassen und waren weitgehend frei von staatlicher Einflussnahme. Schließlich verschaffte den Kassenärzten deren zentrale Stellung im Gesundheitswesen, das hohe soziale Ansehen in der Bevölkerung, deren relativ exklusives Fachwissen und der Organisationsgrad der KVen von 100% eine nicht zu unterschätzende Macht gegenüber der Politik (vgl. Rosewitz/Webber 1990, 24f.; vgl. Zweifel/Eichenberger 1988, 175ff.), welche für Deutschland beim internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme die Klassifikation als „professionell dominiertes“ Gesundheitssystem nahe legt (vgl. Twaddle 2002, 13). Folglich scheint es erforderlich, zur Beurteilung der deutschen Gesundheitspolitik die Beziehung zwischen Staat und Kassenärzten ins Zentrum der Betrachtung zu rücken.

2.3.3.2 Die Kassenärzte im politischen System

Politische Machtproben zwischen der Bundesregierung und den Kassenärzten hat es bereits in den fünfziger Jahren gegeben. Nachdem die Ausgaben der GKV 1956 und 1957 deutlich angestiegen waren und der Beitragssatz der Kassen in diesem Zeitraum von 6,3 auf 7,8 Prozent angehoben werden musste, schienen der Regierung erstmals Maßnahmen zur Kostendämpfung angezeigt (Döhler/Manow 1997, 34ff.). Der Gesetzentwurf von Bundesarbeitsminister Blank zum Krankenversicherungsneuordnungsgesetz (KVNG) sah neben einer Privatisierung von Behandlungskosten durch Selbstbehalte vor allem Eingriffe in die Vertragsbeziehungen

zwischen Kassen und Ärzten vor. Es war beabsichtigt, die als zu hoch erkannte Verhandlungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigung gegenüber den Kassenverbänden einzuschränken und Pauschalen im Vergütungssystem einzuführen.

Die Reaktionen der Ärzteverbände viel sehr heftig aus und beinhaltete auch die Androhung von Streiks. Dieses Verhalten stieß bei Politikern und wissenschaftlichen Beobachtern auf Unverständnis, da man angenommen hatte, dass der öffentlich-rechtliche Status der Vereinigungen zu einer Disziplinierung der Interessenartikulation der Ärzte führen würde (Döhler/Manow 1997, 37, 89). Die Androhung von Ärztestreiks durch eine öffentliche Körperschaft provozierte wiederum seitens des Arbeitsministeriums heftige Attacken gegen die Ärzte. So verwies die Presseabteilung des Ministeriums darauf, dass diese Nötigung des Staates eine Gefängnisstrafe für den Vorsitzenden der KBV zur Folge haben könnte. Diese unerwartete Eskalation der politischen Auseinandersetzung muss als Anzeichen für noch nicht gefestigte Beziehungen und Rollenzuschreibungen im Verhältnis zwischen Staat und Verbänden im Politikfeld Gesundheit angesehen werden (ebd. 42ff., 89). Dabei spielte auch eine Rolle, dass innerhalb der Interessenvertretung der Ärzteschaft die Aufgaben zwischen KBV und Hartmannbund noch nicht aufgeteilt waren (ebd. 105ff.). So agierten diese noch als Konkurrenten um die Vorherrschaft als Interessenvertretung und insbesondere die KBV überraschte dabei die Ministerialbürokratie durch unerwartete Strategien.

Diese Ereignisse zeigen, dass um 1958 die Ausdifferenzierung und Trennung des politischen Systems vom Politikfeld Gesundheit noch nicht erfolgt war. Der Zugang der Ärztevertreter zu politischen Entscheidungsträgern erfolgte direkt über den Bundeskanzler Adenauer und die Ministerialbürokratie war auf weitgehend ausformulierte Gesetzentwürfe aus der Feder der Ärzte angewiesen. Gesundheitspolitisches Expertenwissen war in der Verwaltung und in den Parteien unterentwickelt. Insbesondere die CDU, als typische Klientelpartei der bürgerlichen Mittelschicht mithin der Ärzteschaft, stützte sich noch vollständig auf Abgeordnete, die gleichzeitig unverhohlen als Ärztevertreter fungierten. Der Gesetzentwurf von Blank wurde schließlich zurückgezogen.

Das Scheitern der Blank-Reform hatte für die deutsche Gesundheitspolitik zwei wesentliche Konsequenzen:

- Politischen Entscheidungsträgern war die Macht der Ärzteverbände vor Augen geführt worden, und Reformen im Gesundheitswesen gegen die Interessen der Ärzte galten fortan als politisch außerordentlich riskant.
- Die offensichtlich gewordene informationelle und personelle Abhängigkeit der Regierung, der Ministerialbürokratie sowie der Parteien, von Ressourcen der Ärzteverbände

veranlasste die staatlichen Institutionen sowie die Parteien zu einem Ausbau ihrer wissenschaftlichen Kapazitäten zur Verbesserung ihrer Strategiefähigkeit (Döhler/Manow 1997, 57ff.).

2.3.4 Makroebene

Der institutionellen Beschaffenheit der staatlichen Ebene des Steuerungssystems wird in der politikwissenschaftlichen Literatur stets hohe Bedeutung für die Ausgestaltung von Gesundheitspolitik beigemessen (z.B. Immergut 1992). So weist der Staat als Akteur seinerseits eine Binnenstruktur auf, welche durch eine Segmentierung und Fragmentierung von Entscheidungsprozessen gekennzeichnet ist und seine Interventionen im System determiniert.

Relevante Merkmale des deutschen Regierungssystems sind

- die Gliederung des Parteiensystems, welche die Heterogenität der im Gesundheitssystem vertretenen Interessen im politischen System widerspiegelt,
- die Beteiligung mehrerer Parteien an der politischen Steuerungskompetenz durch Koalitionsregierungen,
- die Fragmentierung der Gesetzgebungskompetenz durch die Beteiligung der Länder an gesundheitspolitischen Entscheidungen auf der Bundesebene durch den Bundesrat und
- die Segmentierung der Rechtsaufsicht des Staates über die korporatistischen Institutionen in Bundes- und Landesebene.¹⁹

Politikwissenschaftliche Analysen zu gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen in Deutschland beziehen sich vor allem auf die Koalitionsregierungen und die Mitwirkungsrechte des Bundesrates bei der Gesetzgebung des Bundes. Demnach beeinflusst nicht nur die Abhängigkeit des Staates von Steuerungsressourcen der ärztlichen Vereinigungen den politischen Entscheidungsprozess, sondern eröffnen die institutionellen Strukturen des deutschen Regierungssystems günstige Zugangswege für ärztliche Lobbyarbeit. So beschreiben einige Autoren detailliert, wie es den Ärztevereinigungen und -verbänden gelungen war, über die Unionsparteien und insbesondere die FDP im Bundesrat und in Regierungskoalitionen Ein-

¹⁹ Die Rechtsaufsicht über die KBV und die Spitzenverbände der Kassen obliegt dem Bund (BMGS), jene über die KVen und die Landesverbände der Kassenarten liegt bei den Ländern. Obwohl die Steuerung des ambulanten Sektors föderal gegliedert ist, ist der Handlungsspielraum der 23 KVen und der Landesverbände der Kassen durch Bundesrichtlinien und die Sozialgesetzgebung eingeschränkt. Der Einfluss der Länder auf die Gesundheitspolitik vollzieht sich dadurch, zumindest im ambulanten Sektor, primär über die Gesetzgebung auf der Bundesebene und nur in begrenztem Maße über die Rechtsaufsicht über die Landesverbände und -ausschüsse.

fluss auf die Gesundheitspolitik zu gewinnen (Webber 1988; Döhler 1990; Rosewitz/Webber 1990; Döhler/Manow 1997) und Vetopositionen in den staatlichen Entscheidungsgremien zu errichten (vgl. Czada 2000).

3 Korporatistische Kostendämpfungspolitik und Reformblockaden

Die traditionell zurückhaltende Rolle des Staates bei der Regulierung des deutschen Gesundheitssystems konnte aufgrund des durch externe ökonomische Faktoren hervorgerufenen Handlungsdrucks nicht beibehalten werden. Zu den versorgungspolitischen Zielen, welche den Ausbau des Gesundheitssystems bestimmt hatten, traten in den siebziger Jahren makroökonomische Ziele. Da diese durch das bestehende Steuerungssystem nicht sichergestellt werden konnten, bedurfte es des Eingreifens des Gesetzgebers. Ohne sich zunächst mit den Kosten von Regulierungskompetenzen zu belasten, versuchte dieser, die bestehenden Institutionen der Selbstverwaltung auf seine neuen Ziele, insbesondere die Beitragssatzstabilität, zu verpflichten.²⁰

3.1 Beginn der Kostendämpfungspolitik

Bis zur Wirtschaftskrise von 1973/74, solange Wirtschaftsleistung und Löhne stiegen, stellte der Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen kein vordringliches politisches Problem dar (vgl. Rosewitz/Webber 1990, 237ff.). Abgesehen vom BDA, der die Belastung der Unternehmen durch die Beiträge zur GKV thematisierte, und dem DGB, der die Höhe der Arzthonorare verglichen mit den Einkommen der Arbeitnehmer als überzogen ansah, erreichte der Kostenanstieg in der GKV bis zu diesem Zeitpunkt keine breite Öffentlichkeit. In der Folge der Konjunkturflaute wurden die paritätisch finanzierten Beiträge zur Sozialversicherung jedoch zunehmend als Belastung der Unternehmen aber auch der Versicherten wahrgenommen und sollten nicht weiter erhöht werden. BDA und DGB verabschiedeten 1976 eine gemeinsame Erklärung, welche Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen einforderte (Rosewitz/Webber 1990, 251ff.).

²⁰ In der Literatur ist im Hinblick auf die in den siebziger Jahren einsetzende Gesetzgebung die Rede von „K-Gesetzen“. Darunter fallen: das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28.12.1976 (BGBl. I S. 3871), das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.07.1977 (BGBl. I S. 1069), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981 (BGBl. I S. 1568), das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) vom 22.12.1981 (BGBl. I S. 1578), das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984 (BGBl. I S. 1716) und ferner die Haushaltsbegleitgesetze von 1982 (BGBl. I S. 1857) und 1983 (BGBl. I S. 1532).

Nachdem der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV von 1974 bis 1977 um zwei Beitragssatzpunkte kletterte, wurde der wachsende Problemdruck in allen politischen Lagern zur Kenntnis genommen und galt die Stabilisierung der Beiträge als gesundheitspolitisches Hauptziel (vgl. ebd. 240ff.). Damit der Beitragssatz nicht weiter angehoben werden musste, sollten sich die Ausgaben der Kassen an deren Einnahmen orientieren (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). In einem Referentenentwurf des BMA vertrat das Ministerium dezidiert die Auffassung, dass auch der Anstieg der Gesamtvergütung im ambulanten Bereich die Zuwachsraten der Grundlohnsumme nicht mehr überschreiten solle (ebd. 261ff.). Mit diesem Ziel wurde innerhalb der Regierungskoalition ab 1975 ein „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz“ vorbereitet, wobei innerhalb der SPD durchaus Sympathien für den Plan bestanden, die Gesamtvergütung der Ärzte bis 1977 gesetzlich auf dem Niveau von 1975 einzufrieren (ebd. 251). Die Kassenärzte mussten das Gesetzesvorhaben deshalb ernst nehmen, weil die traditionellen politischen Bündnisse der KBV in Frage gestellt schienen. Mitte der siebziger Jahre sahen sich die Kassenärzte einer „Großen Koalition“ der Kostendämpfer gegenüber (ebd. 245ff.). Nachdem 1974 Heiner Geißler von der CDU eine viel beachtete Studie zur zukünftigen Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen veröffentlicht hatte, fühlten sich die Ärztevertreter auch aus dem konservativen Lager unter Druck gesetzt. Selbst seitens der FDP wurden Stimmen laut, welche bei einem Scheitern der freiwilligen honorarpolitischen „Selbstbeschränkung“ der Ärzte eine gesetzliche Regelung befürworteten (ebd. 251f.). Die Klientelpolitik von Union und Liberalen gegenüber den freiberuflichen Niedergelassenen schien nicht mehr unbegrenzt belastbar zu sein.

Vor diesem Hintergrund schlossen die KBV und die Kassen eine gemeinsame Vereinbarung für die Jahre 1975 und 1976, welche Zurückhaltung der Ärzte bei ihren Honorarsteigerungen demonstrieren sollte (Gerlinger 1997a, 93f.; Rosewitz/Webber 1990, 240ff.). Immerhin gelang es den Ärztevertretern dadurch, eine gesetzliche Regelung bis zur Bundestagswahl Ende 1976 abzuwenden. Für die weitere Zukunft musste die KBV-Spitze allerdings davon ausgehen, dass bei den Kollektivverhandlungen nunmehr auch die Bundesregierung am Tisch saß (Rosewitz/Webber 1990, 247ff.).

Aus Sicht der Ärzte waren die Kollektivverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern keine reine Veranstaltung der Selbstverwaltung mehr, sondern de facto zu einem tripartistischen Verhandlungssystem geworden (vgl. Süllo 1982, 199ff.). Weniger der öffentlich vorgebrachte Vorwurf des Staatsinterventionismus beschreibt die Problemlage der Kassenärzte zutreffend, als vielmehr die Befürchtung, dass die Verhandlungsmacht der KVen in der gemeinsamen Selbstverwaltung bedroht war. Im Gegensatz zur Situation von

1958 verfügte die Regierung inzwischen über verbesserte Ressourcen zur Erarbeitung gesundheitspolitischer Strategien. Zudem war ein zahlreiche politische Akteure umfassender Diskurs zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Gang gekommen, welcher nicht mehr durch die Ärztevertreter dominiert werden konnte.

Der staatliche Druck auf die KVen, in den Verhandlungen mit den Kassen Selbstbeschränkung zu üben, markierte im Jahr 1975 den Auftakt zu einer aktiven Gesundheitspolitik des Staates in Zusammenarbeit mit den Verbänden der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Besonderheit dieser tripartistischen Konstellation besteht darin, dass der Staat den Verbänden der gemeinsamen Selbstverwaltung die Option einräumt, staatliche Intervention zu substituieren, sofern sie Rahmenvorgaben, und das ist bis heute vor allem die Beitragssatzstabilität, einhalten. Korporatistisch ist dieses Akteursnetzwerk insofern, als die bis dahin relativ autonome Selbstverwaltung nunmehr unter konkreter formulierte und mit der Androhung von negativen Sanktionen untermauerte „Rahmenvorgaben“ des Staates gestellt war. Die Option, staatliche Intervention zu substituieren, räumte der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen mit der gescheiterten Blankreform ein. Diese begründeten auch die Zurückhaltung des Gesetzgebers bei der Durchsetzung der Beitragssatzstabilität. Zwar drohte er fortan mit gesetzlicher Intervention (Ersatzvornahme), jedoch machte er bis 1992 kaum Gebrauch davon.

3.2 Kostendämpfungspolitik 1977-1992

Gesundheitsreformen in Deutschland bewirkten bis 1992 lediglich inkrementale Veränderungen im Steuerungssystem. Der Staat beließ die wesentliche Steuerungskompetenz bei der Selbstverwaltung und ergänzte deren Wirken durch einen moderaten Ausbau korporatistischer Institutionen und sozialrechtlicher Vorschriften. Drei Ereignisse dürften in dieser Phase deutscher Gesundheitspolitik von hervorgehobener Bedeutung gewesen sein:

- die Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.07.1977 (BGBl. I S. 1069),
- der Regierungswechsel von der sozialliberalen zur konservativ-liberalen Koalition 1983 und
- das Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477).

3.2.1 Das KVKG von 1977

Die von den Ärzten als zurückhaltend empfundenen Honorarsteigerungen 1975 und 1976 überzeugten die Bundesregierung nicht, dass die Selbstverwaltung in dieser Form einen nach-

haltigen Rückgang des Ausgabenanstiegs umsetzen würde (Rosewitz/Webber 1990, 254ff.). Trotz einer Anhebung der Gesamtvergütung in den Jahren 1976 und 1977 um jeweils 8% durch eine zweite Empfehlungsvereinbarung von 1976, fielen die Proteste vor allem der bayerischen KV und des Hartmannbundes gegen diese prospektive Festsetzungen der Gesamtvergütung heftig aus und brachten den Vorstand der KBV in Bedrängnis. Die Ärzteschaft und der KBV-Vorstand betrachteten die Deckelung der Gesamtvergütung durch die Vereinbarungen als einmaligen Beitrag zur Kostendämpfung und lehnten eine fortgesetzte Einmischung des Staates ab (Rosewitz/Webber 1990, 253ff.).

Diese Reaktionen der Ärzte veranlassten die Bundesregierung, ihre aufgeschobenen Pläne für eine gesetzliche Regelung nach den Wahlen von 1976 doch noch umzusetzen. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 bestätigte die bereits bestehenden korporatistischen Institutionen und ergänzte diese durch das Konzept der „Globalsteuerung“. Diese sollte den Fortbestand der staatsentlastenden Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger „Verpflichtung“ der KBV auf die gesundheitspolitischen Ziele der Regierung ermöglichen.

3.2.1.1 Die Konzertierte Aktion

Wie schon 1967 in der Wirtschaftspolitik versuchte der Staat durch die Einrichtung eines Beratungsgremiums seine politischen Ziele in die Politikformulierung der Verbände einzuspeisen. Zu diesem Zweck gründete die Bundesregierung 1977 die Konzerte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) (§ 405a RVO), welche als zentrales Koordinationsgremium der Verbändelandschaft im deutschen Gesundheitswesen konzipiert war. Dabei stand allerdings nicht die Entscheidungsfindung durch Verhandlungen im Vordergrund, sondern die „Versachlichung der Auseinandersetzung“ durch Austausch der Beteiligten (Smigielski 1980, 157ff.; Schwartz 1983).

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung für das KVKG hatte zunächst gesetzlich sanktionierte Empfehlungen der Bundesregierung zur Höhe der Vergütung ärztlicher Leistungen vorgesehen, jedoch präferierte die oppositionelle Union, die zu diesem Zeitpunkt über die Mehrheit im Bundesrat verfügte, die Bildung einer Konzertierten Aktion unter Beteiligung aller gesundheitspolitisch relevanten Verbände ohne definiertes Sanktionsinstrumentarium (Henke 1988, 113). In den folgenden Anhörungen sprachen sich die Leistungsanbieter, so auch die Ärzte, für die freiwillige verbandliche Regulierung innerhalb der Selbstverwaltung aus. Im Vermittlungsausschuss einigten sich Koalition und Opposition schließlich auf die Gründung der KAiG als Instrument der Kostendämpfung.

Die Zusammensetzung der KAiG spiegelt die Breite der organisierten gesellschaftlichen Interessen wider, die durch die Gesundheitspolitik tangiert werden (Wiesenthal 1981, 79). Als Teilnehmer wurden durch den Bundesarbeitsminister berufen,

- 8 Vertreter der Ärzte,
- 3 der Zahnärzte,
- 3 der Pharmaindustrie,
- 1 der Apotheken,
- 3 der Krankenhausträger,
- 3 der kommunalen Spitzenverbände,
- 10 der Bundesländer,
- 11 der RVO-Kassen,
- 4 des DGB,
- 6 des BDA,
- 3 der Ersatzkassen,
- 1 der DAG,
- 2 der PKV, und
- 1 Vertreter des Beamtenbundes.

Außerdem waren Vertreter des BMA, des BMJFG und des BMWi in beobachtender Funktion anwesend.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sollte jährlich zu ihrer Frühjahrssitzung eine Empfehlung für die Höhe der Gesamtvergütung abgeben (§ 405a RVO). Rechtlich bindend sind diese Empfehlungsvereinbarungen nur insoweit, als sie, wenn Kassenverbände und KVen zugestimmt haben, bei den Honorarverhandlungen „angemessen“ zu berücksichtigen sind (§ 368f Abs. 4 RVO). Kommt es zu keiner Empfehlung oder verweigern KBV oder die Bundesverbände der Kassenarten ihre Zustimmung, verhandeln allein die Spitzenverbände der Kassen und die KBV über eine gemeinsame Empfehlung (§ 368f Abs. 4 RVO). Diese können der KAiG auch zuvorkommen, indem vor der Frühjahrssitzung eine Einigung erzielt werden kann (Henke 1988, 120).

Die Absicht der Bundesregierung, die Verhandlungsergebnisse zwischen KVen und Kassenverbänden durch die Konzertierte Aktion an einem gesamtwirtschaftlichen Kontext auszurichten, war von Anfang an durch deren Beschaffenheit konterkariert. Erstens oblag es der Interpretation der Kassen und KVen auf der Landesebene, was als eine angemessene Berücksichtigung der Empfehlungen bei den Verhandlungen anzusehen ist (§ 368f Abs. 4 Satz 2

RVO; BT 9/1300, 7). Zweitens konnten die Spitzenverbände und die KBV die Empfehlung der KAiG ablehnen und eigene Verhandlungen ohne die Beteiligung der anderen Verbände erzwingen bzw. eine Einigung vor der Frühjahrssitzung der KAiG erzielen. Drittens konnten, bei nicht erfolgter Einigung der Spitzenverbände, die Honorarverhandlungen wieder auf die Landesebene zurück fallen, was die Festsetzung der Gesamtvergütungen der angestrebten bundespolitischen Steuerung wieder entzogen hätte (Henke 1988, 120). Viertens wurde seitens der Konzertierte Aktion nur die Preiskomponente beachtet, insofern als die KAiG Aussagen über den absoluten Betrag der Gesamtvergütung ab 1978 vermied und den Ärzten durch Mengenausweitung und zusätzliche Praxiskosten die Möglichkeit von Kompensationen eingeräumt war (Henke 1988, 119).

3.2.1.2 Der BAK

Das eigentliche Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK),²¹ blieb zunächst im Hintergrund der Reformaktivität. Die Verbindlichkeit der Richtlinien des BAK als „untergesetzliche Rechtsnormen“ beruht darauf, dass sie als Bestandteile der Bundesmantelverträge zwischen KBV und Bundesverbänden der Krankenkassen (§ 368g RVO; später § 82 SGB V) sowie der Gesamtverträge²² zwischen KVen und Kassen (§ 368g RVO; später § 83 SGB V) zu berücksichtigen sind.

Im Unterschied zur KAiG fanden Verhandlungen im BAK nur zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Kassen und vor allem außerhalb der öffentlichen Verteilungskonflikte und somit unter geringerem Einfluss der jeweiligen Interessen statt. Anders als die Empfehlungen der KAiG unterliegen die Beschlüsse der staatlichen Ersatzvornahme, falls Ergebnisse nicht fristgerecht oder außerhalb der im Sozialrecht fixierten staatlich definierten gesundheitspolitischen Ziele verabschiedet werden. Die Möglichkeiten, über den BAK bindende Beschlüsse in der Selbstverwaltung zu erzielen, wurden durch den Gesetzgeber zu diesem Zeit-

²¹ Historisch geht der BAK auf das Berliner Abkommen von 1913 zurück, durch das erste paritätisch besetzte Ausschüsse für Honorarverhandlungen eingerichtet wurden (Döhler/Manow-Borgwardt 1992b). Mit der Gründung des Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen 1923 stimmten die Verbände der Ärzte und Kassen einem festgesetzten Schlichtungsverfahren für Tarifaueinandersetzung zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern zu. Neben der paritätischen Besetzung des Ausschusses waren an den Verhandlungen auch „neutrale“ Mitglieder sowie ein ebenfalls neutraler Vorsitzender beteiligt, die dem Reichsarbeitsminister weisungsgebunden waren. Durch das Gesetz über das Kassenarztrecht wurde 1955 der Bundesausschuss konstituiert, dessen unabhängige Mitglieder nun staatlichen Institutionen gegenüber nicht mehr weisungsgebunden waren. Neben einer Besetzung für kassenärztliche Fragen konstituierte sich auch der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

²² Der Gesamtvertrag legte nach § 368f RVO die Gesamtvergütung fest, welche sich aus den Abschlüssen der einzelnen Kassen mit der jeweiligen KV zusammensetzt. Dabei sind Vorgaben der Bundes- und Landesmantelverträge zu beachten (§ 368g RVO).

punkt deutscher Gesundheitspolitik nur wenig genutzt. Immerhin wurden seine Kompetenzen punktuell erweitert. Nach § 368p Abs. 1 RVO verfügte der BAK bereits über die Richtlinienkompetenz bezüglich

- der Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden,
- der Gewährung ärztlicher Sachleistungen,
- der Versorgung mit Zahnersatz,
- der Verordnung von Arznei und Heilmitteln,
- der Verordnung von Krankenhauspflege,
- der Krankenpflege und
- der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.

Außerdem oblag ihm nach § 368p Abs. 4 RVO die Erstellung von Richtlinien

- zur Sicherung gleichmäßiger, zweckmäßiger und angemessener Verträge über die kassenärztliche Versorgung gemäß § 368g (also der Gesamtverträge sowie der Bundes- und Landesmantelverträge) sowie
- zu Verträgen über die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 368q.

Seine neuen Kompetenzen umfassten

- Richtlinien zur Ermittlung und Feststellung von Ungleichheiten in der kassenärztlichen Versorgung (bereits durch das KVWG von 1976; § 368p Abs. 7 RVO),
- die Erstellung einer Preisliste, welche den Ärzten die Auswahl therapiegerechter Packungsgrößen ermöglichen sollte (§ 368p Abs. 1 Satz 2 RVO) und
- die Erstellung einer Liste von „Bagatellarzneimitteln“ (Negativliste), welche von den Kassen nicht mehr finanziert werden durften (§ 368p Abs. 8 RVO).²³

In den folgenden Jahren wurden dem BAK weitere Aufgaben zugewiesen. So verabschiedete er gemäß § 368n Abs. 8 RVO, welcher durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981 eingefügt worden war, im Dezember 1985 eine Richtlinie für den wirtschaftlichen Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, welche im März 1986 in Kraft trat. Außerdem

²³ Nachdem im BAK keine Einigung über die Negativliste zustande kam, zog der Bundesarbeitsminister durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.1981 diese Kompetenz an sich (§ 182f RVO).

wurde durch das KVEG von 1981 analog dem BAK ein nunmehr eigenständiger Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eingerichtet (§ 368o RVO).

3.2.1.3 Stärkung der Kassen in der Selbstverwaltung

Durch das KVKG wurde die Position der Kassen in der Selbstverwaltung gegenüber den Ärzten aufgewertet, so wurde

1. die Verhandlungsposition der Kassen in den Honorarverhandlungen gestärkt,
2. den Verbänden der Kassen die Beteiligung an den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zugestanden.

Die Position der Kassen bei der Festsetzung der Honorierung wurde gegenüber den Ärzten dadurch verbessert, dass die KVen nicht mehr mit der einzelnen Kasse, sondern mit dem jeweiligen Landesverband der Kassenart verhandelten (Behaghel 1994, 158). Die Gesamtvergütungen wurden also nur noch in Gesamtverträgen zwischen den einzelnen Landesverbänden und KVen abgeschlossen (§ 368g Abs. 1 und 2 RVO). Somit wurden Landesmantelverträge weitgehend überflüssig und entfielen sozialrechtlich, wohingegen die Bundesmantelverträge in ihrer Bedeutung stiegen. Außerdem wurden die Ersatzkassen ab diesem Zeitpunkt mehr und mehr in die RVO integriert, z.B. galt der neu eingeführte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)²⁴ für die Primärkassen wie auch die Ersatzkassen (§ 525c Abs. 2 RVO) (Behaghel 1994, 159; Perschke Hartmann 1994, 156). Durch das KVEG von 1981 wurde auch die Bundesknappschaft in den BAK und den EBM integriert.

Die gemeinsamen Empfehlungen der KAiG, an der auch die Ersatzkassen beteiligt waren, stellten ebenfalls einen Versuch dar, die Verhandlungspositionen der Kassenverbände zu vereinheitlichen. Dieser Zentralisierungsprozess auf der Seite der Finanzierungsträger beendete zwar nicht die bestehende asymmetrische Verhandlungsposition zwischen KVen und Kassen, zumal die Ärzte insbesondere die noch relativ autonomen Ersatzkassen gegenüber den anderen Kassenarten auszuspielen wussten (Gerlinger 1997a, 108), jedoch waren sie ein wichtiger Schritt des Staates bei der Reorganisation der Kollektivverhandlungen zu Lasten der Kassenärzte.²⁵

²⁴ Der Einheitliche Bewertungsmaßstab, welcher die ärztlichen Leistungen in ein starres Punktwertverhältnis setzt, wurde durch das KVKG eingeführt und ab 01.07.1978 wirksam. Er wurde durch den neu einzusetzenden Bewertungsausschuss ausgehandelt (§ 368i Abs. 8-10 RVO; § 87 SGB V) und war von nun an Bestandteil der Bundesmantelverträge (§ 368g Abs. 4 RVO; § 87 Abs. 1 SGB V).

²⁵ Dass diese Politik der Zentralisierung der Vertragsverhandlungen bei KVen, Landesregierungen aber auch Kassen nicht nur auf Gegenliebe stieß, zeigt der „Bayernvertrag“ vom 03.09.1979 der mehrmals verlängert wurde (Winterstein 1983). Hierbei handelt es sich um einen von der bayerischen Landesregierung unterstüt-

In die gleiche Richtung zielte die Beteiligung der Kassenverbände an den Prüfungsausschüssen, welche beim Vorliegen eines konkreten Verdachts auf Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 368e RVO; §§ 12 und 70 SGB V) ermittelten. Waren die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse bis zu diesem Zeitpunkt allein durch die KVen geführt worden und den Kassen lediglich zugestanden worden, einen Berater zu entsenden (alt: § 368n Abs. 4 RVO), wurden diese nun paritätisch besetzt (neu: § 368n Abs. 5 RVO; § 106 Abs. 4 SGB V).

3.2.1.4 Reaktion der Kassenärzte

Bereits im Vorfeld des Gesetzes hatten die Ärzteverbände der Bundesregierung und dem BMA mit Ärztestreiks gedroht (Rosewitz/Webber 1990, 262ff.). Auch nach der Verabschiedung des KVKG blieb ihre Haltung außerordentlich ablehnend. Die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion zur Höhe der Gesamtvergütung empfanden die Ärzte als unzumutbaren Eingriff in ihre Berufsautonomie.

Der Reform der verbandlichen Steuerung im Gesundheitswesen war aufgrund von Ausweichreaktionen der Ärzte keine nachhaltige Wirkung beschieden (Rosewitz/Webber 1990, 282ff.). Bereits 1979 verhinderten Ärztevertretungen und Kassenverbände Empfehlung der Konzentrierten Aktion, indem sie bereits vor deren Frühjahrssitzung ihre honorarpolitischen Verträge verabschiedeten. Dabei wurde die Einzelleistungsvergütung wieder hergestellt. Die Zuwächse der Ärztehonorare lagen 1980 und 1981 deutlich über dem Anstieg der Grundlohnsumme (BT 9/1300, 4; siehe Tabelle 1 im Anhang). Der Vorstand der KBV feierte diesen Coup als „verbandstrategische Meisterleistung“ (Rosewitz/Webber 1990, 283). Nachdem sich die Konzentrierte Aktion und auch die Spitzenverbände der Kassen als schwache Agenten der Kostendämpfungspolitik erwiesen hatten, mehrten sich die Rufe nach erneuten staatlichen Eingriffen in das Gesundheitswesen. Unter Androhung eines Gesundheitsreformgesetzes und einer gesetzlichen Kürzung des Gesamthonorars um 3 Mrd. DM seitens der Bundesregierung (Webber 1992, 236), stimmte die KBV 1981 dem Einfrieren der Gebührensätze in Kombination mit einer Fallwertbegrenzung für 1982 zu. Der Anstieg der ambulanten Behandlungskosten fiel 1982 unter den Zuwachs der Grundlohnsumme zurück (Rosewitz/Webber 1990, 282).

Die Kostendämpfungspolitik der sozial-liberalen Koalition hatte aufgezeigt, dass es mit einer freiwilligen Selbstbeschränkung der Ärzte nicht weit her war. Nachdem die Ärzte Empfeh-

zen Gesamtvertrag, in dem die Kassen den Ärzten eine ungedeckelte Gesamtvergütung nach Einzelleistungsvergütung zusicherten, wenn diese durch minimierte Verordnungen und Überweisungen die Gesamtausgaben der Kassen in allen Sektoren nur moderat ansteigen ließen. Diese Vereinbarung richtete sich insbesondere gegen die Bundesmantelverträge und die KAIG.

lungen der Konzertierten Aktion abwenden konnten, lenkten sie erst unter Androhung gesetzlicher Maßnahmen ein.

3.2.2 Der Regierungswechsel von 1983

Die Regierungsübernahme der konservativ-liberalen Koalition 1983 lies die Ärzte auf eine Besserung der politischen Rahmenbedingungen hoffen, hatte die Union doch wiederholt die Gesundheitspolitik der SPD als „sozialistisch“ kritisiert. Auch die ersten Forderungen nach mehr Wettbewerb in der GKV (Übersichten bieten: Pfaff 1986; Thiemeyer 1986; Döhler 1990, 434f.) fanden in den Konzepten von CDU und CSU zu diesem Zeitpunkt keine Resonanz (Döhler 1990, 405ff.). Vielmehr machte die Union mit ihrer ärztefreundlichen Haltung bewusst Wahlkampf und bei seinem Amtsantritt bekannte sich der neue Bundeskanzler ausdrücklich zur Selbstverwaltung (Kohl 1983, 62).

Nach dem Regierungswechsel beschloss die KBV eine weitere Nullrunde in den Honorarverhandlungen für 1983, um die ärztefreundlichen Kräfte in der neuen Regierungskoalition zu bestätigen. Diese Schönwetter-Politik der KBV gegenüber der Union war taktisch notwendig, da der klientelistische Einfluss auf die CDU, wie er zur Blankreform noch bestanden hatte, zu diesem Zeitpunkt der Vergangenheit angehörte (Döhler/Manow 1997, 42ff., 111). Der von den Ärzten erhoffte Politikwechsel erfolgte nicht. Vielmehr zeigte sich, dass beide Volksparteien auf die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik bestanden, denn auch die Union hielt die Drohkulisse einer gesetzlichen Festsetzung der Ärztehonorare bei mangelnder Selbstbescheidung der Ärzte aufrecht.

3.2.3 Das GRG

Nachdem durch das KVKG die Beitragssatzstabilität nicht sichergestellt wurde, sollte ein umfassendes Gesundheitsreformgesetz die angestrebte Dämpfung der Ausgaben bewirken. Es zeigte sich jedoch, dass es insbesondere den Kassenärzten gelang, nachhaltige Eingriffe in das Steuerungssystem abzuwenden.

3.2.3.1 Steuerungserfolge vor dem GRG

Nachdem 1984 die Ärztehonorare wieder angestiegen waren, kündigte Bundesarbeitsminister Norbert Blüm ein Gesundheitsreformgesetz an, welches auch den ambulanten Bereich betreffen würde (Webber 1989, 267; Perschke-Hartmann 1994, 50). Was die sozialliberale Koalition nicht erreicht hatte, bewirkte nun die bürgerliche Regierung. Nach Drohungen aus dem

BMA, die Beitragssätze gesetzlich festzuschreiben, trafen KBV und Kassenverbände 1985 eine Vereinbarung, die die Kopplung der ambulanten Vergütung an die Entwicklung der Grundlohnsumme zunächst für 1986 festschrieb und danach bis 1988 verlängerte (Rosewitz/Webber 1990, 285; Döhler 1990, 467). Der Anstieg der Ausgaben im ambulanten Bereich konnte dadurch vorübergehend unter den Zuwachs der Grundlohnsumme gesenkt werden. Erst in diesen Vereinbarungen ist eine Umsetzung des Konzepts des KVKG von 1977 zu erkennen, das Honorarvolumen an die Grundlohnsumme zu koppeln. Bis zu diesem Zeitpunkt war es der KBV gelungen, sich nicht auf die Grundlohnsumme verpflichten zu lassen, sondern die Höhe der Gesamtvergütung selbst auszuhandeln.

Der Kopplung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme hatte die KBV im Rahmen eines Tauschgeschäfts mit der Regierung zugestimmt. Im Gegenzug sollte die Niederlassung weiterer Kassenärzte stärker als bisher reglementiert werden (Döhler 1990, 458ff.; Perschke-Hartmann 1994, 64ff.).²⁶ Die steigende Zahl von Ärzten hatte aber zu einer Ausweitung der Leistungsmenge geführt. Unter den Bedingungen der Deckelung der Gesamtvergütung verringerte sich der monetäre Gegenwert eines Punktwertes und die Vergütung der einzelnen Leistung sank. Die Erwartungen der Niedergelassenen erfüllten sich jedoch nicht. Das Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19.12.1986 (BGBl. I S. 2593) trat zwar in Kraft, ist aber weitgehend wirkungslos geblieben. Dass keine wirksame Begrenzung der „Ärztenschwemme“ eingeführt wurde, war dem Widerstand des Marburger Bundes und den privaten Krankenversicherungen und nicht zuletzt der mangelnden Durchsetzungsfähigkeit der KBV selbst geschuldet (Döhler 1990, 459ff.). Aufgrund der Rechtsprechung wäre es an den betreffenden KVen selbst gewesen, dem Zulassungstopp zusätzliche Sparmaßnahmen zu Lasten der bereits niedergelassenen Ärzte voranzustellen, was die KBV gegenüber ihren Mitgliedern zu diesem Zeitpunkt nicht durchzusetzen vermochte. Dadurch ist es versäumt worden, sowohl die Ärzte vom fortschreitenden Punktwertverfall als auch die gesetzlichen Kassen von arztinduzierten Kosten zu entlasten. Die fortgesetzte Niederlassung der Ärzte und die wachsende Konkurrenz um den Anteil an der Gesamtvergütung sollte sich in den nächsten Jahren noch zu einem maßgeblichen Kostentreiber im ambulanten Bereich und einer steten Belastung der KBV-Führung auswachsen (Gerlinger 1997a).

Während der Verhandlungen zur Regulierung der Niederlassung, zeitgleich mit den Honorarverhandlungen des Jahres 1985, wurde eine Reform des EBM vorbereitet (Rosewitz/Webber

²⁶ Ferner wurde 1985 auf drängen der Kassenärzte durch den Bundesarbeitsminister der Sachverständigenrat der KAiG (SVRKaiG) eingerichtet. Von ihm erhofften sich die niedergelassenen Ärzte Unterstützung für ihre medizinischen Argumente gegen den Primat der Kostendämpfung in der Konzertierte Aktion (Perschke-Hartmann 1994, 50).

1990, 285; Perschke-Hartmann 1994, 74ff.). Ziel von Politik und Kassen war es, die kostenintensive Apparatemedizin abzuwerten und finanzielle Anreize für die „sprechende“ Medizin zu schaffen. Außerdem sollten pauschalisierte Vergütungsformen die Ärzte zu einem sparsameren Einsatz der diagnostischen und therapeutischen Leistungen veranlassen. Tatsächlich erreichten die Kassen mit der zum 01.10.1987 in Kraft tretenden Reform der Vergütungsordnung eine teilweise Neubewertung der ärztlichen Leistung in ihrem Sinne (Gerlinger 1997a, 99ff.). Die Kooperationsbereitschaft der KBV ist wohl mit öffentlichem Druck zur Kostensenkung und der Aussicht auf eine Beschränkung der Niederlassungen zu erklären (Rosewitz/Webber 1990, 285).

Obwohl die Regierung 1985 beschlossen hatte, mit Reformen im ambulanten Sektor bis nach den Wahlen 1987 zu warten (Döhler 1990, 470), musste die KBV bis dahin eine Reihe von Niederlagen vor ihren Mitgliedern verantworten. Das Scheitern der Regulierung der Niederlassungen 1986, die Zugeständnisse der KBV bei der EBM-Reform 1987, sowie die Anbindung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme bis 1988 setzten die Verbandsführung gegenüber ihren Mitgliedern erheblicher Kritik aus. Die Ärzte sahen sich in der Kostendämpfungspolitik jetzt in der Vorleistung (Döhler 1990, 472). Zwar stand der Vorstand nun gegenüber den Mitgliedern unter erheblichem Druck, jedoch war durch die Zugeständnisse zumindest das Verhältnis zu Arbeitsminister Blüm wesentlich entspannt worden (Webber 1989, 271; Rosewitz/Webber 1990, 286).

Dem von Bundeskanzler Kohl nach der gewonnenen Wahl von 1987 angekündigten Gesetzentwurf für eine „umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen“ (Kohl 1987, 59f.) konnten die Kassenärzte folglich relativ gelassen entgegensehen, zumal der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion den ambulanten Sektor in seinem Gutachten von 1987 ausgespart hatte und die Bundesregierung bereits hatte durchblicken lassen, dass sie keine Reform gegen die Ärzteschaft plane (Döhler 1990, 475ff.). Während der Hartmannbund eine Kampagne gegen die vorgesehenen Maßnahmen, z.B. bezüglich verschärfter Wirtschaftlichkeitsprüfungen, startete, beließ es die KBV weitgehend bei Gesprächsdiplomatie, insbesondere mit der FDP und der CSU (Wanek 1994, 362ff.).

3.2.3.2 Das GRG von 1988

Tatsächlich blieben die Kassenärzte von weiteren Zumutungen durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 verschont. Dies lag aber nicht nur an den „Vorleistungen“ der Ärzte zur Gesundheitsreform, sondern insbesondere daran, dass Bundesarbeitsminister Blüm die Konfrontation mit den Ärzten vermied, um die im stationären Sektor und im Arzneimittelbe-

reich vorgesehenen Maßnahmen, sowie die Einführung von Pflegeleistungen für Schwerpflegebedürftige (§§ 53-57 SGB V) nicht zu gefährden (Webber 1989, 273ff.). Der Einfluss der Ärzte bei FDP und CSU verwässerte die bereits im Gesetzentwurf (BT 11/2237) zurückhaltend formulierten Maßnahmen von Blüm, DGB und Arbeitgebern weiter. Zwar wurden die vorgesehenen Maßnahmen zur Intensivierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 SGB V), zur weiteren Vereinheitlichung des Vertragsrechts zwischen den Kassenarten und zur Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Behandlung (§§ 115 und 116 SGB V) implementiert, ihre Wirkung blieb allerdings gering (Webber 1989; Rosewitz/Webber 1990; Wanek 1994, 362ff.).

Immerhin wurden die Kompetenzen des BAK erweitert (Döhler/Manow-Borgwardt 1992b, 585ff.; Urban 2001, 22ff.). So wurden seine Befugnisse zur Beurteilung des medizinischen Nutzens neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren konkretisiert und auf die Ersatzkassen ausgedehnt (§ 135 Abs. 1 SGB V). Der BAK hatte Gruppen von Arzneimitteln zu bilden (§ 35 Abs. 1 SGB V), für die die Spitzenverbände der Krankenkassen Festbeträge festsetzen sollten (§ 35 Abs. 3 SGB V) (Manow-Borgwardt 1992). Die Verbindlichkeit der Verträge der KBV sowie deren Richtlinien für die Vertragsärzte musste durch die Satzung der Vereinigungen vorgeschrieben werden (§ 81 Abs. 3 SGB V). Gleiches gilt für die Kassenverbände (§ 210 Abs. 2 SGB V). Die Ersatzkassen waren nunmehr in den Regelungsbereich des BAK integriert.

Das GRG stellt eine Fortsetzung der Kostendämpfungspolitik auf Basis der Selbstverwaltung dar. Ernsthafte politische Absichten, das Vergütungssystem zu liberalisieren, indem das Vertretungsmonopol der KVen gelockert würde, bestanden im Arbeitsministerium zu keinem Zeitpunkt (Webber 1989, 270; Döhler 1990, 479 ff.). Die Bundesregierung erachtete die Kollektivverhandlungen weiterhin als das wesentliche Steuerungselement im ambulanten Sektor. Die FDP verzichtete zugunsten ihrer Klientel auf eine Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen KVen und Kassen (Webber 1992, 242f.). Insgesamt fanden im GRG weder das Ordnungsprinzip Staat noch Wettbewerb eine wesentliche Aufwertung (Perschke-Hartmann 1994, 49, 60).

3.2.3.3 Reaktion der Kassenärzte

Dass der Staat Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre zu wenig Druck auf die KBV ausübte, zeigen die Reaktionen der Ärzte auf das in ihrem Sinne günstige GRG. Da diese glaubten, ihren Beitrag zur Kostendämpfung Ende der achtziger Jahre abgeleistet zu haben, postulierte die KBV die Einzelleistungsvergütung wieder als ihr Hauptziel (Rosewitz/Webber

1990, 286f.). Angefacht wurde diese Zielformulierung durch den Hartmannbund, dem zu diesem Zeitpunkt vier der sechs KBV-Vorstände angehörten (Wanek 1994, 392). Es gelang in den Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Kassen einige Leistungen, wie ambulante Operationen, Leistungen zur Früherkennung und Hausbesuche, aus der gedeckelten Grundvergütung herauszulösen und einzeln vergüten zu lassen (Gerlinger 1997a, 104f.). Für die Jahre 1990 bis 1992 kehrten KVen und Kassenverbände wieder zur Bemessung der Gesamtvergütung nach der Menge der Einzelleistungen ohne Anbindung an die Grundlohnsumme zurück (Gerlinger 1997a, 106). Die Folge war ein Anstieg des Honorarvolumens der 1991 und 1992 deutlich über dem Zuwachs der Grundlohnsumme lag (siehe Tabelle 2 im Anhang).

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 kann diese (primär) korporatistische Phase der Kostendämpfungspolitik als beendet angesehen werden. Spätestens nachdem die Ärzte die Gesamtvergütung über den Zuwachs der Grundlohnsumme hinaus anhoben, unter weitgehender Ignorierung der KAiG und Ausnutzung der strukturellen Benachteiligung der Kassen in den Honorarverhandlungen, waren die Beharrungskräfte der korporatistischen Strukturen gegenüber der staatlichen Globalsteuerung ersichtlich geworden. In den so genannten „Lahnsteiner Verhandlungen“ verabschiedete die konservativ-liberale Koalition gemeinsam mit der SPD ein Maßnahmenpaket, das unter anderem die Budgetierung der Ausgaben für den ambulanten Sektor einführte. Gleichwohl Seehofer die Eingriffe mit der Untätigkeit der Selbstverwaltung rechtfertigte und den Vorwurf der Staatsmedizin zurückwies (Seehofer 1992b), ist hierin doch die schon häufig angedrohte Anwendung der Ersatzvornahme zu sehen, zumal die Budgetierung immerhin bis 1997 aufrecht erhalten wurde.

Viele Beobachter betrachteten das GSG als eine Zäsur in der Gesundheitspolitik. Erste Reaktionen sahen in den gemeinsamen Beratungen von CDU/CSU, FDP und SPD eine Überwindung der langjährigen parteipolitischen Grabenkämpfe und die Marginalisierung von Lobbyinteressen (Reiners 1993; Perschke-Hartmann 1994; Wanek 1994; Lauer-Kirschbaum 1994, 235). Tatsächlich war der Hartmannbund aus den Verhandlungen weitgehend ausgeschlossen gewesen (Hartmannbund 1993) und die KBV konnte die sektorale Budgetierung nicht abwenden (Perschke-Hartmann 1994, 262f.). Zwar relativiert die weitere Entwicklung in den neunziger Jahren den ersten Eindruck, dass Reformblockaden endgültig durchbrochen wurden,²⁷

²⁷ Die ersten etwas euphorischen Reaktionen auf das GSG, welche den Gesetzgeber schon gegenüber interessenpolitischer Einflussnahme immunisiert sahen, erwiesen sich mit Blick auf die Politikergebnisse der folgenden Jahre als voreilig. Das Wachstum der Gesamtvergütung an den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen zu koppeln, verhinderte ein schnelleres Wachstum der Ausgaben für den ambulanten Sektor nicht (Tabelle 1 und 2 im Anhang). Für 1995 bewilligte Seehofer den Kassenärzten sogar eine Aufstockung der Gesamtvergütung um 840 Millionen DM, um diese für eine Reform des EBM zu entschädigen (Gerlinger

jedoch scheint es gerechtfertigt, von einem seit dem GSG veränderten Verhältnis zwischen Staat und korporatistischen Akteuren zu sprechen (siehe Abschnitt 5).

3.3 Bilanz der korporatistischen Strategie der Kostendämpfung

Der gesundheitspolitische Ansatz des Staates, seine Ziele in der Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung des Vorranges der Selbstverwaltung und unter Einbindung der Verbände zu erreichen, wird rückblickend überwiegend kritisch gesehen. Im Mittelpunkt der Aufarbeitung steht das GRG. Erstens ist das GRG Ausdruck des Eingeständnisses, dass die Ziele auf dem 1977 eingeschlagenen Weg nicht zu erreichen waren. Zweitens gilt dieser Versuch, das institutionelle Gefüge per Gesetz nachzujustieren, als gescheitert.

An dieser Stelle soll nicht die zahlreiche Literatur aufgearbeitet werden, die das Scheitern der korporatistischen Strategie sowie des GRG am Ausbleiben von „Strukturreformen“ festmacht. Dafür sind die Vorstellungen davon, was als angemessene Strukturreform anzusehen ist, zu disparat bzw. diffus.²⁸ Ebenso wenig kann hier für die Beurteilung staatlicher Steuerungsfähigkeit ein „vorpolitisches“ Konzept für die Performanz von Gesundheitssystemen als Maßstab zugrunde gelegt werden. Erstens besteht in der Wissenschaft kein Konsens über die Performanzkriterien (Arah et al. 2003; Beske et al. 2004). Zweitens übersteigt die notwendig umfangreiche statistische Auswertung die Möglichkeiten dieser Arbeit. Es kann an dieser Stelle die Steuerungsfähigkeit des Staates nur auf Basis seiner politisch formulierten Ziele beurteilt werden. Am Ende der Arbeit soll der Zusammenhang zwischen korporatistischer Steuerung und Performanz aber noch einmal hergestellt werden (Abschnitt 6.2).

Der Gesetzgeber verfolgte im Rahmen der korporatistischen Gesundheitspolitik seit dem KVKG von 1977 zwei zentrale Ziele:

1. Kostendämpfung zur Sicherstellung der Beitragssatzstabilität und
2. die Delegation der Kostendämpfung an die Selbstverwaltung.²⁹

1997a, 226). Schließlich wurden in der dritten Stufe der Gesundheitsreform von 1996 einseitig die Patienten durch eine Privatisierung von Kosten belastet, ohne dass kassenärztliche Besitzstände berührt wurden.

²⁸ Die These vom „Immobilismus“ misst die Qualität von Gesundheitsreformen allein an der Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen. Es fehlt solchen Betrachtungsweisen die Berücksichtigung des Outputs des Gesundheitssystems, also die performanzorientierte Wirkungsanalyse, denn es werden keine versorgungspolitischen oder funktionalistischen Maßstäbe angelegt. Oftmals liegt das simple ökonomische Paradigma zugrunde, dass das System der Kollektivverhandlungen als Anbieterkartell der Ärzte anzusehen ist und Wettbewerb behindere. Die Beseitigung dieser ärztlichen Privilegierung durch die Politik gilt manchen Beobachtern folglich als Indikator für Strukturreformen. Herder-Dorneich stellt mit Blick auf die Reformdebatte fest: „Die Marktökonomik ist inzwischen so weit internalisiert worden, dass sie die wenigsten mehr für Theorie, sondern als eine Beschreibung der Wirklichkeit ansehen“ (Herder-Dorneich 1999, 42).

²⁹ In Anlehnung an die Unterscheidung von *Korporatismus* als staatliches Handeln unter Beteiligung von Verbänden einerseits und *Selbstverwaltung* als prozedurale Steuerung der relativ autonomen Selbstregulierung

3.3.1 Das Ziel der Kostendämpfung

Das dominierende Ziel der Gesundheitspolitik seit dem KVKG war die Herstellung der Beitragssatzstabilität. Die entsprechenden Maßnahmen richteten sich primär auf eine Reduzierung der Ausgaben. Im ambulanten Bereich ist die Begrenzung des Ausgabenanstiegs lediglich zeitweise gelungen.

3.3.1.1 These vom Scheitern

Jene Beobachter, die insgesamt die Eindämmung der Ausgaben durch den Staat als missglückt bzw. unzureichend ansehen, sehen die Hauptursache hierfür primär in der Lobbymacht der Ärzteverbände, wobei das korporatistische Steuerungssystem als wesentlicher Faktor für deren politischen Einfluss angesehen wird (z.B. Webber 1988; Rosewitz/Webber 1990). Diese Handlungsrestriktionen verhinderten Maßnahmen des Staates wie beispielsweise eine gesetzliche Festsetzung der Gesamtvergütung, Mengengrenzungen bzw. konsequentere Abwertungen einzelner Leistungen im EBM oder Modifikationen im System der Honorarverhandlungen. Die Ärzteverbände, insbesondere die KBV, werden hier als einflussreiche „pressure group“ angesehen, welche ihren Einfluss auf die Politik zur Wahrung ihrer spezifischen Interessen erfolgreich geltend machen konnte. Als Adressaten kassenärztlicher Interessenpolitik werden dabei vorwiegend die Parteien gesehen.

Nach Einschätzung von Rosewitz und Webber habe vor allem die FDP die Reforminitiativen der Regierungen abgeschwächt oder verhindert (Webber 1988, 197ff.; Rosewitz/Webber 1990, 301ff.; Reiners 1993, 24). Möglich war dies durch die Stellung der Liberalen als Mehrheitsbeschaffer in den Regierungskoalitionen. Neben Regierungskoalitionen gilt auch der Föderalismus als Ansatzpunkt für Verbandsinteressen, indem Mehrheiten im Bundesrat zur Reformblockade genutzt werden. So blockierten CDU und CSU einige Vorhaben, welche auf Betreiben der SPD in der sozialliberalen Koalition beschlossen worden waren, mittels ihrer Mehrheit im Bundesrat (Rosewitz/Webber 1990, 306ff.). Auch im Vorfeld des GRG gelang es der KBV, gegen Gesetzentwürfe des BMA zu intervenieren. Eine Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen konnte sie insbesondere durch ihren Einfluss auf die FDP, aber auch auf die CSU abwenden (Perschke-Hartmann 1994, 141f.). Korporatistische Strukturen gelten hierbei als wesentliche Ursache für den hohen Einfluss der Verbände auf die Politik.

Drei Argumente finden sich hierzu in der Literatur:

eines Verbandesystems durch den Staat andererseits (Mayntz 1997, 216). Zum Begriff der Selbstverwaltung vgl. auch Alber 1992, 157.

1. Die zentrale Stellung der KBV in der Selbstverwaltung ermöglichte die Institutionalisierung der politisch einflussreichen Ärztelobby.
2. Die im Sozialrecht enthaltene Autonomie der Selbstverwaltung gegenüber staatlichen Weisungen ermöglichte lediglich mittelbare Steuerung durch den Staat.
3. Der politische Einfluss der korporatistischen Akteure und die Abhängigkeit des Staates von Ressourcen der Selbstverwaltung ermöglichten die Blockade bzw. Abschwächung der vom Staat erteilten Reformenaufträge in der Mesoebene des Steuerungssystems.

Ohne ihre zentrale Stellung im Steuerungssystem des ambulanten Sektors hätten die Ärzte keine derart politisch einflussreiche Interessenvertretung ausbilden können. Durch die Steuerungskompetenzen, welche der Gesetzgeber den KVen zubilligte, war es gelungen, materielle und informationelle Ressourcen sowie soziales Renommee anzuhäufen. Die Politik war lange Zeit auf die Fachkompetenz der Ärztevertreter angewiesen und fürchtete gleichzeitig den Einfluss der Ärzte auf das Wahlverhalten ihrer Patienten (z.B. Wanek 1994; Döhler/Manow 1997). Durch dieses Arsenal an interorganisatorisch relevanten Ressourcen gewannen die Kassenärzte auf politischer Ebene Einfluss und Autonomie. Ermöglicht wurde dieser Erfolg auch durch intraorganisatorische Ressourcen, insbesondere die Zwangsmitgliedschaft der niedergelassenen Ärzte aufgrund des Zulassungsmonopols der KVen zur vertragsärztlichen Versorgung (Rosewitz/Webber 1990, 311).

Ogleich der Staat als Gesetzgeber die Rahmenbedingungen gesundheitspolitischer Steuerung bestimmt (Rosenbrock/Gerlinger 2004, 16ff.), sind im Sozialrecht Bereiche geschaffen worden, in denen die Wirksamkeit seiner Steuerungsinstrumente herabgesetzt ist. Ersatzvornahme und Genehmigungsvorbehalt durch Bundes- und Landesministerien wie auch Behörden sind in jenen Bereichen der Autonomie der Selbstverwaltung nachgeordnet, in denen keine Fachaufsicht, sondern nur noch eine Rechtsaufsicht besteht. Hier ist der Staat auf die Überwachung der Einhaltung der verfahrensrechtlichen Vorschriften beschränkt und kann die Zweckmäßigkeit z.B. der Ergebnisse der Kollektivverhandlungen nicht in Frage stellen. Eine Ablehnung z.B. der Honorarverträge im Sinne der Kostendämpfung ist in dem Maße rechtlich anfechtbar, wie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im SGB den Verbänden juristisch legitime Ausweichreaktionen durch Auslegung einräumt. Politische Steuerung wird dadurch erschwert, dass die Präjudizierung von Entscheidungen in der Selbstverwaltung durch gesetzliche Grundsätze, wie dem Wirtschaftlichkeitsgebot, lediglich mittelbar zu steuern ist. Bei den öffentlich-rechtlichen Institutionen der Selbstverwaltung handelt es sich daher im Gegensatz

zu Behörden um eine *mittelbare* Staatsverwaltung. Da es sich bei den Ärzten um Grundrechtsträger handelt (z.B. Berufsfreiheit), ist zudem das Verfassungsrecht zu beachten.

Das Zusammentreffen von Organisationsfähigkeit und politischem Einfluss einerseits und gesetzlich geschützter Autonomie gegenüber dem Staat andererseits ermöglichte es den kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber staatlichen Ansprüchen zu opponieren und Weisungen auszuweichen. Statt hierarchisch zu Steuern verhandelte der Staat mit den Verbänden (Perschke-Hartmann 1994, 43). Da er zur Umsetzung von Reformen sowohl auf das bürokratische Instrumentarium und die Fachkompetenz der Selbstverwaltung als auch deren Einverständnis angewiesen war, geriet der Staat im korporatistischen System in Abhängigkeit von den Verbänden (vgl. Döhler 1990, 498). So scheiterte der Versuch, die an den Honorarverhandlungen beteiligten Verbände im Rahmen der Globalsteuerung mit der Konkretisierung und Umsetzung von Kostendämpfungsmaßnahmen zu beauftragen, da der Staat nicht über ausreichend Einfluss auf die KBV verfügte, der Gemeinwohlbindung in den Entscheidungsprozessen der KVen mehr Gewicht zu verleihen. Als Beispiel hierfür kann die Reform des EBM von 1987 gelten, welche die KBV nur in abgeschwächter Form und im Tausch gegen eine gesetzliche Regelung der Niederlassung umsetzte (Perschke-Hartmann 1994, 64ff.; Webber 1992, 225). Eine Reform des Vergütungssystems, welche eine Vernetzung von ambulanten und stationärem Sektor ermöglichen soll, verweigerte die KBV bis heute beharrlich (vgl. Rosewitz/Webber 1990, 31ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2004, 228).

Aufgrund dieser Beobachtungen ergeht in der Literatur weithin das Urteil, dass korporatistische Strukturen den Staat zwar von der Feinsteuerung des Gesundheitssystems entlasteten, dabei jedoch nicht seine Steuerungsfähigkeit erhöhten. Im Konflikt um die Umsetzung der Kostendämpfung zeigt sich, dass die Ärzteverbände über ausreichend Ressourcen verfügten, um Interventionen des Staates gegen ihre Interessen zu verhindern oder wesentlich abzumildern. Einmal verhinderte die zur Kostendämpfung notwendige materielle Schlechterstellung der Ärzte einen Verhandlungsstil im Sinne der Problemlösung zu allseitigem Vorteil oder des „bargaining“ unter Zuhilfenahme von Entschädigungen für die Ärzte. Zum anderen verfügte der Staat als Teilnehmer nicht über die nötigen Machtressourcen, sein angestrebtes Ziel konfrontativ durchzusetzen (vgl. Scharpf 1991, 626). Die letzte verbliebene Option war also die „negative Koordination“, welche die Verhandlungsergebnisse auf das allseits als konsensfähig anzusehende Maß beschränkte, was hernach gleichsam allseits als unbefriedigend kritisiert wurde.

3.3.1.2 These vom partiellen Gelingen

Nicht alle Experten teilen die Auffassung, dass die korporatistische Strategie der Kostendämpfung vollständig gescheitert ist. Rosewitz und Webber stellen fest, dass die korporatistische Steuerung des ambulanten Sektors zwar Strukturreformen verhinderte, jedoch gleichzeitig einen, im Vergleich mit den anderen Sektoren und auch mit anderen Staaten, geringen Ausgabenanstieg bewirkt hatte (Rosewitz/Webber 1990, 318f.). Wanek weist sogar einen Realeinkommensverlust bei den niedergelassenen Ärzten für den Zeitraum von 1979 bis 1987 nach (Wanek 1994, 290ff.). Folglich sei aufgrund der honorarpolitischen Selbstbeschränkung die Verpflichtungsfähigkeit der KBV und der Kassenärzte auf das staatlich definierte Gemeinwohl zumindest prinzipiell unter Beweis gestellt worden (Webber 1992).

Insgesamt kann als unbestritten gelten, dass die Vermittlung der Reformen durch die korporatistischen Strukturen zu erheblichen Übertragungsverlusten führte. Dabei waren die finanziellen Zugeständnisse der Ärzte nur unter erheblichem staatlichen Druck zustande gekommen.

3.3.2 Das Ziel der Delegation der Kostendämpfung an die Selbstverwaltung

Obgleich die Umsetzung der Kostendämpfung durch das korporatistische Steuerungssystem von Beginn an auf Beharrungskräfte der Akteure stieß, verzichtete der Staat auf die Übernahme von Regulierungskompetenzen. Die Priorität der Kostendämpfung war nicht so hoch, dass man bereit gewesen wäre, die legitimatorischen Kosten einer Beschädigung der Selbstverwaltung auf sich zu nehmen. Nicht nur die zu erwartenden Proteste der Verbände wirkten abschreckend, es funktionierte trotz der Schwierigkeiten bei den Reformen noch das korporatistische Prinzip der Staatsentlastung. Die Entlastung von der operativen Steuerung schien unter den Bedingungen der Kostendämpfung besonders attraktiv, denn verglichen mit dem Ausbau des Gesundheitssystems in den fünfziger und sechziger Jahren waren die ab den siebziger Jahren als notwendig erachteten Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung politisch wesentlich heikler. Einmal war durch den Widerstand der Leistungserbringer das Risiko des Scheiterns staatlicher Regulierung erhöht. Zum anderen waren rationierende Maßnahmen des Staates vor dem Hintergrund der Versorgungsansprüche der Bevölkerung mit hohen politischen Kosten verbunden. Das Interesse der Bundesregierung musste folglich darin liegen, das Ziel der Beitragsatzstabilität zu erreichen, ohne für unpopuläre Maßnahmen verantwortlich gemacht zu werden. Dies erschien möglich, durch eine Delegation entsprechender Maßnahmen an die Akteure der Selbstverwaltung.

Dass die sozial-liberale Koalition 1977 mit der Konzertierung eine für die Verbände besonders autonomieschonende Strategie einschlug, war dem Drängen von CDU und FDP geschul-

det, welche sich Positionen der Kassenärzte zu eigen machten. Dass die CDU-Opposition die Bundesregierung von legitimatorischen Kosten entlasten wollte erscheint zunächst unlogisch, jedoch konnte sie sich dadurch bei den Leistungserbringern profilieren. Nach dem Regierungswechsel 1983 nutzte Arbeitsminister Blüm die KAiG als äußeres Zeichen, um den subsidiären Charakter des sozialpolitischen Ansatzes der Union zu dokumentieren. Abgesehen von kurzfristig rationalen Erwägungen der Politik zur Gründung der KAiG, mögen positive Erfahrungen mit den ersten Jahren der Konzertierte Aktion in der Wirtschaftspolitik die Hoffnung auf eine zumindest befristete Besserung der Problemlage genährt haben. Eine Aufstellung der zu erfüllenden Voraussetzungen zeigt jedoch, dass das Konzept der Konzertierung im Gesundheitswesen selbst für kurzfristige Arrangements sehr voraussetzungsreich ist. Erforderlich war

- die Verabschiedung kostendämpfender Handlungsleitlinien auf der Ebene der KAiG,
- die Konkretisierung der Maßnahmen durch die Verbände der Leistungserbringer und Finanzierungsträger auf der Bundesebene,
- die vertragliche Vereinbarung von Maßnahmen in den KV-Bezirken, z.B. im Rahmen der Honorarverhandlungen und
- die Beachtung der Vorgaben durch den einzelnen Leistungserbringer.

3.3.2.1 These vom Scheitern

Der Versuch die Kostendämpfung den Verbänden zu überantworten scheiterte bereits an der Verabredung allgemeiner Handlungsleitlinien in der KAiG. Zwei strukturelle Schwächen macht die Literatur hierfür verantwortlich:

1. den Zwang zur Konsensfindung und
2. fehlendes Sanktionspotenzial.

Der von der Bundesregierung an die KAiG erteilte Auftrag, Leitlinien zur Kostendämpfung zu beschließen, was im ambulanten Bereich offenkundig auf finanzielle Einsparungen bei der Ärzteschaft zielte, mag die Kassenärzte vor allem im Vorfeld beunruhigt haben. Die schließlich gewählte Form des Gremiums räumte den Teilnehmern de facto ein Vetorecht ein, da Empfehlungen der KAiG nur im Konsens der Beteiligten verabschiedet werden konnten (Wiesenthal 1981, 87ff.). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Krankenhausgesellschaften und die Pharmaindustrie demonstrierten von Beginn an, Wille und Fähigkeit die Vereinbarungen platzen zu lassen, wenn die Ergebnisse zu nachteilig auszufallen drohten (Herder-Dorneich 1982a, 392ff.). Die KBV selbst schloss für 1978 noch eine Vereinbarung

mit den Kassen, ging aber bereits für 1979 eine separate Vereinbarung mit den Ersatzkassen ein, welche keine Mengengrenzung mehr enthielt (Wiesenthal 1981, 91; Herder-Dorneich 1982a, 393). Nach wechselseitigen Austrittsdrohungen von RVO-Kassen und KBV kam es für 1980 nur noch zu Vereinbarungen zwischen der KBV und jeweils den Ersatz- und RVO-Kassen im Vorfeld der KAiG-Sitzungen. Beide Kassenarten sahen von Mengengrenzungen ab. Empfehlungen im Rahmen der KAiG waren obsolet geworden. Die Rückkehr zum Bilateralismus gelang den Kassenärzten problemlos, da sich das „moral suasion“ der übrigen Teilnehmer in Grenzen hielt und nicht zuletzt, weil Bundesarbeitsminister Ehrenberg durch Konflikte mit den Zahnärzten, der Pharmaindustrie und den Vertretern der Krankenhäuser gebunden war. Ohnehin sollten die Empfehlungen zur Höhe der Gesamtvergütung nur verabschiedet werden, wenn KBV und Kassen vorher keine Einigung erzielten.

Selbst wenn die von der Politik erwünschten Empfehlungen verabschiedet worden wären, verfügte die KAiG über keinerlei Instrumentarium, die Teilnehmer auf die Einhaltung der Beschlüsse zu verpflichten (Smigielski 1980; Wiesenthal 1981, 124ff.). Darüber hinaus resultierte aus den Empfehlungen zur Höhe der ambulanten Gesamtvergütung keine rechtliche Bindung für die Honorarverhandlungen in den KV-Bezirken, denn gegenüber den einzelnen KVn bestand seitens der Bundesvereinigung keinerlei Weisungsbefugnis (Webber 1992, 249).

Während die Teilnehmer der Konzertierung wenig Druck aufeinander ausüben konnten, setzte die öffentliche Beachtung der Gespräche die Interessenvertreter ihrerseits unter den Erwartungsdruck ihrer Mandanten. Insbesondere die ärztlichen Vereinigungen konnten es sich angesichts der alarmierten Mitglieder nicht erlauben, sich von den übrigen Teilnehmern über den Tisch ziehen zu lassen. Hieraus erklärt sich die Orientierung der Interessenvertreter an kurzfristigen Erfolgen. Tauschgeschäfte mit Kompensationen auf lange Frist waren unmöglich. Außerdem akzeptierte keiner der Beteiligten eine nachhaltige Schwächung seiner Verhandlungsposition, z.B. durch eine Änderung im institutionellen Gefüge (Rosewitz/Webber 1990, 310). Statt sich selbst zu entmachten, ging die KBV moderate finanzielle Zugeständnisse ein und bewahrte bis 1992 relativ erfolgreich ihre institutionellen Besitzstände.

Es schienen sich zwei Kritikpunkte zu bestätigen, die im Zusammenhang mit Konzertierten Aktionen immer wieder genannt werden:

1. Konsens lässt sich nur herstellen, wenn der Problemdruck extrem ist (Krisenbewältigung; These von der Kontingenz).

2. Zugeständnisse der Akteure setzen Kompensationen voraus, wobei deren Kosten bevorzugt auf schwächere Teilnehmer oder auf an den Verhandlungen nicht beteiligte Akteure verlagert werden (Externalisierung der Kosten).

Betrachtet man das Wirken der KAiG, scheint der Problemdruck, bzw. dessen Vermittlung durch den Staat, die Gewerkschaften und die Arbeitgeber, nicht ausgereicht zu haben, Konsens über die Umsetzung der Kostendämpfung herzustellen. Dass einer der Beteiligten wesentliche Kosten in Form des Verlustes institutioneller Besitzstände zu tragen gehabt hätte, ist nicht zu erkennen (Wanek 1994, 392; vgl. Henke 1988, 128ff.). Die Privatisierung von Behandlungskosten deutet darauf hin, dass Kosten externalisiert wurden. Dahingestellt, ob diese Kritikpunkte nun typisch für Gremien der Konzertierung sind, oder charakteristisch für die korporatistische Einbindung von Verbänden in politische Steuerung im Allgemeinen, finden diese Thesen nach Auffassung vieler Autoren gerade in der KAiG ihre Bestätigung.

Schlussendlich gelang die Delegation der Kostendämpfung an die Verbände nicht. Die KAiG war weder Willens noch in der Lage, den Druck auf die KBV zu erhöhen. Auf der Frühjahrsitzung 1985 gaben die beteiligten Verbände zu Protokoll, sie seien „mit ihrem Latein am Ende“ (Perschke-Hartmann 1994, 52). Nachdem die KAiG in der folgenden Herbstsitzung ein Thesenpapier Blüms mit zehn Grundsätzen für ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept in einer gemeinsamen Resolution als unausgewogen ablehnte (Perschke-Hartmann 1994, 51), war der Ball an den Gesetzgeber zurück gespielt.

Da auf der Bundesebene keine Reformkonzepte entwickelt wurden, konnte schließlich eine Implementation der Kostendämpfung auf der Ebene der KV-Bezirke nicht zustande kommen. Einmal bedürfen die meisten Maßnahmen, wie z.B. eine Änderung des EBM, des bundeseinheitlichen Vorgehens. Zum anderen ist auch in den regionalen Kollektivverhandlungen Konsensbildung die Voraussetzung für Reformen (Gäfgen 1988, 79ff.), wodurch Leitlinien der Bundesebene unbedingt erforderlich gewesen wären.

3.3.2.2 These vom partiellen Gelingen

Auch wenn sich die Thesen des Immobilismus (keine Änderung des institutionellen Gefüges), der Kontingenz (kein Konsens ohne Krise) und der Externalisierung der Kosten (Privatisierung der Kosten) zu bestätigen schienen, geben Teilerfolge Anlass zur Frage, ob ein dauerhaft stabiles Verhandlungssystem mit einer für den Staat günstigen Möglichkeit der Präjudizierung der Ergebnisse nicht doch hätte errichtet werden können.

Die vergleichsweise positive Bewertung der Rolle der KBV im Rahmen der Kostendämpfung bis 1988 veranlasste Rosewitz und Webber zu der Folgerung, dass die korporatistischen Strukturen im ambulanten Sektor durchaus über Krisenbewältigungsfähigkeit verfügen (Rosewitz/Webber 1990, 318). Die Steuerungsfähigkeit des Staates basiert allerdings auf der Funktionsfähigkeit von Tauschgeschäften mit der KBV. Lehbruch sieht mit Blick auf die KAiG den Typus des Abtausches von Leistungen Zug um Zug. Bei diesem „barter exchange“ bedarf es ständiger wechselseitiger Kompensation von Nachteilen. Um Asymmetrie zwischen den Verhandlungspartnern auszugleichen, ist außerdem ein aktives Eingreifen des Staates durch positive und negative Sanktionen erforderlich. Lehbruch sieht an dieser Stelle einen entscheidenden Nachteil der KAiG darin, dass sie weitgehend auf den Gesundheitssektor beschränkt blieb und Tauschgeschäften dadurch enge Grenzen gesetzt blieben (Lehbruch 1988, 31).

Diesen Sichtweisen von Gesundheitspolitik als Tauschbörse zwischen Staat und Selbstverwaltung ist das Problem gemeinsam, dass der Staat auf diesem Wege keine echte Delegation der Steuerung an die Selbstverwaltung erreicht, sondern ihm durch die notwendigen positiven und negativen Sanktionen gegen die Teilnehmer erhebliche Kosten entstehen. Dass die Kosten dieser Tauschgeschäfte aufgrund des wachsenden Problemdrucks und der sinkenden öffentlichen Unterstützung für ärztliche Argumente sinken würden (Rosewitz/Webber 1990, 311), ist zunächst eine sehr optimistische Annahme. Bei genauer Betrachtung der Situation erscheint diese skizzierte Möglichkeit des Staates, sich auf einen Handel mit den Ärzten einzulassen, nicht gegeben. Der Staat konnte keine nichtfinanziellen positiven Anreize anbieten, da die Ärzte bereits über Berufsautonomie, Steuerungskompetenzen, Prestige etc. verfügten. Finanzielle Anreize verbot sich aufgrund des Ziels der Kostendämpfung. Die Androhung negativer Sanktionen rief auf Dauer legitimatorisch teure Konflikte hervor. In ihrer damaligen Form jedenfalls bewirkten die Selbstverwaltung und die KAiG weder die vom Staat gewünschte Steuerungswirkung, noch war die Minimierung politischer Kosten und Risiken gewährleistet.

4 These vom unvollendeten Korporatismus

Die von Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften als verbesserungsbedürftig eingeschätzte Performanz des deutschen Gesundheitssystems und die geringe Wirkung staatlicher Steuerung werden bis heute auf Reformblockaden insbesondere der Kassenärzte zurückgeführt (z.B. Gäfgen 1988; Bandelow 1998; Glaeske et al. 2001, 9f.; Oberender/Fleischmann 2002). Zu beklagen, dass Verbände sich selbst in Gremien der Konzertierung weiterhin von Partialinteressen leiten lassen (z.B. Bandelow 2003), eröffnet aber keine Optionen für die

Reform des Steuerungssystems. Vielmehr bedarf es der differenzierten Analyse der Ursachen von Reformblockaden, um die bestehenden und die durch Modifikationen im Steuerungssystem erreichbaren Potenziale staatlicher Steuerung zu identifizieren. Dabei stellt sich die Frage, ob korporatistische Arrangements durch die Absenkung der materiellen Kosten und politischen Risiken staatlicher Steuerung, dessen Steuerungsfähigkeit erhöhen können. Im deutschen Gesundheitssystem sind hierzu insbesondere die spezifischen Problemwahrnehmungsmuster, Handlungslogiken und Handlungsrestriktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen als Schlüsselakteur zu berücksichtigen. Seit längerem liegen Untersuchungen vor, welche darlegen, dass die primäre Logik der KVen wie der KBV in der Interessenvertretung ihrer Mitglieder liegt (Webber 1992; Behagel 1994; Gerlinger 1997a; vgl. Groser 1992), ohne dass hieraus ein Konzept für eine Reform des Korporatismus entwickelt wurde. Statt dessen scheint angesichts der „Reformunfähigkeit des Korporatismus“ und des „Staatsversagens“ neben dem Wettbewerb zwischen den Kassen insbesondere die Deregulierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Ärzten der aktuell weithin favorisierte ordnungspolitische Lösungsansatz zu sein (z.B. Henke 2001; Glaeske et al. 2001, 20f.; Friedrich-Ebert-Stiftung 2002, 9; SVRzBgE 2002, 272ff.; Rürup-Kommission 2003, 145; Herzog-Kommission 2003, 25f.; DGB 2003c). Über die Form der Regulierung des Wettbewerbs durch ein „geordnetes Nebeneinander von Kollektivverträgen und Einzelverträgen“ (Schmidt 2002) besteht bis heute weitgehend Unklarheit.

Der Kritik am Korporatismus liegen unrealistische Erwartungen zu Grunde (z.B. bei Beck 2004). In Zeiten des Ausbaus des Systems war die Delegation von Steuerungsfunktionen leicht möglich, da die Akteure, geleitet von ihren eigenen ökonomischen Interessen, das Versorgungssystem mit den ausreichend vorhanden finanziellen Ressourcen ausbauen. Nun von den Leistungserbringern zu verlangen, diese Infrastruktur selbst wieder abzubauen, musste die Verbandseliten überfordern. Es ist zu bedenken, dass der handlungsbeeinflussende Faktor der umgebenden Umwelt der Vorstände der KBV und KVen weniger der Staat ist, sondern die Mitglieder, denn diese können dem Vorstand ihr Vertrauen entziehen, mit personellen Konsequenzen für die Funktionäre (Webber 1992). Das Beispiel der Honorarreformen zeigt, dass trotz des Status als öffentlich-rechtliche Körperschaft die Vertretung der Mitgliederinteressen bei der Strategieformulierung über die Verpflichtung auf das staatlich definierte Gemeinwohl dominiert. Schließlich sind die KVen historisch aus der „Gewerkschaft“ der Ärzte (Hartmannbund) hervorgegangen und bestehen enge personelle Verflechtungen sowohl im Vor-

stand wie in der Mitgliedschaft stets fort.³⁰ Dass die KBV-Vorstände durchaus versuchten, die gewandelten staatlichen Ansprüche gegenüber den Mitgliedern zu vermitteln, zeigen die z.T. heftigen Konflikte zwischen den Führungsorganen bzw. Vorstandsvorsitzenden der ärztlichen Vereinigungen und der im Rahmen der Kostendämpfungspolitik wachsenden so genannten „innerärztlichen Opposition“ aus freien Verbänden (vor allem Hartmannbund), Fachvereinigungen und Ärztezirkeln (Gerlinger 1997a; Webber 1992). Zugeständnisse an den Staat wurden von den KBV-Vorständen gegenüber ihren zahlreichen Kritikern vor allem mit dem Versuch gerechtfertigt, die angedrohte Ersatzvornahme zu verhindern. Zwischen 1988 und 1992 verzichtete der Staat jedoch auf solche Androhungen, wodurch die Bundesvereinigung unter dem Druck der unzufriedenen Mitglieder geradezu gezwungen war, eingegangene Konzessionen, wie die Vereinbarung mit den Kassen über die Gesamtvergütung, nicht zu verlängern und zu versuchen, verlorene Besitzstände zurück zu gewinnen. Dies gelang, weil die Kassen in den Verhandlungen über keine Handhabe verfügten, sich den Forderungen der Ärzte zu entziehen. Weder der Staat noch die KAiG intervenierten.³¹

Auch wenn in der Wissenschaft zu Beginn der neunziger Jahre das Paradigma der Reformblockade durch die Verbände dominierte und die Politik ihr Interesse an der KAiG weitgehend verloren hatte, bedeutete dies nicht die vollständige Diskreditierung des Korporatismus als Steuerungsmodell. Noch Anfang der neunziger Jahre vertraten hoch anerkannte Wissenschaftler die Auffassung, dass die Verbände der Selbstverwaltung nicht nur weiterhin eine tragende Rolle im Steuerungssystem in Deutschland einnehmen, sondern sie in ihrer Bedeutung durch den Staat noch aufgewertet würden.

Jens Alber konstatierte eine Aufwertung der verbandlichen Mesoebene und einen Ausbau paritätisch besetzter Gremien allerdings unter wachsender staatlicher Interventionsdrohung (Alber 1992, 159f.). Marian Döhler und Philip Manow vertraten sogar die These einer Steigerung staatlicher Steuerungsfähigkeit durch eine fortgesetzte „Korporatisierung“ der deutschen

³⁰ Auf der Bundesebene dokumentieren die Drohungen der KBV mit Ärztestreiks deren gewerkschaftlichen Charakter. Auf regionaler Ebene spricht ein Vergleich mit der Tarifpolitik für diese Sicht. So bemessen die Mitglieder die Leistungen ihrer eigenen Vereinigung daran, ob sie in den Honorarverhandlungen mit den Kassen mindestens dieselbe Steigerung des Honorarvolumens durchsetzt wie andere KVen auch.

³¹ Es liegt nahe, den Verzicht des BMA auf die Aufrechterhaltung der Drohkulisse gegen die Ärzte weniger als Versäumnis, sondern vielmehr als bewussten Strategiewechsel zu interpretieren. Nachdem Anfang der neunziger Jahre die harsche Kritik am als Jahrhundertreform angekündigten GRG den Staat quasi als Beute der Interessenvertreter darstellte, erscheint es folgerichtig, dass der KAiG keine Rolle in der Gesundheitspolitik mehr zugedacht war. Statt weiterhin an die Verbände zu appellieren, übergang die Bundesregierung mittels der sektoralen Budgetierung die Selbstverwaltung. Die korporatistische Kostendämpfungspolitik hatte insofern ihr Ende gefunden, als der Staat bereit war, seinen Forderungen stärker als bisher durch Ersatzvornahme Nachdruck zu verleihen.

Gesundheitspolitik (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a; Döhler/Manow-Borgwardt 1992b).³²

Dass ihre Argumentation damals nicht überzeugte, liegt daran, dass

- sich die These von der Korporatisierung lediglich auf die Implementation institutioneller Steuerungsinstrumente stützte, ohne deren Reichweite und Wirksamkeit, also Steuerungserfolge auszuwerten;
- die Korporatisierung des Systems durch Reformen, also die Gründung der KAiG und die Kompetenzausweitung des BAK, zwar nachgewiesen werden konnte, aber vor dem Hintergrund der „Reformblockaden“ kein Grund für eine Fortsetzung dieser Strategie nach 1992 angeführt werden konnte;

³² Der Autor teilt die Skepsis der drei genannten Autoren, dass hierarchische Steuerung im Gesundheitswesen aufgrund des Verlustes der Steuerungsfähigkeit des Staates in komplexen, sich ausdifferenzierenden gesellschaftlichen Beziehungen ihr historisches Ende gefunden habe (Scharpf 1988). Einige empirische Entwicklungen sprechen dafür, dass gesundheitspolitische Steuerungssysteme denkbar sind, in denen staatliche Steuerung, Regulierung wie Reform, nicht durch die Notwendigkeit zu Verhandlungen in „Politiknetzwerken“ (Marin/Mayntz 1991; Scharpf 1991) paralyisiert wird. Staatliche Steuerung scheint durchaus potenziell über Medien der Steuerung zu verfügen, z.B. Recht, die sich in Informationen und Entscheidungen des Krankenversorgungssystems übersetzen lassen (anders Luhmann 1991). Wie sonst, als durch „Bestimmung eines Systemzustandes von außen“ (vgl. Luhmann 1991, 144) ist die weithin beobachtete inhaltliche Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme, z.B. hinsichtlich der Differenzierung der Ärzte zwischen „gesund“ und „krank“, zu erklären? Der empirische Systemvergleich zeigt hinsichtlich der Vereinigten Staaten, deren Gesundheitsversorgung aufgrund ihres technologischen Fortschritts als ausdifferenziertestes Gesundheitssystem gelten muss, dass keine Schließung des Systems eintrat, sondern sich eine Ökonomisierung der Leistungserbringung vollzieht. Nicht die medizinisch-professionelle Logik bestimmt hier das System der Krankenversorgung, sondern die ökonomische (Laugesen/Rice 2003; vgl. Twaddle 2002). Die Marginalisierung der staatlichen Regulierung im amerikanischen Gesundheitssystem (Tuohy 2003) lässt sich *institutionell* leicht erklären (Noweski 2004). Das Beispiel der Gesundheitsversorgung in Russland zeigt, dass der Rückzug des Staates nicht zu einer entfesselten Reproduktion und Ausdifferenzierung des Systems führte, sondern ebenfalls zu einer Ökonomisierung im Sinne der Privatisierung der Kosten (Kokko et al. 1998, 298ff.). Der Systemvergleich verweist also auf einen Zusammenhang von materiellen Ressourcen und Reproduktion des Systems (Anell/Barnum 1998), welchem sich nur ein „körperloses“ Modell von Kommunikation entziehen kann, das in seiner empirischen Relevanz allerdings auch nicht mehr erfassbar ist. Neben den differenzierungstheoretisch begründeten Zweifeln an der Möglichkeit staatlicher Steuerung von Gesundheitssystemen erscheint auch die Hypothese, dass der Einfluss des politischen Systems die spezifische Funktionslogik gesellschaftlicher Teilsysteme außer Kraft setze (Scharpf 1991, 622), für Gesundheitssysteme weiterhin der empirischen Bestätigung zu bedürfen. Der Hinweis auf Versorgungsdefizite in sozialistischen Staaten (Scharpf 1991, 622), wirft die Frage auf, ob die sozialistischen Gesundheitsdienste vor dem Hintergrund der drastischen Unterfinanzierung nicht doch relativ hohe salutogene Effektivität und vor allem Effizienz aufwiesen. Die osteuropäischen Transformationsstaaten, wie auch der nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien, zeigen jedenfalls im Vergleich außerordentlich niedrige Gesundheitsausgaben. Gemessen an den aktuellen makroökonomischen Zielen westlicher Staaten hinsichtlich der Kostendämpfung, scheinen staatliche Gesundheitsdienste das leistungsfähigste Steuerungssystem darzustellen (Alber 1988, 138ff.). Somit scheinen gesundheitspolitische Ziele durch den Staat am besten gewährleistet zu werden, sofern dieser auf Basis von Steuerungsressourcen eine dominante Stellung im Steuerungssystem einnehmen kann. Zu einer befriedigenden, empirisch nachvollziehbaren Validisierung der These vom aufgrund systeminterner Ausdifferenzierung „verhandelnden Staat“ und einer Überprüfung der skeptischen Aussagen über die Wirkungen politischer Steuerung auf die Funktionserfüllung von Gesundheitssystemen scheint es noch an einer anerkannten Methode der Performanzmessung von Gesundheitspolitik zu fehlen. Die wenigen vorhandenen Daten sprechen eher gegen sie (Noweski 2004; Hollingsworth/Hage/Hanneman 1990).

- die Defizite des bestehenden Tripartismus (KAiG), welche den Staat paralyisiert hatten, nicht analysiert wurden bzw. kein Reformkonzept entwickelt wurde, wie der Staat sanktionierte Entscheidungen erzwingen könnte,³³
- der politikwissenschaftlichen Betrachtungsweise die Anbindung an gesundheitswissenschaftliche Probleme auf der Ebene der Leistungserbringung fehlte, wodurch relevante versorgungspolitische Argumente für und wider die Steuerung durch Verbände und Verhandlungen nicht einbezogen wurden (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004, 12) und
- der Bedeutungszuwachs ökonomischer Anreizsysteme als Steuerungselemente vernachlässigt wurde.

Die These von der Korporatisierung der deutschen Gesundheitspolitik ist insofern nicht haltbar, als ab 1992 die staatliche Makroebene wie auch die einzelwirtschaftliche Mikroebene erheblich an Bedeutung für die Steuerung gewannen (Abschnitt 5.3.1). Während die genannten Autoren die aktivere Rolle staatlicher Steuerung in Form andauernder Reformaktivitäten (Gesundheitsreformen) wie auch der Konkretisierung der Vorgaben des Sozialrechtes (Regulierung) sahen, unterschätzten sie die Zunahme der Bedeutung der Mikroebene. Zwar hatte die Privatisierung der Behandlungskosten seinerzeit bereits eingesetzt, jedoch wurden die politisch verfolgten Ansätze zur Integration ökonomischer Anreize in das Vergütungssystem sowie zur Herstellung von Wettbewerb zwischen den Finanzierungsträgern erst mit dem GSG voll sichtbar.

Gleichwohl die These von der Korporatisierung nicht zutrifft, verweist sie darauf, dass die Möglichkeiten, die staatliche Steuerungsfähigkeit durch korporatistische Arrangements zu erhöhen, noch nicht ausgeschöpft waren. Vielmehr ist die negative Bilanz der korporatistischen Kostendämpfungspolitik auf Defizite des korporatistischen Systems bzw. auf die noch nicht erfolgte Anpassung des Steuerungsinstrumentariums an die geänderte Umwelt, vor allem die geänderten Zielvorgaben des Staates, zurückzuführen.

Mit Blick auf das gesundheitspolitische Steuerungssystem im ambulanten Bereich bis zum Jahre 1992 sind die folgenden Defizite zu konstatieren:

- Der Einfluss des Staates auf die Politikergebnisse war zu gering.

³³ Das Beispiel des Reichtsausschusses, welcher drittelparitätisch aus Vertretern der Leistungserbringer, der Finanzierungsträger und des Staates zusammengesetzt war (Döhler/Manow-Borgwardt 1992b, 576), hätte Anregungen für ein Verhandlungssystem bieten können, in dem der Staat durch Koalitionen mit der einen oder der anderen Seite Mehrheitsentscheidungen herbeiführen kann.

- Zwischen den Handlungslogiken der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung und den gesundheitspolitischen Zielen des Staates (Kostendämpfung) bestand eine erhebliche Differenz.
- Die strukturellen Fähigkeiten der Verbände, die Politik des Staates zu vermitteln, waren zu gering, insbesondere durch die föderale Segmentierung und die horizontale Fragmentierung des Verbändesystems (Lehmbruch 1988, 22f.).
- Die bestehenden ökonomischen Anreizsysteme auf der Ebene der Leistungserbringung konterkarieren die Bemühungen der Verbände, die Kostendämpfung umzusetzen (Gerlinger 1997a).

Reformen der zurückliegenden Jahre modifizierten das gesundheitspolitische Steuerungssystem in Deutschland dahingehend, dass „strukturelle und motivationale Defizite“ bei den beteiligten Akteuren (Perschke-Hartmann 1994), welche spätestens nach dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 offensichtlich geworden waren, schrittweise beseitigt werden konnten, wengleich bis heute noch nicht zur allgemeinen Zufriedenheit. Angesichts der zahlreichen Empfehlungen aus der Wissenschaft das Vertragsrecht zu liberalisieren (z.B. SVRzBdGE 2002, 280ff.), wie auch entsprechender Bestrebungen in der Politik diese Konzepte umzusetzen, und der hieraus folgenden Gefährdung der Strategie-, Verpflichtungs- und Handlungsfähigkeit der Verbände, bedarf es aber spätestens jetzt der Klärung der steuerungspolitischen Leistungsfähigkeit korporatistischer Verhandlungssysteme, bevor Reformoptionen durch die Beseitigung von Steuerungsinstrumenten verbaut werden.³⁴

Durch die folgenden Maßnahmen lässt sich den genannten Defiziten des korporatistischen Systems bei der Beachtung des staatlich definierten Gemeinwohls entgegenwirken:

- die Stärkung der hierarchischen Steuerung durch den Staat durch die Verbesserung seiner Möglichkeiten zur Strategieformulierung und zur Durchsetzung seiner Maßnahmen gegenüber den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung;
- die Internalisierung der Kostendämpfung durch das System der Selbstverwaltung;
- die Stärkung der Verpflichtungsfähigkeit der Verbände;
- die Ausweitung von Handlungskompetenzen korporatistischer Institutionen;
- die Beseitigung von ökonomischen Fehlanreizen auf der Ebene der Leistungserbringung.

³⁴ Die detaillierter ausgearbeiteten Wettbewerbskonzepte in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland räumen selbst ein, dass ein sozialpolitisch akzeptabler Gesundheitsmarkt außerordentlich voraussetzungsreich ist und staatlicher Regulierung bedarf (SVRzBdGE 2002).

5 Umbau des Steuerungssystems

Eine den aufgeführten Maßnahmen entsprechende Modernisierung des Korporatismus hat sich in den letzten Jahren teilweise bereits vollzogen. In der Folge sollen die angeführten Modernisierungskriterien allerdings lediglich implizit behandelt werden. Explizit soll an dieser Stelle der Nachweis geführt werden, dass die Steuerungsfähigkeit des Staates durch Modifikationen im Steuerungssystem gesteigert werden konnte. Einerseits wurden bereits vor 1992 begonnene Ansätze weiterverfolgt, wie der Ausbau staatlicher Expertise. Andererseits traten neue Strategien hinzu, wie der Wettbewerb der Finanzierungsträger. Wenn in der Folge versucht wird, diese Entwicklung, vom Gesetzgeber in dieser Form explizit intendiert oder nicht, nachzuweisen, bedarf es der Unterscheidung zweier Phasen der Gesundheitspolitik, nämlich

1. der Politikformulierung durch den Staat und
2. der Implementation im Steuerungssystem.

Die Analyse zeigt, dass es

1. dem Staat zunehmend gelingt, sich gegenüber Verbändeeinfluss zu emanzipieren und eine eigenständige Strategieformulierung vorzunehmen (Abschnitt 5.1), und es
2. dem Staat zunehmend gelingt, seine formulierten Ziele im Steuerungssystem durchzusetzen (Abschnitt 5.2).

In einem dritten Abschnitt werden die ambivalenten Folgen der dominanteren Stellung des Staates in der Gesundheitspolitik für die Verbände problematisiert (Abschnitt 5.3). Natürlich zieht der gestiegene Einfluss des Staates auf die Selbstverwaltung für diese einen Verlust von Autonomie nach sich. Gleichzeitig eröffnet sich jedoch die Möglichkeit einer weniger konfliktreichen Zusammenarbeit mit dem Staat und der Neudefinition der Rolle der Selbstverwaltung (Abschnitt 6).

5.1 Erhöhung der staatlichen Strategiefähigkeit

Dem Staat gelingt es zunehmend, sich bei der Strategieformulierung vom Einfluss der Verbände zu emanzipieren. Dieses erreicht er durch

1. den Ausbau der eigenen sowie unabhängiger gesundheitspolitischer Expertise mit dem Ziel der Verringerung der Abhängigkeit von der Politikberatung durch die Ärztevertreter,
2. die Abschaffung der KAiG als Plattform ärztlicher Interessenartikulation,
3. die politische Diskreditierung der ärztlichen Interessenartikulation,

4. die Verbesserung seiner Verhandlungsposition durch die Bedrohung der Ärzte mit einer Vielzahl von Forderungen und
5. die Stärkung der Verbandseliten der Ärztevertretungen gegenüber den Mitgliedern mit dem Ziel der Erhöhung der Folgebereitschaft gegenüber staatlichen Weisungen.

5.1.1 Ausbau eigener und unabhängiger gesundheitspolitischer Expertise

Der Staat ist heute weniger abhängig von informationellen und kompetenziellen Ressourcen der Ärzte als noch vor einigen Jahren. Bereits die Erfahrungen mit der Blank-Reform von 1958 veranlassten politische Entscheidungsträger, nach Wegen zu einer institutionellen und personellen Entflechtung von politischem und Gesundheitssystem zu suchen (Döhler/Manow 1997). Um die staatliche Strategiefähigkeit zu erhöhen, sollte eigene bzw. von Ärzten unabhängige gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Expertise aufgebaut werden. Erste Erfolge der Emanzipation von Verwaltung und Parteien von ärztlicher Politikberatung wurden Anfang der siebziger Jahre sichtbar, als aus verschiedenen politischen Lagern eigenständige Stellungnahmen zur Ausgabenentwicklung der GKV sowie Konzepte zur Kostendämpfung vorgelegt wurden. Bestand während der „Ära Adenauer“ noch ein direkter Zugang der Ärztevertreter zum Kanzleramt, wurden die Entscheidungen nun primär durch die Ministerialverwaltung vorbereitet, wodurch das Arbeitsministerium als Adressat für die KBV an Bedeutung gewann. Mit der Beteiligung der SPD an der Regierung ab 1966 war zudem die Bedeutung der Fraktionen und Parteien gestiegen, denn die Möglichkeit von Regierungswechseln zwang die Interessenvertreter fortan zur Berücksichtigung eines erweiterten Kreises potenzieller politischer Entscheidungsträger. Die Hinwendung zu den Parteien verstärkte sich später noch mit der Bedeutung des Bundesrates bei der Verabschiedung von Gesetzen zur Gesundheitsreform.

Ogleich die Unabhängigkeit politischer Akteure von der fachlichen Beratung der Ärztevertreter gestiegen sein dürfte, kann hiervon nicht vorbehaltlos auf eine Emanzipation des Staates bei der gesundheitspolitischen Strategieformulierung geschlossen werden, denn die Erfahrungen mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) zeigen, dass

1. die „Verdrängung“ der Interessenvertreter aus dem Gesetzgebungsprozess nicht zwangsläufig zur Marginalisierung von Partikularinteressen führen muss, sondern Politiker weiterhin die Interessen der Ärzte beachten können und

2. die Maßnahmen von Gesundheitsreformen in Deutschland weiterhin der Umsetzung durch die Selbstverwaltung bedürfen, wenn der Gesetzgeber nicht den für die Detailsteuerung erforderlichen Aufwand betreibt.

Ein Vergleich des Gesetzgebungsprozesses bei GSG und GMG verdeutlicht, dass die von Politikern oft demonstrierte Abschottung gegen Lobbyinteressen noch keine Rückschlüsse auf Politikerergebnisse erlaubt. Nachdem es den Ärztevertretern bis zum Gesundheitsstrukturgesetz gelungen war, nachhaltige Einschnitte in ihre Besitzstände abzuwenden, wirkten die politischen Maßnahmen des GSG zunächst wie die Bewältigung einer „Herkulesaufgabe“ bei der der Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer die Ärztefunktionäre aus den Lahnsteiner Verhandlungen ausgeschlossen hatte. Zwar relativiert sich die Wirkung der Reform mit dem Abstand der Jahre, jedoch galt vielen fortan der Parteienkonsens als wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Strukturreformen im Gesundheitswesen (Bandelow 1994; Bandelow 1998, 204; Blanke/Perschke-Hartmann 1994).

Im Jahr 2003, bei den überparteilichen Konsensgesprächen zum GMG, war allerdings nur kurz die Rede vom „Geist von Lahnstein“ (Becker 2003; FAZ 2003). Noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes wurde an den Politikerergebnissen sichtbar, dass überparteiliche Konzertierung ursprünglich weiter reichende Vorhaben abschwächen kann. Ein Vergleich des Gesetzentwurfs der SPD vom 16.06.2003 (BT 15/1170) und des Konsenspapiers der Fraktionen (BT 15/1525) hinsichtlich der Problempunkte des Sicherstellungsauftrages und der Positivliste deutet darauf hin, dass die Erweiterung des Kreises der beteiligten Parteien die Berücksichtigung von Besitzständen einzelner Gruppen begünstigte. Die Blockade von Gesundheitsreformen durch den Bundesrat ist daher nicht verhindert worden, sondern lediglich im Politikformulierungsprozess in die Beratungen des Gesetzentwurfs vorverlegt worden. So wurden wiederum vor allem die Patienten durch eine weitere Stufe der Privatisierung von Behandlungskosten belastet, wohingegen seitens der Ärzte- und Pharmaverbände kaum Kritik an den Beschlüssen geäußert wurde. Bereits im Mai 2003 hatte der erste Vorsitzende der KBV Manfred Richter-Reichhelm seinen Optimismus zum Ausdruck gebracht, dass CDU/CSU und FDP die im Gesetzentwurf vorgesehene Liberalisierung des Vertragsrechtes spätestens im Bundesrat blockieren würden (KBV 2003, 12). Auch das von der SPD geplante neue Zentrum für Qualität in der Medizin, welches die informationellen Defizite staatlicher Akteure bei der Regulierung durch von Ärzten und Kassen unabhängige Expertise verringern sollte, viel der Konsensfindung anheim und ist nun bei der gemeinsamen Selbstverwaltung angesiedelt (§ 139a SGB V).

Vor dem Hintergrund der zahlreichen zurückliegenden Gesundheitsreformen ist nunmehr davon auszugehen, dass eine Informalisierung der Politikberatung durch die Vertragsärzte stattgefunden hat. Die Präsenz von organisierten Interessen scheint sich immer weniger anhand von Gesprächen zwischen Personen und kursierenden Thesenpapieren im Gesetzgebungsprozess festmachen zu lassen, denn nach Jahren der politischen Auseinandersetzung haben die Politiker die Argumente der niedergelassenen Ärzte hinreichend kennen gelernt und sind auf Anhörungen etc. nicht mehr angewiesen, um deren Wünsche einbeziehen zu können. Nur weil für Lobbyisten die Beratungsräume demonstrativ verschlossen bleiben und die Unterhändler der Parteien, wie Schmidt und Seehofer, Konsensfähigkeit demonstrieren, sind noch lange nicht die Argumente der Ärzte vergessen.

Der „Alleingang“ der Politiker in 2003 zeigte nicht nur, dass weiterhin Partikularinteressen berücksichtigt wurden, das GMG demonstrierte auch die Selbstüberschätzung der Politik hinsichtlich der Implementation der Reform. Die Unklarheiten im Januar 2004 bezüglich der Notwendigkeit, beim Arztbesuch eine Praxisgebühr zahlen zu müssen, oder darüber, welche Voraussetzungen zum Status als Chroniker berechtigen, verweisen wieder auf die Bedeutung der Selbstverwaltung bei der Konkretisierung der Gesetze. Die mehrwöchigen Aufgeregtheiten über die Verunsicherung der Patienten und die Stellungnahmen des BMGS, welche einmal die gute Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung betonen (BMGS 2004), kurz darauf dieser aber die Schuld an der unklaren Rechtslage zuweisen (Schmidt 2004), lassen darauf schließen, dass man erstens von dieser Situation überrascht wurde und zweitens auf die Klärung durch die Selbstverwaltung angewiesen war. Aus dem entstandenen politischen Schaden kann die Gesundheitsministerin nur die Konsequenzen ziehen:

- beim Gesetzgebungsprozess die Probleme der Implementation besser zu beachten, indem die hierzu notwendigen Gesprächskanäle zur Selbstverwaltung geöffnet bleiben und policy feedbacks bei der Strategieformulierung zugelassen werden, oder
- die eigene gesundheitspolitische Expertise weiter auszubauen, um den Leistungserbringern detailliertere gesetzliche Vorgaben machen zu können und dadurch die regulativen Funktionen der Selbstverwaltung zu substituieren.

Obgleich die Beziehungen zwischen den Interessenvertretern der Kassenärzte und der Politik für die wissenschaftlichen Beobachter intransparenter geworden sind, scheinen doch zwei Trends beobachtbar zu sein, die für eine abnehmende Abhängigkeit der politischen Entscheidungsträger von vertragsärztlicher Politikberatung sprechen:

- Die Informalisierung der Kommunikation schränkt die Möglichkeiten der Interessenvertreter ein, Beratung mit politischen Drohungen zu untermauern, denn es fehlt die Öffentlichkeit und somit die wahltaktisch relevante Unterstützung ihrer Argumente durch die Wähler.
- Für die fachliche Beratung politischer Entscheidungsprozesse stehen neben Ärztevertretern heute zahlreiche Alternativen zur Verfügung.

Für den Verlust der Ärzte über ihr Monopol fachlicher Expertise sprechen neben dem von Döhler und Manow beobachteten Ausbau gesundheitspolitischer Expertise beim Ministerium, den Parteien, den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden,

- die Professionalisierung und der Ausbau der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung,
- die praktizierte Kooperation nichtärztlicher und ärztlicher Akteure im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen,
- der Ausbau der interdisziplinären Gesundheitswissenschaften an den Hochschulen,
- der Ausbau der gesundheitsökonomischen Forschung sowie deren wachsender Einfluss im Versorgungssystem (bisher vorwiegend im Krankenhaus),
- der Ausbau der wissenschaftlichen Ressourcen der Krankenkassen und
- die Internationalisierung gesundheitspolitischer Diskurse.

5.1.2 Abschaffung der KAiG

Das geänderte Verhältnis zwischen dem Staat und der vertragsärztlichen Interessenvertretung spiegelt auch das Schicksal der KAiG wider. Die Abschaffung der KAiG verweist darauf, dass

- der Staat auf eine freiwillige Selbststeuerung der Selbstverwaltung gemäß globaler staatlicher Vorgaben nicht mehr vertraut,
- der Staat nicht bereit ist, die Erreichung seiner gesundheitspolitischen Ziele der Autonomie der Selbstverwaltung unterzuordnen und
- er auf den Legitimationsgewinn seiner Maßnahmen durch den öffentlich sichtbaren Konsens mit der Selbstverwaltung verzichtet.

Das Vorhaben, die Verhandlungsergebnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung an staatlichen Zielvorgaben auszurichten und somit gleichermaßen die Kostendämpfung zu erreichen, wie die staatsentlastende Funktion der Selbstverwaltung zu erhalten, scheiterte. Da die Global-

steuerung nicht die erwünschten Ergebnisse hervorbrachte, war der Staat zur Übernahme von Steuerungskompetenzen gezwungen. Da die KAiG aufgrund ihrer Entscheidungsunfähigkeit keine Entlastung mehr bei der Steuerung bot, konnte sie staatlichen Maßnahmen bestenfalls noch Legitimation verleihen, indem die Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums mit der Selbstverwaltung abgestimmt wurden. Da für den damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer aber absehbar war, dass ein eigenständiges politisches Vorgehen des Ministeriums Proteste der Verbände nach sich ziehen würde, insbesondere der KBV, verzichtete er auf eine ernsthafte Zusammenarbeit mit der KAiG, denn diese würde den Protesten der Verbände gegen staatliche Gängelung nur eine öffentliche Plattform bieten. Nachdem sie 1994 zum letzten mal tagte, nahm kein Gesundheitsminister ihre Dienste wieder in Anspruch (Döhler 2002, 33). Bezeichnenderweise erlebte gerade der Sachverständigenrat der KAiG (SVRKAiG) in den letzten Jahren eine Aufwertung.³⁵ Wie sich zeigte, verzichteten Horst Seehofer, Andrea Fischer und Ulla Schmidt auf die institutionalisierte Beratung durch die Verbände zu Gunsten eines kleinen Kreises selbst berufener Wissenschaftler. Parallel hierzu sind auch die stets ausführlichen Stellungnahmen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bezüglich der Reform des Gesundheitssystems zu sehen. Wesentliche Punkte seines Gutachtens (SVRzBdGE 2002), z.B. zu den versicherungsfremden Leistungen oder der Herausnahme des Versicherungsschutzes für Zahnersatz aus der paritätischen Finanzierung, finden sich im GMG wieder. Überdies wurde dessen Mitglied Bert Rürup als Vorsitzender des weithin als „Rürup-Kommission“ bekannt gewordenen Berater-Zirkels eingesetzt. Dessen Empfehlungen beinhalteten auch die Liberalisierung des Vertragsrechts zu Lasten der KVen (Rürup-Kommission 2003, 145), ohne dass Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft auch nur als externe Sachverständige angehört wurden.

Tendenziell verlieren die Ärztevertreter in dem Maße an Funktionen und Einfluss in der Politikberatung, wie korporatistische Konsensgespräche an Bedeutung verlieren und wissenschaftliche Räte und Kommissionen an Aufmerksamkeit gewinnen (Cassel 2003; vgl. von Blumenthal 2003). Legitimation wird nicht mehr durch die Ärzte hergestellt. Gesundheitspolitischer Handlungs- bzw. Reformbedarf wird heute durch ausgewählte Wissenschaftler definiert, zumeist Gesundheitsökonominnen und Makroökonominnen. Diese verleihen den Politikern durch Problemanalyse und Handlungsempfehlungen nicht nur Inhalt und Legitimation

³⁵ Nach dem GKV-GRG 2000 vom 22.12.1999 berichtet der SVRKAiG nicht mehr nur dem Bundesgesundheitsminister, sondern leitet dieser die Gutachten gleichzeitig Bundesrat und Bundestag zu (§ 142 Abs. 2 SGB V). Nach der endgültigen Abschaffung der KAiG 2003 wird der Sachverständigenrat nunmehr „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ genannt.

für ihre Vorhaben, sondern ermöglichen es auch, gezielt ärztliche Interessenvertretung als Besitzstandswahrung zu diskreditieren.

5.1.3 Legitimierung der Kostendämpfung und Schuldzuweisung an die Ärzte

Der Bedeutungsgewinn von Kommissionen gegenüber der Selbstverwaltung zeigt, wie der Staat seine Strategiefähigkeit verbessert, um in der Lage zu sein, Steuerungsmaßnahmen auch ohne bzw. gegen die Selbstverwaltung umsetzen zu können. Das Ende des „Vorranges der Selbstverwaltung“ und den hieraus resultierenden Autonomieverlust müssen die Ärzte deshalb hinnehmen, weil sie heute kaum noch mit der politischen Unterstützung anderer organisierte Interessen rechnen dürfen.

Die verschiedenen Koalitionen gesundheitspolitischer „Schlüsselakteure“, die Jens Alber 1992 noch für möglich erachtete (Alber 1992, 166), scheinen heute kaum noch wahrscheinlich. Die bereits damals konstatierte „Dominanz von Kostendämpfungsaspekten“ (Alber 1992, 168) hat sich inzwischen in der staatlichen Politik verfestigt und wird von den Arbeitgebern nachhaltig angefacht (BDA 2003a, 2; BDA 2003b). Eine Allianz zwischen Ärzten und Gewerkschaften gegen den „Sozialabbau“ kam nicht zustande, da sich die Niedergelassenen nicht gegen die Privatisierung der Behandlungskosten positionierten. Im Gegenteil: Die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Verdi unterstützte zwar die Anliegen der Krankenhausärzte, grenzte sich gleichzeitig aber von Reformkonzepten des Hartmannbundes ab (Bsirske 2002). Die Vertreter der niedergelassenen Ärzte wurden, sehr im Gegensatz zum traditionellen ärztlichen Selbstverständnis als Anwalt der Belange der Patienten, als Wortführer der Entsolidarisierung der GKV dargestellt, gemeinsam mit der FDP, dem BDI und dem Verband der forschenden Arzneimittelhersteller.³⁶

Die Klage von den niedergelassenen Ärzten als „Besitzstandswahrer“ hat in den Medien inzwischen einigen Widerhall gefunden (z.B. Der Spiegel 2003b; Die Zeit 2003). Das Ansehen der Ärzteschaft in der Bevölkerung ist nach deren eigener Einschätzungen nunmehr nachhaltig beschädigt.³⁷ Wurden die niedergelassenen Ärzte 1999 in der Bevölkerung überwiegend

³⁶ Der von Verdi vermittelte Eindruck, zwischen den niedergelassenen Ärzten und anderen gewerkschaftsfernen Organisationen bestehe eine Interessenkoalition, trägt. Tatsächlich verzichteten die Ärzte seit dem GSG auf ein politisches Bündnis mit der Pharmaindustrie gegen die Kostendämpfung (Döhler 1995, 393). Nachdem die Pharmaindustrie in den neunziger Jahren erfolgreich die Einführung einer Positivliste verhindern konnte, stellt die mediale Berichterstattung diese zunehmend als einflussreiche und dem Gemeinwohl gegenüber rücksichtslose Lobby dar (z.B. Der Spiegel 2003a). Um nicht gleichsam in den Ruch des Reformblockierers zu geraten, enthalten sich die Ärzteorganisationen der Solidaritätsadressen mit den Pharmaherstellern.

³⁷ Der Vorsitzende der KV-Nordbaden räumte in einem Interview ein: „Wir haben sicher zu spät erkannt, daß der Institution KV von der Politik die Rolle des Kostentreibers und Fortschrittsblockierers angelastet wurde,

noch als „Opfer der Kostendämpfung“ und nicht etwa als deren Verursacher wahrgenommen,³⁸ bedürfte die Haltung der Öffentlichkeit heute einer erneuten Überprüfung.

Die rot-grüne Bundesregierung scheint die wahltaktische Relevanz ärztlicher Interessenpolitik inzwischen als niedrig einzuschätzen, denn sie droht den Ärzten relativ unverhohlen mit der von den Kassen geforderten Einführung der Einzelverträge (Schröder 2003, 39; BT 15/1170, 75; Schmidt 2003b; Schmidt 2004). Mithin kann sie dabei auf die Unterstützung von DGB und BDA rechnen (DGB 2003a; BDA 2003b). Auch in der CDU konkretisiert sich der viel gebrauchte Begriff des „Wettbewerbs“ im „Vertragswettbewerb“ zwischen den Leistungserbringern (BT 14/8595, 5). Schließlich scheint auch die Unterstützung durch die FDP in Frage gestellt. Bisher hatten die Liberalen im Hinblick auf Wettbewerb vor allem die Krankenkassen im Blick (BT 14/9054; BT 15/1175). Wenn mehr Markt gefordert wurde (z.B. Pfarr 2002), wurden die Vertragsärzte nicht direkt angesprochen. Die ehemals den Niedergelassenen sehr zugeneigte Partei scheint inzwischen aber die Kollektivverträge der KVen auch nicht mehr verteidigen zu wollen (BT 15/1175, 4).

5.1.4 Steigerung des Drohpotenzials gegenüber den Ärzteverbänden

Verglichen mit den achtziger Jahren werden vertragsärztliche Interessen heute durch eine größere Zahl staatlich forcierter Reformprojekte bedroht. Einmal ziehen diese Projekte die in der politischen Auseinandersetzung lange Zeit einsetzbare moralische Autorität des Arztes als Sachwalter der Patienteninteressen in Zweifel, denn die Bundesregierungen deklarieren diese Vorhaben als Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität. Zweitens überfordert die Breite der Forderungen inzwischen die ärztliche Interessenvertretung, welche ihre Kräfte auf mehrere politische Fronten aufteilen muss und in den Tauschgeschäften, wie sie bis 1992 funktionierten, keine den Forderungen des Gesetzgebers adäquaten Angebote mehr machen kann. Heute genügt es nicht mehr, der vom Staat geforderten Beitragsstabilität durch honorarpolitische Zugeständnisse entgegenzukommen, um nachhaltige Eingriffe ins Steuerungssystem abzuwenden. Standen Ende der achtziger Jahre als konkrete Reformmaßnahmen der Ausbau der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Koordinierung der ambulanten und stationären Versorgung im Mittelpunkt (Rosewitz/Webber 1990), haben sich die Reforminitiativen inzwi-

weil mit allen Mitteln eine Solidarisierung zwischen Ärzten und Versicherten, das heißt den Bürgern, verhindert werden sollte. Dies hat uns in die Defensive gedrängt“ (Herz 2003).

³⁸ Zu der Aussage „Die Ärzte stehen durch die Kostendämpfung im Gesundheitswesen finanziell unter Druck“ meinten 73% der Befragten, dass dies voll und ganz oder eher zutrefte. Lediglich 16% meinten sie treffe überhaupt nicht oder eher nicht zu (Wasem 1999).

schen ausdifferenziert (BT 11/6380; Rosenbrock/Gerlinger 2004) und wurden jeweils fortentwickelt. Zu nennen sind insbesondere

- die Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- die Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. §§ 135-136a SGB V),
- die Evidenzbasierung ärztlichen Handelns,
- die Integration der Versorgungsstrukturen und
- die Priorisierung der Prävention gegenüber der Kuration (vgl. § 20 SGB V).

Zu jeder dieser Reformbaustellen wurden in den letzten Jahren neue Vorschriften ins SGB V aufgenommen und durch Rahmenrichtlinien der Selbstverwaltung konkretisiert. Da die Fülle der Rechtsquellen hier nicht hinreichend ausgewertet werden kann, sei auf ein Instrument hingewiesen, das als Indikator gesundheitspolitischer Regulierung besonders interessant erscheint.

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programmes/DMP's), welche dem behandelnden Arzt bei bestimmten Diagnosen Vorgaben für die Therapie machen, sind Ausdruck des Misstrauens politischer Verantwortungsträger gegenüber der Angemessenheit der ärztlichen Versorgung. Von Ärztevertretern zunächst als „Verletzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses“ und „Staatsmedizin“ verteufelt, geben Fortschritte bei der Implementation der DMP's dem Verlust der ehemals hohen fachlichen Autonomie und der politischen Macht der niedergelassenen Ärzte sichtbaren Ausdruck. Durch die Gesundheitsreform 2000 (GKV-GRG 2000) vom 22.12.1999 (BGBl. I 2626) wurde die Einrichtung eines Koordinierungsausschusses³⁹ vorgeschrieben, in dem ein Vertreter des BAK und des Ausschusses Krankenhaus sowie Vertreter der KBV, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer und der Krankenkassen zusammentraten (§ 137e Abs. 2 SGB V). Er sollte auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Kriterien für die Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr beschließen (§ 137e Abs. 3 SGB V). Konkrete Behandlungsprogramme waren für mindestens vier chronische Krankheiten zu entwickeln (§ 137f SGB V). Da die Beschlüsse auch durch Vertreter anderer Versorgungsbereiche gefasst werden und die Programme Kooperationen zwischen den Sektoren beinhalten können, ist für die Kassenärzte neben dem allgemeinen Autonomieverlust auch die Fremdbestimmung durch Vertreter der Krankenhausesellschaften zu befürchten, zumal die niedergelassenen Ärzte in diesem Gremium gegenüber den Vertretern der Kassen und der Kranken-

³⁹ Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 wurde der Koordinierungsausschuss in den neu zu gründenden Gemeinsamen Bundesausschuss integriert (Abschnitt 5.3.1).

hausträger in der Minderheit sind. Inzwischen hat der Koordinierungsausschuss Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 verabschiedet.

5.1.5 „Organisationsreform“ ärztlicher Interessenvertretung

Die Mitgliedschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasste seit jeher eine heterogene nach fachärztlichen Disziplinen differenzierte Mitgliedschaft. Die Fähigkeit der Verbandsführung, die Mitglieder auf Entscheidungen zu verpflichten, ist aber aufgrund zweier Faktoren, deren Urheber der Staat ist, zusätzlich bedroht:

1. Die Vorgaben der Bundesregierungen im Rahmen der Kostendämpfungspolitik stellen Besitzstände der Ärzte in Frage und die Beauftragung der KVen und der KBV, diese Maßnahmen gegen die Mitglieder durchzusetzen, gefährdet die Akzeptanz der Verbandsführung (Webber 1992; Behaghel 1994; Gerlinger 1997a).
2. Die Politik der Bundesregierungen führt zu Verteilungskonflikten zwischen den verschiedenen Arztgruppen, insbesondere zwischen Haus- und Fachärzten,⁴⁰ wodurch die Akzeptanz der Vereinigungen herabgesetzt ist und die konsensuale Beschlussfassung erschwert wird (Behaghel 1994; Gerlinger 1997a; Gerlinger/Stegmüller 1999).

Der Konflikt zwischen der originären Handlungslogik der KVen als Interessenvertreter ihrer Mitglieder einerseits und der Instrumentalisierung der Ärztevertreter im Rahmen der Kostendämpfung andererseits stellt die gesamte Organisation immer wieder vor Zerreißproben.⁴¹ Die „innerärztliche Opposition“, welche gegen eine zu nachgiebige Haltung der Verbandselite gegenüber staatlichen Forderungen agitiert, stellt bei Vertreterversammlungen immer wieder die Entscheidungsfähigkeit der Organisation in Frage, indem Beschlüsse des Vorstandes in Frage gestellt werden. Um die Handlungsfähigkeit der Vereinigungen zu erhalten, unternahmen die Bundesregierungen Versuche einer Organisationsreform mit dem Ziel, die Entscheidungs- und Verpflichtungsfähigkeit der Organisation zu erhalten und somit den disziplinierenden Einfluss der Vereinigungen auf die Kassenärzte zu bewahren.

⁴⁰ Neben Verteilungskonflikten zwischen Haus- und Fachärzten bestehen auch Interessengegensätze zwischen den Psychotherapeuten, welche durch das Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998 (BGBl. I S. 1311) in die KVen integriert wurden, und den übrigen Vertragsärzten.

⁴¹ Im „Bericht zur Lage“ von 1997 stellte der erste Vorsitzende der KBV Winfried Schorre fest: „Die dreijährige gesetzliche Budgetierungsphase des GSG hat die innerärztliche Kollegialität nahezu zerstört und die Ärzte ihrer Selbstverwaltung weitgehend entfremdet“ (KBV 1997).

Das GKV-GRG 2000 hatte ursprünglich eine Reform der internen Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen (BT 14/1245, 9f.). So sollten die Vertreterversammlungen in den KVen und der KBV durch nach Verhältniswahl bestimmte Verwaltungsräte ersetzt werden. Die Amtsdauer sollte von vier auf sechs Jahre erhöht werden. Bei großen KVen sollte die Zahl der Mitglieder maximal 50, bei der KBV maximal 60 Mitglieder betragen. Die Vorstände der Vereinigungen sollten hauptamtlich sein und maximal 5 Mitglieder haben. Diese Änderungen wurden durch den Bundesrat blockiert und wurden nicht verabschiedet. In 2003 wurden diese Maßnahmen erneut in den Entwurf der Bundesregierung zum GMG aufgenommen, nur dass diesmal darauf verzichtet wurde, die Vertreterversammlung in Verwaltungsrat umzubenennen (BT 15/1170, 76f.). Im Rahmen der interfraktionellen Konsensverhandlungen wurden wiederum die meisten der Maßnahmen gestrichen. Lediglich die Mitglieder der Vertreterversammlung sollen ab 01.01.2005 für sechs Jahre gewählt werden (§ 80 Abs. 3 SGB V). Außerdem sollen KVen innerhalb eines Bundeslandes mit weniger als 10.000 Mitgliedern zusammengelegt werden (§ 77 Abs. 1 SGB V).

Während die Straffung der Führung der Ärztevertretungen weiter auf sich warten lässt, wurde die bereits im GSG eingeleitete Aufwertung der Hausärzte in den letzten Jahren zügig vorangetrieben (vgl. Schmidt 2003a), mit der Folge einer fortgesetzten Zurücksetzung und materiellen Schlechterstellung der Fachärzte. Bereits durch das GSG war die vertragsärztliche Versorgung in einen fach- und einen hausärztlichen Bereich getrennt worden (§ 73 Abs. 1 SGB V). Einsparungen bei Laborleistungen durch Maßnahmen nach § 87 Abs. 2b SGB V sollten der hausärztlichen Vergütung zugeschlagen werden (§ 85 Abs. 4a SGB V). Bei der Zulassung der Vertragsärzte durch die KVen sollte ein angemessenes Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten angelegt werden (§ 102 SGB V).

Das GKV-GRG sah eine Stärkung der „Lotsenfunktion“ des Hausarztes vor (BT 14/1245, 65). Der Hausarzt war mit dem Einverständnis des Versicherten berechtigt, vom Facharzt Daten über dessen Diagnose und Behandlung anzufordern (§ 73 Abs. 1b SGB V). Auch wurde es den Kassen ermöglicht, Kosteneinsparungen im Rahmen von Modellvorhaben zum „Hausarztmodell“ als Boni an die Versicherten weiterzugeben (§ 65a SGB V). Die Zulassungsvoraussetzungen für Hausärzte wurden in Form einer spezifischen hausärztlichen Planungsgruppe enger gefasst (§§ 73 Abs. 1a und 101 Abs. 5 SGB V) und der BAK beauftragt, endlich verbindliche Verhältniszahlen zu beschließen (§ 101 Abs. 5 SGB V). Ferner wurde ein beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung bei der KBV eingerichtet (§ 79c SGB V). Im Entwurf zum GMG hatte die Bundesregierung eine Erhöhung der Autonomie der Hausärzte innerhalb der KVen vorgesehen. So sollten Belange der Hausärzte nicht mehr in der Vertre-

terversammlung verhandelt werden, sondern innerhalb eines eigenen Gremiums, welches separat zu wählen gewesen wäre, zur Abstimmung gestellt werden (BT 15/1170, 12f.). Auch wenn diese Pläne in den Konsensverhandlungen gestrichen wurden, ist das GMG für die Hausärzte von Bedeutung. Durch den neu eingefügten § 73b SGB V wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, einzeln Verträge mit den Kassen zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Dabei kann eine Verrechnung mit der vertragsärztlichen Gesamtvergütung im Bundesmantelvertrag verankert werden, die Kassen können aber auch darauf verzichten und den Hausärzten zusätzliches Geld anbieten.

Die Organisationsfähigkeit der Ärztevertretungen scheint zunehmend gefährdet zu werden. Zum seit Jahren bestehenden Konflikt zwischen steigenden Forderungen des Staates (Abschnitt 5.1.4) und der innerärztlichen Opposition tritt der interne Interessenkonflikt zwischen Haus- und Fachärzten, der durch die Privilegierung der Hausärzte durch den Staat in den letzten Jahren verschärft wurde. Da die Struktur der Verbandsführung nur teilweise reformiert wurde und keine eigene Vertreterversammlung der Hausärzte eingerichtet wurde, konnten die Belastungen der Beschlussfindung durch interne Konflikte bisher nicht kompensiert werden.

5.2 Erhöhung der staatlichen Durchsetzungsfähigkeit

Seit 1993 scheinen die Voraussetzungen zur Durchsetzung staatlicher Ziele im Gesundheitssystem wesentlich verbessert worden zu sein. Durch institutionelle Modifikationen im Steuerungssystem gelingt dem Staat zunehmend die Verpflichtung der übrigen Akteure auf seine Zielvorgaben, insbesondere die Kostendämpfung. Dabei bedient er sich verschiedener Strategien:

1. der Substitution der Selbstverwaltung durch staatliche *Intervention* mittels autoritativer Rechtsetzung,
2. der *Hierarchisierung* der Beziehung zur Selbstverwaltung durch deren rechtliche Reglementierung und institutionelle Modifikation gemäß staatlichen Zielen,
3. der institutionellen *Zentralisierung* der Entscheidungsprozesse in der Selbstverwaltung wie auch perspektivisch der staatlichen Aufsicht,
4. der Internalisierung der Kostendämpfung in die Handlungslogik der Finanzierungsträger durch *Wettbewerb* und
5. der Internalisierung der Kostendämpfung in die Handlungslogik des einzelnen Arztes durch *mikroökonomische Anreize* im Honorarsystem.

5.2.1 Substitution der Selbstverwaltung durch staatliche Interventionen

Durch das GSG griff der Gesetzgeber in den Regelungsbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung ein und substituierte die Verhandlungen in der Selbstverwaltung als Entscheidungsmodus durch autoritative staatliche Rechtsetzung. Die ambulante Behandlung (§ 85 Abs. 3a-c SGB V) wie auch die Verordnung von Arznei-, Verbands- und Heilmitteln (§ 84 SGB V) wurden Budgets unterworfen. Für die Jahre 1993 bis 1996 wurde die Erhöhung der Gesamtvergütung wieder an den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der alten Länder gekoppelt. Dabei wurde als Bemessungsgrundlage das Jahr 1991 herangezogen (§ 85 Abs. 3a SGB V).

Durch das GSG wurde auch die Kapazitätssteuerung verschärft. Die einjährige Vorbereitungszeit für die Vertragsärzte wurde durch eine mindestens dreijährige Pflichtweiterbildung (§ 95a SGB V) ersetzt. Für Gebiete mit Überversorgung wurde eine Zulassungsbeschränkung auf der Grundlage vorgegebener Verhältniszahlen (§§ 101, 103 SGB V) eingeführt. In durch Überversorgung gesperrten Gebieten wurde für die Praxisnachfolge ein Ausschreibungsverfahren vorgeschrieben (§ 103 Abs. 4-6 SGB V). Für Vertragsärzte galt des weiteren eine Altersgrenze von 67 Jahren (§ 95 Abs. 7 SGB V) und eine Bedarfszulassung ab 1999 (§ 102 SGB V). Mit diesen weit reichenden Eingriffen demonstrierte der Staat seine Bereitschaft zur Ersatzvornahme. Von nun an hatten die Kassenärzte mit direkten staatlichen Eingriffen in den Regelungsbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung zu rechnen, wenn sie den staatlichen Forderungen nach Reformen nicht nachkommen würden. Dieser Handlungsdruck veranlasste sie insbesondere zu einer Reform des Honorarsystems (Abschnitt 5.2.5).

Als Mitte der neunziger Jahre wiederum Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erforderlich schienen, griff die Bundesregierung wieder rigide in den Geschäftsbereich der Selbstverwaltung ein. Durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 (BGBl. I S. 1631) wurden die Beiträge der Krankenkassen gesetzlich um 0,4 % abgesenkt, mit der Begründung, die Einführung der Pflegeversicherung entlastete die Krankenhäuser und somit die Kassen. Die Streichung des Zahnersatzes für die Jahrgänge ab 1978 aus dem Leistungskatalog der GKV und die Erhöhung der Zuzahlungen belasteten zwar primär die Versicherten, geschah jedoch ebenfalls ohne Absprache mit den Gremien der Selbstverwaltung (Stegmüller 1996, 153ff.).

Mit dem folgenden ersten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. GKV-NOG) vom 23.06.1997 (BGBl. I S. 1518) beabsichtigte der Bundesgesundheitsminister den Wettbewerb zwischen den Kassen stärker anzureizen. So wurde den Kassen auferlegt, bei Beitragssatzerhöhungen auch die Zuzahlungen erhöhen zu müssen, wohingegen ihnen bei Beitragssatzsenkungen eine Reduzie-

rung der Zuzahlungen für ihre Versicherten zugestanden wurde (§ 221 SGB V). Im zweiten GKV-NOG vom 23.06.1997 (BGBl. I S. 1520) wurden außerdem Steuerungselemente der privaten Krankenversicherung für GKV-Kassen zugelassen (Abschnitt 5.2.4). Auch die Neuordnungsgesetze wurden unabhängig von der Zustimmung der Selbstverwaltung implementiert (Henkel, 1998).

Die Gesetze von 1996 und 1997 deuten darauf hin, dass die Frontstellung der bürgerlichen Parteien unter der Losung der Subsidiarität gegen die dirigistische Gesundheitspolitik der Sozialdemokratie dort obsolet geworden ist, wo staatliche Maßnahmen zur Einführung von ökonomischen Anreizen wie Wettbewerb und Kostenbeteiligungen erforderlich erschienen. Auf der Seite der Leistungsanbieter wurde hingegen die Budgetierung im ambulanten Sektor zu 1998 abgeschafft (BGBl. 1997 I S. 1525; BT 13/11256, 17).

Der gegenüber den Finanzierungsträgern wenig kommunikative Politikstil des BMG änderte sich mit dem Regierungswechsel. Durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 19.12.1998 (BGBl. I S. 3853) wurden die meisten Maßnahmen seit dem Beitragsentlastungsgesetz wieder rückgängig gemacht. So wurden die neuen Steuerungselemente wieder auf freiwillig gesetzlich Versicherte begrenzt und die Zuzahlungen teilweise zurück genommen. Die Budgets wurden zu 1999 wieder eingeführt.

Das Verhältnis zwischen den Kassen und der rot-grünen Regierung war 1998 bis 2003 weitgehend dadurch geprägt, dass das BMG(S) auf ein Anfachen des Kassenwettbewerbs verzichtete und stattdessen gemeinsam mit den Finanzierungsträgern die Weiterentwicklung der Versorgungsformen verfolgte (Gerlinger 2002b; Hartmann 2003). Innovationen sollten erprobt und Prävention gestärkt werden. Das Verhältnis zwischen Sozialdemokratie und Ärzteschaft blieb gespannt. Fortgesetzt wurden die Forderungen der Ärzte nach der Abschaffung der Budgetierung vom Gesetzgeber zurückgewiesen, allerdings wurden unter dem Druck der Ärzte die Arzneimittelbudgets durch das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) mit Wirkung zum 01.01.2002 abgeschafft. Heftigere Proteste formierten sich wieder im Vorfeld des GMG (ÄZ 2003b).

Während die Reformpolitik Seehofers, welche primär auf den Wettbewerb zwischen den Kassen und die Privatisierung der Behandlungskosten setzte, mit den Interessen der Leistungserbringer weitgehend konform ging, berücksichtigte die rot-grüne Koalition mit dem Konzept der Weiterentwicklung der Versorgungsformen, auch zu Lasten des Einflusses der KVen, eher die Interessen der Finanzierungsträger. Inwiefern der Gesetzgeber die Abstimmung mit der gemeinsamen Selbstverwaltung durch eigene gesetzgeberische Initiativen substituiert, bedarf weiterer Beobachtung. Festzuhalten bleibt, dass er das Verhandlungssystem in einigen Ge-

schäftsbereichen aussetzte und bei umstrittenen Reformgesetzen mal mit den Ärzten und mal mit den Kassen koalierte.

5.2.2 Selbstverwaltung im Schatten der staatlichen Hierarchie

Obleich der Staat vor allem zwischen 1992 und 1998 die Verbände der Finanzierungsträger und Leistungserbringer durch Androhung der Ersatzvornahme unter Druck setzte, wurden gleichzeitig auch Maßnahmen ergriffen, welche mit dem Prinzip der Selbstverwaltung konform gingen. Diese jedoch standen eher im Zeichen der Stärkung staatlicher Aufsicht bzw. zielten auf die Instrumentalisierung der Selbstverwaltung im Rahmen der Kostendämpfung (vgl. Scharpf 1991, 629), als dass sie Ausdruck der Anerkennung subsidiärer Prinzipien oder gar von Autonomierechten gewesen wären.⁴² Die Entwicklung der vergangenen Jahre beschreibt eine Zunahme der sozialrechtlichen Reglementierung der Selbstverwaltung und darüber hinaus deren institutionelle Rekonfiguration gemäß staatlicher Steuerungsziele. Im Einzelnen wurden

1. das Gebot der Beitragssatzstabilität im SGB V verschärft,
2. die Funktionen des BAK im Sinne von Wirtschaftlichkeitsprüfung und Rationierung erweitert und
3. neue Ausschüsse gegründet.

Bereits das KVKG implementierte den Grundsatz der Beitragssatzstabilität in der RVO, allerdings ohne die Autonomie der gemeinsamen Selbstverwaltung ernstlich einzuschränken. So hieß es hinsichtlich der Verhandlungen zur Gesamtvergütung, dass „die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme“ zu berücksichtigen sei (§ 368f Abs. 3 RVO). Zu berücksichtigen waren gleichzeitig aber auch die Praxiskosten, die Arbeitszeit sowie Veränderungen bei Art und Umfang der gesetzlichen und satzungsmäßigen ärztlichen Leistungen, so dass für die Selbstverwaltung hieraus keine reale gesetzliche Reglementierung entstand. Auch die Empfehlungen der 1977 gegründeten KAiG sollten so ausgestaltet werden, dass „Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische

⁴² In dem Maße, wie die verbandlichen Akteure durch den Staat mit Funktionen betraut werden, die den Interessen ihrer Mitglieder entgegenstehen, wird der Umbau der Mesoebene des deutschen Steuerungssystems von der Selbstverwaltung zum korporatistischen System vollzogen. Noch zu diskutieren wäre, inwiefern sich das System vom aus dem „Pluralismus“ abgeleiteten Konzept des Neokorporatismus der siebziger Jahre (primär bottom-up-Prinzip) entfernt und dem älteren Konzept des Staatskorporatismus (top-down-Steuerung) annähert (vgl. Lehmbruch 1988, 14).

Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)“ (§ 141 Abs. 2 RVO). Durch das GRG von 1988 erhielt die Beitragssatzstabilität ihren eigenen Paragraphen im Sozialgesetzbuch. Hierin hieß es weiterhin relativ unverbindlich: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten“ (§ 71 SGB V). Ab 1996 nahm der Staat schließlich für sich ein entsprechendes Beanstandungsrecht in Anspruch (§ 71 Abs. 2 SGB V). Die einschlägige Bestimmung des SGB V wurde durch die rot-grüne Bundesregierung mit der Gesundheitsreform 2000 zum 01.01.2000 sogar noch verschärft. So sollen die Verhandlungsergebnisse so gestaltet sein, „dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden“ (§ 71 Abs. 1 SGB V). Obgleich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ständig verschärft wurde, genießt er sozialrechtlich keine absolute Priorität, denn es darf von ihm abgewichen werden, wenn „die notwendige medizinische Versorgung [...] auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten [...]“ ist (§ 71 Abs. 1 SGB V). Überdies sind nach wie vor die Praxiskosten zu berücksichtigen, sofern diese der gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungsausweitung entsprechen (§ 85 Abs. 3 SGB V).

Die sozialrechtlich vorgeschriebene Wahrung der Beitragssatzstabilität erforderte die instrumentelle Befähigung der Selbstverwaltung zur Umsetzung dieses Auftrages. Dazu wurde der Regelungsbereich des BAK bezüglich der Leistungserbringung im Sinne der Rationalisierung ausgeweitet (BT 13/6087, 36f.; Urban 2001, 25ff.). Durch das 2. GKV-NOG wurden

- seine Richtlinienkompetenz bezüglich der Versorgungsbereiche Rehabilitation und Versorgung mit Heilmitteln konkretisiert und auf die häusliche Krankenpflege erweitert (§ 92 Abs. 1 SGB V),
- sein Auftrag zur Überprüfung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf den diagnostischen und therapeutischen Nutzen um die Kriterien der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erweitert (§ 135 Abs. 1 SGB V) und
- sein Prüfauftrag auf alle „zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten vertragsärztlichen Leistungen“, also auch auf bereits im Leistungskatalog enthaltene Verfahren, ausgedehnt (§ 135 Abs. 1 SGB V) (Egger 1998).

Nach dem Regierungswechsel von 1998 standen Reformen, welche den BAK zum Gegenstand hatten, weniger im Zeichen der Kostendämpfung, als der Beseitigung von Qualitäts- und Effizienzdefiziten im Versorgungssystem. Durch die Gesundheitsreform 2000 wurde der

BAK beauftragt, bezüglich der vertragsärztlichen Versorgung Richtlinien für Qualitätsmanagement zu verabschieden (§ 136a SGB V). Für den stationären Sektor wurde entsprechend dem BAK der Ausschuss Krankenhaus ins Leben gerufen, welcher sowohl Richtlinien zur Qualitätssicherung zu verabschieden hatte (§ 137c Abs. 2 SGB V), als auch Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu überprüfen hatte (§ 137c SGB V). Der neu zu gründende Koordinierungsausschuss sollte hingegen Richtlinien zur sektorübergreifenden Versorgung erarbeiten (§ 137e Abs. 3 SGB V) und strukturierte Behandlungsprogramme entwickeln (§ 137f SGB V). Ferner wurde eine Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin eingerichtet, an der die Bundesärztekammer, die KBV, die DKG, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der PKV und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe beteiligt sind (§ 137b SGB V).

Dieser Ausbau korporatistischer Institutionen deutet zunächst darauf hin, dass der Staat seine gesundheitspolitischen Ziele durch eine Instrumentalisierung korporativer Akteure zu erreichen sucht. Die Folgerung, dass eine Korporatisierung der Steuerung stattfindet bzw. sich fortsetzt (s.o., Korporatisierungsthese) ist jedoch skeptisch zu beurteilen. Zwar gelingt die Beauftragung der korporativen Akteure durch den Staat besser als noch vor Jahren, jedoch scheinen hinsichtlich der steuerungspolitischen Strategie des Gesetzgebers ökonomische Anreize das bevorzugte Instrument zu sein (Abschnitt 5.3.1). Die Auswirkungen der wettbewerbskonformen Umgestaltung des Steuerungssystems auf die Handlungsfähigkeit der Verbände wirft die Frage der Verbindlichkeit und Wirksamkeit korporatistischer Steuerung auf (Abschnitt 5.3.2). Dass der Bedarf an einer korporatistisch vermittelten Regulierung durch den Staat steigen wird, kann indes kaum bezweifelt werden (Abschnitt 6).

5.2.3 Zentralisierung der Entscheidungsprozesse

Durch die Gesundheitsreformen seit 1977 wurden die Entscheidungsprozesse im gesundheitspolitischen Steuerungssystem schrittweise zentralisiert, wodurch es gelang, die Zahl der Adressaten der Regierungspolitik zu reduzieren und die Komplexität der Verhandlungsprozesse in der Selbstverwaltung zu verringern:

1. Die Bundesregierung verzichtete im Gegensatz zu anderen Staaten auf die Delegation von Steuerungskompetenzen innerhalb der staatlichen Makroebene.
2. Die Fragmentierung der Entscheidungsprozesse innerhalb der Mesoebene wurde durch die Aufwertung der Bundesebene bei den Kollektivverhandlungen reduziert.

Die hohen Reformaktivitäten in der deutschen Gesundheitspolitik deuten auf eine Übernahme von Steuerungskompetenz durch die Zentralregierung (vgl. Riedel/Derpa 2002). Anders als in anderen Ländern haben die Reformen nicht das Ziel, Kompetenzen innerhalb der staatlichen Makroebene zu delegieren. Weder wurden politische Entscheidungskompetenzen an Länderregierungen abgetreten (Devolution), noch wurden regulative Aufsichtsfunktionen an Länderverwaltungen delegiert (Dekonzentration) (vgl. Saltman 1997, 43ff.; Hunter/Vienonen/Wlodarczyk 1998).⁴³

Die Hauptursache hierfür scheint in der großen Bedeutung der verbandlichen Mesoebene zu liegen. Einmal stehen bereits Akteure zur Verfügung, um Steuerungskompetenzen wie auch politische Verantwortung zu delegieren – die Länder werden hierfür nicht benötigt. Zum anderen ist das Verbändesystem aufgrund der Bundesverbände stark zentralisiert. Durch die relativ geringe Zahl der Kooperationspartner, acht Bundes- bzw. Spitzenverbände der Kassenarten und die KBV, und deren Zusammenfassung in institutionalisierten Verhandlungssystemen, bietet sich prinzipiell eine günstige Möglichkeit korporatistischer Delegation zur Entlastung des Staates von Steuerungs- und Legitimationskosten. Wie gezeigt, besteht dabei innerhalb des Verbändesystems seit langem ein Trend zur weiteren Zentralisierung der Verhandlungssysteme auf Seiten der Finanzierungsträger (Abschnitt 3.2.1.3). Mit der Abschaffung der Honorarverhandlungen zwischen den einzelnen Kassen und den KVen (und der Landesmantelverträge) durch das KVKG erfuhren die Verbände der Kassenarten und die Bundesmantelverträge eine Aufwertung. Lokale Reaktionen wie der Bayernvertrag erscheinen heute wie die letzten Rückzugsgefechte der Länder aus der direkten Steuerung des ambulanten Sektors. Nachdem zunächst versucht wurde, die Ergebnisse der Honorarverhandlungen durch die KAIG auf der Bundesebene zu präjudizieren, ist die Begrenzung des Entscheidungsspielraumes der lokalen Verhandlungen durch die Einführung der Budgetierung schließlich weitgehend gelungen. Neben der Beschränkung der Autonomie lokaler Akteure vollzieht sich innerhalb der Mesoebene jüngst auch eine Reduzierung der Autonomie der einzelnen Versorgungssektoren. So wurden durch das GMG der BAK, der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss im Gemeinsamen Bundesausschuss zusammengefasst. Nachdem also zunächst die Gründung neuer Institutionen die Regulierungskompetenzen korporativer Akteure auf weitere Bereiche

⁴³ Heute werden Interventionen der Länder bei der Reform des Gesundheitssystems, welche sich praktisch nur über den Bundesrat vollziehen, eher als Störung empfunden und könnten ihrerseits Gegenstand der in 2003 angestoßenen Föderalismusreform sein (BT 15/1685). Diese könnte im Politikfeld Gesundheit auf die weitere Priorisierung der Bundesregierung als maßgebendes staatliches Steuerungssubjekt zielen (Müntefering 2003).

der Versorgung ausdehnte (Abschnitt 5.2.2), werden diese nun zu einem rationellerem institutionalisiertem Netzwerk zusammengefasst.

Die Zentralisierungstendenzen im Steuerungssystem könnten sich auf die Steuerungsfähigkeit des Staates mittelfristig positiv auswirken. Die staatliche Strategiefähigkeit dürfte durch effizientere Entscheidungsprozesse innerhalb der Makroebene, aufgrund geringerer Fragmentierung der Steuerungskompetenzen und geringerer Möglichkeiten, politische Vetopositionen zu besetzen, steigen (vgl. Wilsford 1991; vgl. Immergut 1990). Ordnungspolitische Strategien, die politischen Interessenvertretungen zu zerschlagen, um deren Einfluss auf staatliche Entscheidungsprozesse zu begrenzen (z.B. Wilsford 1995), erübrigen sich dadurch. Eine institutionelle Fragmentierung des Steuerungssystems, z.B. durch eine Regionalisierung der Mesoebene, wäre sogar kontraproduktiv. Diese würde die durch die Zentralisierung eröffneten Möglichkeiten für den Staat, seine korporatistischen Beziehungen rationeller zu gestalten und Steuerungskosten zu senken, nur wieder reduzieren.

5.2.4 Ausrichtung der Finanzierungsträger auf Kostendämpfung

Die Integration von Wettbewerbselementen wurde in Deutschland vor allem auf der Seite der Finanzierungsträger vollzogen. Die ausschlaggebende Maßnahme war hierbei die Einführung der freien Kassenwahl durch das GSG ab 1996 und der sich hieraus entwickelnde Kassenwettbewerb (Stegmüller 1996).⁴⁴ Um die Finanzierungsträger zur Dämpfung der Kosten zu veranlassen, wurden die motivationalen Voraussetzungen durch die Konkurrenz der Kassen weitgehend erfüllt. Die hierfür als notwendig erachteten instrumentellen Ressourcen in den Beziehungen zu den Leistungserbringern wurden den Kassen durch den Gesetzgeber zumindest teilweise zur Verfügung gestellt.

Heute kann der Versuch, die Kassen zu Kosteneinsparungen anzureizen, weitgehend als gelungen angesehen werden. Dafür, dass die Kassen aus eigenem ökonomischen Interesse die Beitragssätze so niedrig wie möglich halten, sprechen deren angelaufene Defizite von rund 3 Milliarden Euro in 2002 (BMGS 2003b). Die Bestrebungen der Kassen, die Ausgaben zu re-

⁴⁴ Gleichwohl es die Bundesregierung vermied, die Einführung der freien Kassenwahl als ordnungspolitischen Strategiewechsel zu charakterisieren und statt dessen die „Gleichstellung“ von Arbeitern und Angestellten, die bis dahin höchst unterschiedliche Beitragssätze zu zahlen hatten, in den Vordergrund rückte (BT 12/3608, 112f.), zeigen Stellungnahmen der Union (Seehofer 1992a) und vor allem der FDP (Thomae 1992), dass Wettbewerb von nun an, zunächst hinsichtlich der Finanzierungsträger und Krankenhäuser, als das Kernelement von „Strukturreformen“ angesehen wurde. Um die Handlungsfähigkeit der Finanzierungsträger als Marktteilnehmer zu verbessern, wurde durch das GSG auch eine Organisationsreform der Kassen ab 1996 durchgesetzt (BT 12/3608, 69). Als einziges Selbstverwaltungsorgan werden nun Funktionen des Vorstandes und der Vertreterversammlung im Verwaltungsrat zusammengelegt, welcher nun einen hauptamtlichen Vorstand als einziges Verwaltungsorgan wählt (BT 12/3608, 128; § 35a SGB IV).

duzieren, schlagen sich in deren Verhältnis zu den Leistungserbringern nieder. So fordern die Kassen im Sinne der Einführung von Wettbewerb auf der Anbieterseite die Liberalisierung der Vertragsbeziehungen. Ziel ist es, Verträge mit den Ärzten selektiv und zu selbst bestimmten Konditionen abschließen zu dürfen (AG-GKV 2002, 24ff.; AOK 2003).

Zunächst gestattete die bürgerliche Koalition den Kassen neue Freiräume vor allem in den Vertragsbeziehungen mit den Versicherten und weniger mit den Ärzten. Durch das 2. GKV-NOG erfolgte die Einführung von Steuerungselementen der privaten Krankenversicherung und die Möglichkeit für die Kassen, einen Selbstbehalt bei Kostenerstattung anzubieten (§ 53 SGB V), Beitragsrückerstattungen zu gewähren (§ 54 SGB V), Zuzahlungen zu erhöhen (§ 55 SGB V), sowie erweiterte Satzungsleistungen einzuführen, deren Finanzierung allein die Versicherten zu tragen hatten (§ 56 Abs. 4 SGB V) (vgl. Wasem 1998). In den Beziehungen zu den Leistungsanbietern beschränkten sich die Neuerungen auf die Option, neue Versorgungsformen zu erproben. Dazu wurden so genannte Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Strukturverträge (§ 73a SGB V) ermöglicht.

Modellvorhaben wurden bereits durch das GRG von 1988 zugelassen (BGBl. I 1988, S. 2491). Sie waren damals vor allem auf die Erprobung von Kostenerstattung (§ 64 SGB V) und Beitragsrückzahlung (§ 65 SGB V) ausgelegt. Durch das 2. GKV-NOG von 1997 wurde ihre Bedeutung auf die Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern ausgedehnt. Sie sollten nun von den Kassen dazu genutzt werden, neue, im Sinne von Qualität und Wirtschaftlichkeit innovative, „Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ zu entwickeln (§ 63 Abs. 1 SGB V). Waren bis zum GKV-GRG 2000 lediglich KVen, nicht aber einzelne Ärzte, als Vertragspartner zugelassen (§ 64 Abs. 1 SGB V), entfiel diese Einschränkung ab 01.01.2000. Da der Gesetzgeber eine konkretisierende Rahmenvereinbarung der Selbstverwaltung nicht vorschrieb, unterließen es die Kassen, eine Vereinbarung mit der KBV zu treffen, denn diese hätte eine Begrenzung des Handlungsspielraumes der Finanzierungsträger zur Folge gehabt. In dieser Form war im Rahmen der gesetzlichen Auflagen für Modellvorhaben und unter der vorgeschriebenen Befristung auf maximal acht Jahre (§ 63 Abs. 5 SGB V) das Recht der Kassen auf Einzelverträge hergestellt, jedoch im Sinne der Liberalisierung des Vertragsrechts für die Kassen zu unpraktikabel.

Strukturverträge, welche durch das 2. GKV-NOG eingeführt wurden, konnten im Gegensatz zu Modellvorhaben ohne Befristung abgeschlossen werden. Sie stellten jedoch tatsächlich nur ein Instrument zur Erprobung von neuen Vergütungsformen dar, welche im Kontext des „Hausarztmodells“ anzusiedeln sind. Demnach konnte den Hausärzten ein Budget zur Ver-

sorgung ihrer Patienten zugeteilt werden und diesen oblag die weitere Veranlassung von Leistungen, z.B. durch Krankenhäuser. Die KVen blieben bei den Strukturverträgen bis heute obligatorische Vertragspartner (§ 73a Abs. 2 SGB V).

Nach dem Regierungswechsel 1998 setzte die rot-grüne Regierung in der Reform des Vertragsrechts deutlich andere Akzente. Die Liberalisierungselemente in den Beziehungen zwischen Versicherten und Kassen (§§ 53-56 SGB V) wurden durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz beseitigt und jene in den Beziehungen zwischen Kassen und Vertragsärzten durch die Gesundheitsreform 2000 wesentlich ausgeweitet.

Mit dem GKV-GRG 2000 wurde den Kassen die Möglichkeit eröffnet, neue Versorgungsformen außerhalb der Einschränkungen von Modellversuchen und Strukturverträgen einzuführen. Verträge zur integrierten Versorgung (§§ 140a-h SGB V) durften zeitlich unbefristet abgeschlossen werden. Nach § 140b Abs. 1 war es den einzelnen Kassen gestattet, Verträge zur integrierten Versorgung mit ausgewählten Leistungserbringern (§ 140b Abs. 2 SGB V) abzuschließen, im ambulanten Sektor also auch ohne Zustimmung oder Beteiligung der KVen. Die Teilnahme war für die Vertragsärzte freiwillig und sie konnten die KVen als Berater hinzuziehen (§ 140b Abs. 1 SGB V). Um die Ärzte zum Abschluss der Verträge anzureizen, welche in den Vergütungen auch Budgetierungen enthalten konnten (§ 140 c Abs. 2 SGB V), konnten die Kassen die Teilnehmer an, gegenüber den konventionellen Versorgungsformen, eingesparten Mitteln beteiligen (§ 140g SGB V).

Durch die gesetzlich geforderte Rahmenvereinbarung, welche zum 01.07.2000 rückwirkend in Kraft trat, gelang es der KBV, vorübergehend noch einigen Einfluss auf die Entwicklung zu bewahren (KBV 2000).⁴⁵ So waren den KVen, deren Mitglieder an den Verträgen beteiligt sind, für den Fall dass diese kein Vertragspartner sind, die Verträge und deren Änderungen zuzuleiten (KBV 2000, § 13 Abs. 1). Falls die KV die Bestimmungen der Rahmenvereinbarung beeinträchtigt sah, durfte sie ein Schlichtungsverfahren einleiten (KBV 2000, § 13 Abs. 2). Nach drei Jahren hätte der jeweiligen KV das Recht zum Beitritt gewährt werden müssen, allerdings ohne dass der Vertragsinhalt dadurch berührt wird (KBV 2000, § 13 Abs. 3). Die Gesetzeskonformität des letztgenannten Privilegs der KVen wurde von vielen Kassen in Zweifel gezogen (Wigge 2001, 17ff.).

⁴⁵ Eine Rahmenvereinbarung für den Krankenhausbereich gemäß § 140e SGB V war im Gegensatz zum ambulanten Bereich lediglich eine Kann-Bestimmung. Hier zeigt sich das geringere Maß verbandlicher Regulierung im Vergleich zum ambulanten Sektor. Eine Vereinbarung für die Krankenhäuser zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der GKV-Kassen trat zum 01.01.2002 in Kraft (DKG 2002a).

Das GMG hat diese noch verbliebenen Ansprüche der KVen beseitigt. Demnach entfällt die Rahmenvereinbarung und dürfen KVen keine Vertragspartner mehr sein. Ferner werden hinsichtlich der Vertragsteilnehmer anstelle von „Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte“ nun ausdrücklich auch einzelne Vertragsärzte zugelassen (neu: § 140b Abs. 1 SGB V). Außerdem ist, sofern Bedarf besteht, von den Kassen bis zu einem Prozent der kassenärztlichen Gesamtvergütungen für eine „Anschubfinanzierung“ der integrierten Versorgung aufzuwenden (neu: § 140d Abs. 1 SGB V). Ein anderer Aspekt könnte sich für den Einfluss der KVen von Bedeutung erweisen. So bedarf es der Mitarbeit der KVen bei der Bereinigung der Gesamtvergütung um die durch die Verträge ausgelagerten Behandlungskosten (§ 140f SGB V; KBV 2000, § 14). Ob hieraus die Möglichkeit einer Behinderung der Verträge erwächst, bedarf weiterer Beobachtung.

Durch die Integrierte Versorgung ist dem Wunsch der Kassen nach Einzelverträgen, zumindest für einen begrenzten aber sicherlich wachsenden Bereich der Versorgung, stattgegeben worden und zumindest juristisch ein Durchbruch in der Liberalisierung des Vertragsrechts erfolgt. Dessen ordnungspolitische Tragweite dürfte allerdings erst in einigen Monaten abzuschätzen sein. Mittelfristig könnte sich ein Sog in die integrierte Versorgung entwickeln, wenn niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser um die zu Lasten der sektoralen Budgets bereitgestellten Mittel konkurrieren (Schönbach 2003). Die DKG erklärte bereits, stellvertretend für ihre Mitglieder, dass die Krankenhäuser auf die Anforderungen vorbereitet seien (DKG 2003; DKG 2002b). Ferner präparieren sich die KVen sowie private Bildungsträger und Vereine, als Berater und Anbieter für Abrechnungsdienstleistungen in den neuen Markt einzusteigen (z.B. KV-Berlin 2004; BMC 2004).

5.2.5 Ausrichtung der ärztlichen Entscheidungen auf Kostendämpfung

Nicht nur über die Budgetierung und die Vertragsbeziehungen mit den Kassen wird ärztliche Leistungserbringung zur Kostendämpfung angehalten, sondern auch direkt über das Honorarsystem.

Bereits im GSG wurden wichtige Grundlagen für eine Reform des Honorarsystems geschaffen, welche die Ausrichtung der individuellen ärztlichen Entscheidungen an Kriterien der Mitteleffizienz verfolgte. So sollte die Honorierung nach Leistungskomplexen⁴⁶ erfolgen (§ 87 Abs. 2a SGB V) und die Vergütung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

⁴⁶ Leistungskomplexe fassen jene Einzelleistungen zusammen, die von einer Fachgruppe routinemäßig erbracht werden. Wird eine der enthaltenen Leistungen erbracht, kann das Komplexhonorar abgerechnet werden. Da diese Komplexe je Patient nur einmal im Quartal vergütet werden, wirken sie wie eine Pauschale.

neu geregelt werden (§ 87 Abs. 2c SGB V). Außerdem wurden die Möglichkeiten zu ambulanten Operationen (§ 115b SGB V) sowie vor- und nachstationärer Versorgung im Krankenhaus (§ 115a SGB V) erweitert. Vor dem Hintergrund der durch das GSG demonstrierten Fähigkeit zur Ersatzvornahme und der sich an das GSG anschließenden Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Seehofer, eine dritte Reformstufe vorzunehmen (Seehofer 1994), sah sich die KBV unter besonderen Handlungsdruck gesetzt, die im GSG zu 1996 geforderte Reform des Honorarsystems zügig umzusetzen (Gerlinger 1997a). Die KBV musste ihre Forderung nach Rückkehr zur ungedeckelten Einzelleistungsvergütung fallen lassen und die im GSG geforderte Reform des Vergütungssystems gegen heftige Widerstände aus der Mitgliedschaft durchsetzen.⁴⁷ Nachdem im Bewertungsausschuss am 31.08.1995 eine Einigung erzielt wurde, trat zum 01.01.1996 eine umfassendere Honorarreform in Kraft, die Elemente von Pauschalierungen beinhaltete (Gerlinger 1997a, 216ff.). Das neue Honorarsystem enthielt

- eine fachgruppenspezifische Ordinationsgebühr, welche die typischsten Leistungen der Fachgruppe zu einer je Quartal nur einmal abrechenbaren Pauschale zusammenfasste,
- eine Konsultationsgebühr, welche jeweils vergütet wurde, wenn ein Patient öfter als einmal im Monat den Arzt aufsuchte,
- weiterhin einzeln vergütete Leistungen, welche teilweise im Sinne der „sprechenden Medizin“ aufgewertet wurden und
- mengenmäßig abgestaffelte Einzelleistungen für technisch-apparative Leistungen.

Überdies wurde die neue hausärztliche Grundvergütung aufgestockt und im EBM ein hausärztlicher Versorgungsbereich definiert, welcher Leistungen enthielt, die nur von Hausärzten erbracht werden sollten (§ 87 Abs. 2a SGB V).⁴⁸

Die Honorarreform zum 01.01.1996 zog einen Anstieg der erbrachten Leistungen nach sich und löste unter Bedingungen der Budgetierung der Gesamtvergütung einen Verfall des

⁴⁷ Der erste Versuch, die sogenannte „Wittek-Reform“, wurde von der Mitgliederversammlung am 03./04.12.1993 abgelehnt (Gerlinger 1997a, 154ff.). Bis zur eigentlichen Honorarreform zum 01.01.1996 wurden lediglich zum 01.04.1994 Praxisbudgets für Laborleistungen eingeführt und eine hausärztliche Grundvergütung in den EBM aufgenommen (Gerlinger 1997a, 192ff.). Zum 01.10.1994 wurden einige für Hausärzte typische Leistungen im EBM aufgewertet.

⁴⁸ Die im Bundesmantelvertrag enthaltende Möglichkeit, in der Gesamtvergütung getrennte Vergütungsanteile für die verschiedenen Arztgruppen festzusetzen, wurde durch die Bundesregierung nachträglich im Rahmen des 2. GKV-NOG gesetzlich verankert (§ 85 Abs. 2c SGB V). Durch das GKV-GRG 2000 wurde die Trennung der Gesamtvergütung nach haus- und fachärztlicher Versorgung obligatorisch (§ 85 Abs. 4a SGB V). Die traditionell „hoheitliche“ Funktion der KVen, die Vergütung durch den Honorarverteilungsmaßstab an die einzelnen Arztgruppen zu verteilen, wurde dabei dadurch eingeschränkt, dass diese sich mit den Kassen im Bewertungsausschuss nunmehr über die Kriterien der Verteilung zu einigen haben.

Punktwertes aus. Um die Mengenexpansion zu bremsen, beschlossen KVen und Kassen im Bewertungsausschuss die Budgetierung der Ausgaben auf der Ebene der einzelnen Praxis (Praxisbudget)⁴⁹ ab 01.07.1997 (Gerlinger 1997b). Durch das 2. GKV-NOG wurden die Praxisbudgets abgeschafft und die Vergütung auf Basis von arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina⁵⁰ zum 01.01.1998 eingeführt (Baumann 1999). Die optimale Höhe des Honorars erreichte der Arzt durch die exakte Ausschöpfung seines Regelleistungsvolumens über die abgerechneten Leistungen. Die rot-grüne Bundesregierung kehrte zu 1999 wieder zur Budgetierung der Gesamtvergütung zurück. Die Praxisbudgets wurden wieder eingeführt.

Nach Plänen des Gesetzgebers soll die Budgetierung durch eine Reform des Honorarsystems endgültig überflüssig gemacht werden. Mit dem GMG wurde die Selbstverwaltung wiederum mit einer allerdings weitreichenderen Reform des Vergütungssystems beauftragt, welche die Honorarleistungen durch Abschaffung der Einzelleistungsvergütung und Zulassung von Fallpauschalen weiter pauschalieren soll (§ 87 Abs. 2a SGB V) und durch die Einführung von individuellen Regelleistungsvolumina die Budgetierung ersetzen soll (§ 85a SGB V). Hierzu sind die Parteien der Honorarverhandlungen aufgefordert, für den jeweiligen KV-Bezirk morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina zu erstellen. Ab 2007 sollen die Leistungen in Pauschalen zu festen Punktwerten vergütet werden, solange die jeweilige Facharztgruppe ein an den Regelleistungsvolumina orientiertes Gesamthonorar nicht überschreitet. Dabei soll die Schwere des Behandlungsfalls berücksichtigt werden („Risikoklassen“). Leistungen, welche das Regelleistungsvolumen überschreiten, werden nur mit zehn Prozent des Punktwertes vergütet. Der Behandlungsbedarf und die Regelleistungsvolumina sind jährlich zu überprüfen. Eine Verlagerung der Budgetierung auf die einzelnen Facharztgruppen entsteht nicht, da das facharztspezifische Regelleistungsvolumen durch die jeweilige KV in ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen umzurechnen ist (§ 85b SGB V). Das heißt, dass die jeweilige KV eine Obergrenze für den einzelnen Arzt nach Maßgabe des Behandlungsbedarfs seiner Patienten festzusetzen hat.

⁴⁹ Die Obergrenze der Vergütung des Arztes ergibt sich aus der Multiplikation der behandelten Fälle mit einem arztgruppenspezifischen Fallwert. Die Leistungen werden bis zu dieser „Punktzahlbergrenze“ nach Punktwerten vergütet. Jede weitere Leistung bleibt unvergütet. Eine Steigerung des individuellen Honorars gelingt über die Erhöhung der Zahl der Behandlungsfälle und die restriktive Gewährung von Leistungen. Übersteigen die Fallzahlen jedoch den arztgruppenspezifischen Durchschnitt, wird die Fallpunktzahl für diese Patienten abgestaffelt reduziert. In dem Maße, wie die Ärzte ihr Budget durch eine Fallzahlerhöhung ausdehnen, sinkt der Punktwert.

⁵⁰ Dem Arzt werden bis zu einer Obergrenze, dem Regelleistungsvolumen, die Leistungen zu einem festen Punktwert vergütet. Die Steigerung des Honorars gelingt durch eine Mengenausweitung bis zum Regelleistungsvolumen. Die Höhe des arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens ergibt sich aus der Summe der in der Gesamtvergütung enthaltenen Regelleistungsvolumina. Je mehr Ärzte niedergelassen sind, umso niedriger die Regelleistungsvolumina.

Eine gesetzestreue Umsetzung dieser Maßnahmen dürfte zur Folge haben, dass die Anreize zur Steigerung der Leistungsmenge weitgehend ins Gegenteil umschlagen werden, wodurch eine Budgetierung der Gesamtvergütung überflüssig würde. Während sich die Zahl der Behandlungsfälle am arzt spezifischen Regelleistungsvolumen orientiert, ist davon auszugehen, dass Leistungskomplexe und Fallpauschalen zur Leistungsminimierung anreizen. Inwiefern die nach Risikoklassen gestaffelte Vergütung eine Risikoselektion durch den Arzt verhindert, bedarf der Überprüfung.

5.3 Konsequenzen für die Verbände

Die dargestellten Modifikationen im gesundheitspolitischen Steuerungssystem haben Auswirkungen auf die inter- und intraorganisatorischen Ressourcen der Verbände. Nachhaltige Veränderungen betreffen die Steuerungskompetenzen der Institutionen, die Verpflichtungsfähigkeit der Mitglieder der Verbände sowie die Strategiefähigkeit der teilnehmenden Verbände:

1. Die Entscheidungskompetenzen korporatistischer Institutionen wurden zwar ausgeweitet, jedoch sind die Steuerungskompetenzen der Mesoebene im Steuerungssystem aufgrund des Bedeutungszuwachses staatlicher Interventionen und sozialrechtlicher Vorschriften sowie neuer ökonomischer Anreizsysteme in Relation zu den anderen Ebenen gesunken. Außerdem stehen die korporatistischen Institutionen unter dem Vorbehalt weiterer wettbewerbskonformer Umgestaltung.
2. Die Verpflichtungsfähigkeit der Verbände scheint erstens durch die zunehmenden Interessenkonflikte der Mitglieder und zweitens durch liberalisierende Änderungen im Sozialrecht nachhaltig beeinträchtigt worden zu sein.
3. Die Strategiefähigkeit der Teilnehmer in den Verhandlungssystemen wurde durch Rahmenvorgaben des Staates eingegrenzt und ist inhaltlich durch die gewandelten Handlungslogiken der Mitglieder bestimmt.

Die zurückliegenden Gesundheitsreformen scheinen per Saldo die Steuerungskompetenz korporatistischer Gremien in Frage zu stellen, sowie die Organisationsfähigkeit der Verbände zu belasten. Die Konsequenzen für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung sind in ihrer Tragweite noch nicht abzusehen, jedoch werfen die bereits feststellbaren Entwicklungen die Frage der Funktionsfähigkeit der Institutionen auf.

5.3.1 Steuerungskompetenzen

Als Steuerungskompetenz können die Möglichkeiten eines Akteurs angesehen werden, Entscheidungen zu treffen, welche den Output des Systems, also Umfang und Verteilung von Gesundheitsleistungen, beeinflussen. Dabei werden auf den unterschiedlichen Ebenen des Steuerungssystems inhaltlich unterschiedliche Entscheidungen getroffen, beziehen sich Entscheidungen also auf unterschiedliche Handlungen der Akteure (Abbildung 2). So obliegt es dem Staat die Struktur des Steuerungssystems zu modifizieren, also den Steuerungsebenen Steuerungskompetenzen zu übertragen (Strukturreformen). Außerdem werden die Aktivitäten der Verbände und der Individualakteure reguliert (staatliche Regulierung). Die Verbände regulieren das Verhalten ihrer Mitglieder (verbandliche Regulierung). Die Individualakteure auf der einzelwirtschaftlichen Mikroebene interagieren als Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen (Marktprozesse).

Abbildung 2: Entscheidungskompetenzen nach Ebenen des Steuerungssystems

	Entscheidungskompetenzen
Makroebene	Strukturreformen staatliche Regulierung
Mesoebene	verbandliche Regulierung
Mikroebene	Marktprozesse

Die Möglichkeiten der korporatistischen Akteure, durch Entscheidungen Einfluss auf den Output des Systems zu gewinnen, wurden seit 1977 erweitert und neue Ausschüsse eingerichtet. So wurden die Kompetenzen des BAK hinsichtlich der Erstellung von Rahmenrichtlinien insbesondere bezüglich der Qualitätssicherung ausgeweitet. Aktuell existieren gemäß § 92 SGB V 22 Richtlinien (siehe Anhang Tabelle 3) zu den Bereichen

- ärztliche Behandlung,
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie,

- Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
- Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
- Bedarfsplanung,
- medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
- Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation.

Außerdem obliegt dem BAK die Zulassung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren gemäß § 135 SGB V, sowie der Ausschluss von Leistungen aus dem Leistungskatalog.

Als neue Institutionen wurden am 29.08.2001 der Ausschuss Krankenhaus und am 26.09.2001 der Koordinierungsausschuss eingerichtet. Der Ausschuss Krankenhaus beurteilte inzwischen drei Behandlungsmethoden und der Koordinierungsausschuss verabschiedete Leitlinien für strukturierte Behandlungsprogramme zu vier Indikationen (s.o.). Am 13.01.2004 wurden die Ausschüsse zum Gemeinsamen Bundesausschuss zusammengefasst.

Gleichwohl neue korporatistische Institutionen geschaffen wurden und die Richtlinien-, also Regulierungskompetenzen der Selbstverwaltung ausgeweitet wurden, erscheint die These von der „Korporatisierung“ nicht zutreffend. Die einsetzende Ausweitung staatlicher Steuerung durch den Ausbau der gesetzlichen Rechtsgrundlagen und die gewachsene Bedeutung direkter staatlicher Interventionen sowie ökonomischer Anreizsysteme auf der Mikroebene relativieren seit 1992 die Bedeutung korporatistischer Steuerung für den Systemoutput trotz der Zunahme von Entscheidungskompetenzen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Neuverteilung von Steuerungsfunktionen zwischen den Ebenen des Steuerungssystems 1992-2003

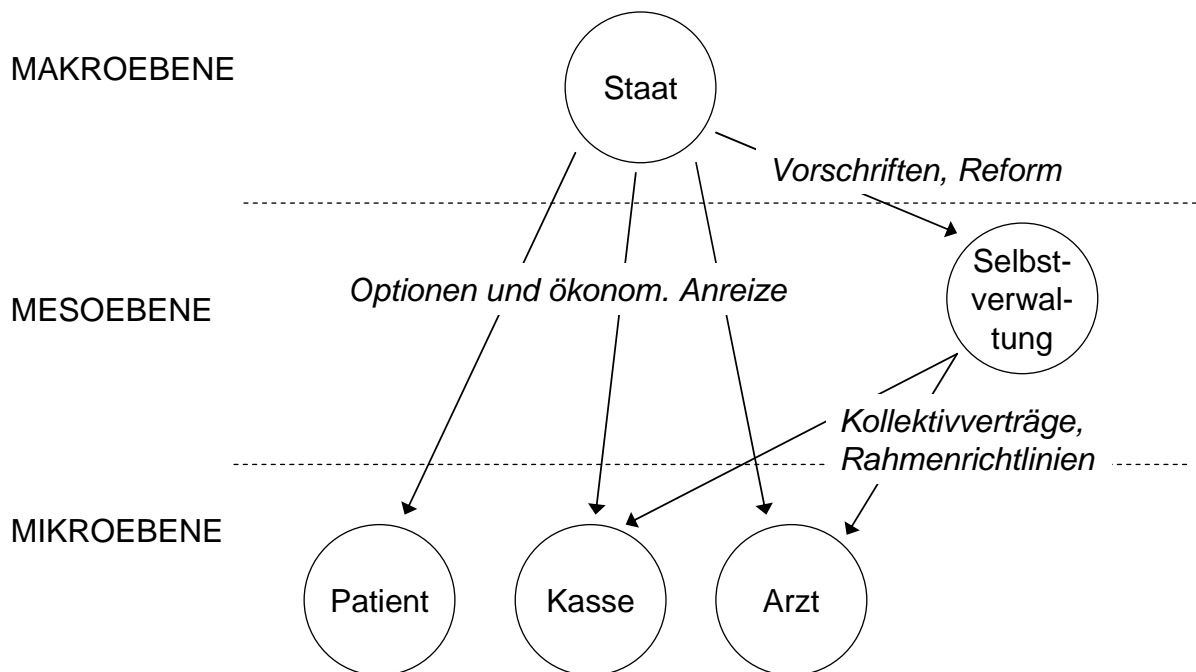
	Steuerungskompetenz	Entscheidungskompetenz
Makroebene	+	++
Mesoebene	-	+
Mikroebene	+	++

Dass die Entscheidungskompetenzen auf den drei Ebenen des Steuerungssystems gleichzeitig zunehmen konnten, ist dadurch zu erklären, dass der Umfang an Entscheidungsoptionen im

Steuerungssystem wächst. Dem Zuwachs an Optionen folgt also ein Zuwachs an Entscheidungen. Zwar werden auf allen Ebenen des Steuerungssystems mehr Entscheidungen getroffen, jedoch scheint der Einfluss des Staates auf den Output des Systems dabei gestiegen zu sein, wie auch der Einfluss der Individualakteure zugenommen haben dürfte.

Der Einfluss des Staates auf den Output ist insbesondere durch dessen Eingriffe ins Steuerungssystem bewirkt worden (Abbildung 4). Durch die Differenzierung der Versorgungsformen im Sozialrecht, erweiterte staatliche Regulierung die Optionen der Kassen und Ärzte die Leistungserbringung und deren Finanzierung zu organisieren. Da Verbände in diesen Bereichen die Entscheidungsautonomie von Kassen und Ärzten durch Rahmenrichtlinien und Kollektivverträge nur noch bedingt begrenzen können, sinkt ihr Einfluss und mithin ihre Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem. Demgegenüber werden die Entscheidungen der Individualakteure nun durch neu gesetzte ökonomische Anreize beeinflusst. Zwar setzte die Selbstverwaltung die Honorarreformen um, die Zielsetzung der Kostendämpfung war vom Staat aber vorgegeben.

Abbildung 4: Beeinflussung der Entscheidungen der Akteure im Steuerungssystem durch Gesundheitsreformen



Verhaltensänderungen bei den Kassen, z.B. deren Verschuldung, dürften in den letzten Jahren insbesondere durch den Kassenwettbewerb hervorgerufen worden sein. Veränderungen bei der Leistungserbringung durch die Ärzte, z.B. die Verminderung der Erbringung technisch-

apparativer Leistungen oder die Beachtung von Budgets, dürften den durch Honorarreformen gesetzten ökonomischen Anreizen folgen. Kollektivverträge und Rahmenrichtlinien der korporatistischen Akteure scheinen aufgrund dieser neuen Faktoren weniger Einfluss auf die Entscheidungen der Individualakteure zu haben, als noch vor Jahren.

Die Beobachtung, dass Steuerungskompetenzen neu verteilt werden, regte Politikwissenschaftler zur Kreation des Begriffs „Wettbewerbskorporatismus“ an (Urban 2001; Döhler 2002; ursprünglich „Competitive Corporatism“ siehe Rhodes 1997; Rhodes 2001), ohne dass für das Politikfeld Gesundheit das Zusammenwirken von Kollektivverträgen und Wettbewerb bisher in ein darstellbares Modell gebracht worden ist. Da kein Entwurf eines wettbewerbskorporatistischen Steuerungssystems vorliegt, besteht derzeit keine Klarheit darüber, ob und in welcher Weise der Staat in der Zukunft korporatistische Akteure in die Regulierung des Gesundheitssystems einbezieht.

Einerseits wird erwartet, dass die Einführung von Wettbewerb kollektivvertragliche Regulierung nach sich zieht, also eine Ausweitung des Einflusses der Verbände auf Entscheidungen ihre Mitglieder, weil sozialpolitische Standards gewährleistet werden sollen (Gerlinger 2002c, 145). Damit wäre es gerechtfertigt, von einer Fortsetzung der „Korporatisierung“ in wettbewerbskonformer Form zu sprechen. Andererseits erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass die Einführung von Wettbewerb durch eine Liberalisierung des Kollektivvertragsrechts erreicht werden soll. Wie die Verträge zur integrierten Versorgung zeigen, besteht zumindest im Vergütungssystem bereits eine Exit-Option aus den Kollektiv- in die Einzelverträge. Welche Regulierungskompetenzen die KVen angesichts der politischen Bestrebungen, Wettbewerb unter den Leistungserbringern auszulösen, behalten, bedarf weiterer Beobachtung.

Welche Wirkungen der Wettbewerbsoptimismus in der gesundheitspolitischen Debatte bezüglich der Steuerungskompetenzen korporativer Akteure entfaltet, könnte auch vom Zeitpunkt der Einführung von Regulierungsmaßnahmen abhängig sein. Die politischen Chancen einer Regulierung des Wettbewerbs scheinen dann Aussicht auf Erfolg zu haben, wenn sie zeitnah zur Einführung von Wettbewerbselementen erfolgt. Die politische Unterstützung der Einzelverträge durch die Finanzierungsträger verdeutlicht das starke Interesse der Kassen an der Liberalisierung des Vertragsrechts mit den Leistungserbringern. Wie das Beispiel des Gesundheitssystems der USA nahe legt, gelingt staatliche Regulierung desto weniger, je besser sich die ökonomischen Interessen im Steuerungssystem als Liberalisierungslobby etablieren können (vgl. Giaimo 2001; vgl. Saltman 2002; vgl. Stone 1996) und die Umsetzung notwendiger Regulierungsmaßnahmen verhindern. Dass die gesetzlichen Krankenversicherungen keine Kapitalrücklagen bilden dürfen, spielt dabei keine wesentliche Rolle, denn wie sich

an den wissenschaftlichen und publizistischen Aktivitäten der Kassen ablesen lässt, reichen die Mittel in jedem Fall, um eine hegemoniale Stellung in der gesundheitspolitischen Reformdebatte anzustreben. Es erscheint also plausibel, dass auch in Deutschland eine staatliche Regulierung des entstehenden Gesundheitsmarktes dann politisch durchsetzbar ist, wenn die „wettbewerbszentrierte Reregulierung“ (Gerlinger 2004) zeitgleich oder zeitnah mit der Einführung von Wettbewerbselementen erfolgt. Entsprechende Auflagen für die Marktteilnehmer, wie Zulassungsverfahren oder obligatorische Qualitätsstandards, dürften im Rahmen einer „nachholenden Reregulierung“ (Abbildung 5) schwer politisch durchsetzbar sein.⁵¹

Abbildung 5: Vergleich von „wettbewerbszentrierter Reregulierung“ und „nachholender Reregulierung“

	wettbewerbszentrierte Reregulierung	nachholende Reregulierung
t₁	Liberalisierung + Reregulierung	Liberalisierung
t₂	Liberalisierung + Reregulierung	Reregulierung

Ob eine wettbewerbszentrierte Reregulierung durch den Staat erfolgt und welche Funktionen korporatistischen Akteuren dabei zugeordnet ist, kann hier noch nicht beantwortet werden. Während die Einrichtung des Instituts für Qualität in der Medizin darauf hindeutet, dass der Staat auf die Einhaltung von Qualitätsstandards auch unter Wettbewerbsbedingungen drängt, deutet die Bildung des gemeinsamen Bundesausschusses zunächst nicht auf eine zeitnahe Reregulierung hin. Das Institut eröffnet Möglichkeiten, Steuerungskompetenzen von der Mesoebene auf die Makroebene zu transferieren. Die Bildung des Gemeinsamen Bundesausschusses kann die Behinderung korporatistischer Reregulierung zur Folge haben.

⁵¹ Angesichts der Rahmenbedingungen staatlicher Steuerung in Gesundheitssystemen, welche die Kosten staatlicher Steuerung stetig erhöhen (siehe Abschnitt 2.1.1 und insbesondere 2.1.2) und der starken Wettbewerbslobby, erscheint es nicht ausgeschlossen, dass die kommenden Bundesregierungen sich primär durch Deregulierung und Wettbewerb von Steuerungskosten zu entlasten suchen. Die Kosten der Reregulierung nehmen die politischen Entscheidungsträger möglicherweise erst auf sich, wenn die versorgungspolitisch negativen Effekte von Wettbewerb im Gesundheitssystem (siehe Abschnitt 6.2) starken politischen Handlungsdruck erzeugen. Wenn Gesundheitsreformen, welche den Wettbewerb nachholend zu regulieren suchen, zu diesem Zeitpunkt auf bereits formierte ökonomische Interessen der Finanzierungsträger stoßen, könnten die politischen Kosten dieser Konfrontation die Risiken des Scheiterns der Reregulierung vergrößern. Selbst wenn eklatante Defizite in der Versorgung die politische Unterstützung für die Reregulierung wieder erhöhen, erscheint es wünschenswert diese nicht intendierten versorgungspolitischen Nebenwirkungen von Wettbewerb durch zeitnahe Reregulierung vor ihrer Entstehung zu vermeiden.

- Die Pläne des BMGS, ein unabhängiges Zentrum für Qualität in der Medizin einzurichten, lassen eher auf ein geringes Vertrauen der Politik gegenüber der Selbstverwaltung schließen. Ob die durch einen politischen Kompromiss im Gesetzgebungsverfahren des GMG gewählte Lösung, der Gründung einer Stiftung für Qualität in der Medizin durch die Selbstverwaltung als Betreiber des neuen Instituts, zu einer Einbindung in das bestehende korporatistische Institutionengefüge führt, oder langfristig ein Substitut für die Selbstverwaltung aufgebaut wird, ist noch nicht abzusehen. Die spätere Überführung des Instituts in eine staatliche Finanzierung erscheint nicht ausgeschlossen, zumal diese Einrichtung als Forschungsinstitution von Anfang an einen wesentlichen Teil der Aufträge und Mittel aus dem BMGS erhalten dürfte.
- Die Abschaffung des Koordinierungsausschusses und die Einrichtung eines „Gemeinsamen Bundesausschusses“ mit Richtlinienkompetenzen für die ambulante, stationäre, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung ist sicher ein weiterer Schritt zur institutionellen Integration der Versorgungsbereiche. Wie sich an den Verträgen zur integrierten Versorgung heute schon erkennen lässt, befördert die Integration der Versorgung die Auflösung der Regelungsbereiche sektoraler Verhandlungssysteme zumindest dann, wenn die Finanzierungsmodalitäten allein von den Finanzierungsträgern festgelegt werden. Über die Frage der Honorierung entscheidet in den Verträgen nach § 140a-d die jeweilige Kasse. Der teilnehmende Arzt kann lediglich beitreten. Dass die durch die Honorierung gesetzten Anreize durch Verbände reguliert werden, ist unwahrscheinlich geworden. Erstens sind die Rahmenvereinbarungen nach § 140d und § 140e seit dem 01.01.2004 rechtsunwirksam geworden. Zweitens erscheint es unwahrscheinlich, dass die ursprünglich beabsichtigte Festsetzung von „Mindeststandards“ nunmehr im Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen kann. Während der Abschluss zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV noch durch den Kompromiss zweier konkurrierender Interessen auszuhandeln gewesen ist, wäre dabei nämlich die Einigung zwischen den Kassen und den Niedergelassenen, zwischen den Kassen und den Krankenhausgesellschaften sowie den Niedergelassenen und den Krankenhausgesellschaften notwendig. Durch die Beteiligung dreier Parteien erhöht sich das Risiko des Verhandlungsdilemmas.⁵² Die Zusammenfassung zum Gemeinsa-

⁵² Bei bipartistischen Verhandlungen kann der Staat durch Androhung der Ersatzvornahme noch eingreifen. Um einen Abschluss zu erzwingen, kann er sich an die Position einer Partei, z.B. jener der KBV, anlehnen und mit dieser eine Koalition gegen die andere Partei, z.B. die Kassen, eingehen. Versucht er dieses bei drei konkurrierenden Parteien, ist es wahrscheinlich, dass zwei Parteien protestieren werden. Der Protest *zweier*

men Bundesausschuss kann also zu negativer Koordination führen. Die Folge wäre eine Liberalisierung, denn um solche wenig aussichtsreichen Verhandlungen zu vermeiden, könnte der Staat auf die Beauftragung zur Entwicklung von Rahmenvereinbarungen auch weiterhin verzichten. Im Ergebnis besteht hinsichtlich der Honorierung innerhalb der integrierten Versorgung keine verbandliche Regulierung in Form von Mindeststandards mehr.

Sowohl bezüglich der Arbeit des Instituts für Qualität in der Medizin, als auch des Gemeinsamen Bundesausschusses, liegen zu diesem Zeitpunkt natürlich noch keine Erfahrungswerte vor. Daher ist noch offen, ob diese Maßnahmen des GMG die Steuerungskompetenzen korporativer Verhandlungssysteme wesentlich verringern werden.

5.3.2 Verpflichtungsfähigkeit der Mitglieder

Eine wichtige Voraussetzung für die Übernahme von Steuerungsfunktionen bei der Regulierung des Wettbewerbs durch korporative Akteure und Institutionen stellt deren Handlungsfähigkeit dar. Die Möglichkeiten Entscheidungen zu beschließen und ihre Mitglieder auf diese zu verpflichten sind im Zuge der zurückliegenden Reformen starken Wandlungen unterworfen. Erforderlich erscheint die Unterscheidung von drei Analyseebenen:

1. die Koordination auf der Bundesebene,
2. die Koordination zwischen der Bundesebene und der Landesebene und
3. die Koordination zwischen Verband und Einzelmitglied.

Die Voraussetzungen für eine Abstimmung der Akteure auf der Bundesebene dürften sich aufgrund der obig bereits beschriebenen Zentralisierungsprozesse verbessert haben. Während hier seitens der Vertragsärzte ohnehin nur die KBV agiert, wurden die acht verschiedenen Bundes- bzw. Spitzenverbände der Kassenarten der GKV durch eine weitgehende Angleichung der sozialrechtlichen Stellung und den Risikostrukturausgleich „homogenisiert“. Die Vereinheitlichung des Kassenrechts reduziert einerseits die Komplexität der Beziehungen zum Staat und den Kassenärzten, stellt andererseits aber auch eine Voraussetzung für gleiche Wettbewerbsbedingungen in der GKV her. Der Gesetzgeber hat zwar keinen Zentralverband als öffentlich-rechtliche Körperschaft institutionalisiert, aber die Parallelität der Interessen in den Außenbeziehungen zur KBV und dem Staat ermöglichen eine abgestimmte gesundheits-

Parteien, z.B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassen, dürfte die politischen Kosten der Ersatzvornahme wesentlich erhöhen.

politische Positionierung der einzelnen Kassenarten im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Im Sinne einer rationelleren Normsetzung in jenen sozialrechtlichen Bereichen, in denen gemeinsam und einheitlich zu beschließen ist, erscheint hier ein Zentralverband aufgrund der formalisierten Entscheidungsprozesse und der eigenständigen personellen Ressourcen allerdings vorteilhafter (vgl. Reiter 1996).

Angesichts der Segmentierung des Verbändesystems sind analytisch auch die Beziehungen zwischen den Bundes- und Landesverbänden zu beachten. Bei den Finanzierungsträgern scheint die Koordinierung eher unproblematisch zu sein, denn aufgrund der geringen interregionalen Konkurrenz liegt in regionaler Autonomie kein Vorteil. Verteilungskonflikte zwischen Kassen verschiedener Regionen sind daher weniger wichtig und die Entscheidungsbildung auf der Bundesebene wird durch regionale Positionen weniger beeinträchtigt. Demgegenüber scheinen die Beziehungen zwischen der KBV und den KVen durchaus nicht immer spannungsfrei zu sein. Hier erschwert die föderale Struktur die Durchsetzung staatlicher Gesundheitspolitik, da seitens der KBV keine direkte Weisungsbefugnis gegenüber den KVen besteht (Webber 1992). Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Einfluss der einzelnen KVen auf die Bundesebene und somit die Ausgestaltung der Bundesmantelverträge erheblich ist. So bedürfen die Aktivitäten der Bundesspitze vorab einer Abstimmung mit den regionalen Einheiten, was eine Kompromissfindung in den Kollektivverhandlungen erschwert.

Die föderale Fragmentierung spiegelt sich auch in der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden wider. So ist für die KBV das BMGS zuständig, für die KVen jedoch das einzelne Bundesland. Die Durchsetzung des gesetzlich fixierten Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Honorarverhandlungen wird durch die Zuständigkeit der Länder nicht gerade befördert. Inwiefern diese auf die Vereinigungen Einfluss nehmen, ist nicht hinreichend untersucht. Bei Betrachtung der Honorarverhandlungen wird jedoch das Interesse der Landesregierung an der Sicherstellung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich deutlich, was sie gegenüber den KVen tendenziell nicht zur Durchsetzung der Kostendämpfung motiviert.

Die wesentlichen Probleme der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Verbände scheinen auf der Ebene der Beziehungen zwischen Verband und Einzelmitglied zu liegen. Dabei sind die Schwierigkeiten, bindende Beschlüsse für die Mitgliedschaften zu fassen, bei den Kassenverbänden wohl noch größer als auf der Seite der Ärztevertretungen.

Bezüglich der Finanzierungsträger ist zu konstatieren, dass die Konkurrenzsituation der Kassen und die sich hieraus ableitende Suche nach Wettbewerbsvorteilen (Haenecke 2001a) die Akzeptanz kollektiv bindender Beschlüsse verringert. Während die Kassen Anfang der neunziger Jahre noch eine kollektivvertragliche Regulierung des Wettbewerbs befürworteten (AG-

GKV 1994, 15ff.), werden Kollektivverträge heute vor allem als Behinderung im Wettbewerb um Versicherte wahrgenommen (z.B. Hermann 2003). Sowohl die im Gemeinsamen Bundesausschuss gefassten Beschlüsse als auch die nach Kassenarten einheitlich erzielten Abschlüsse der Honorarverhandlungen auf der Ebene der KV-Bezirke behindern die Kassen bei der Suche nach Wettbewerbsvorteilen. So drängen einige Kassen bereits auf eine Lockerung gesetzlicher Vorgaben, z.B. zum Leistungskatalog, in der Hoffnung, sich hierdurch Wettbewerbsvorteile verschaffen zu können. In diesem Sinne ist auch die geplante Reform des RSA mit der Integration eines Faktors für das Morbiditätsrisiko für Kassen mit günstiger Risikostruktur unattraktiv, während für Kassen mit ungünstiger Risikostruktur deren wirtschaftliche Existenz davon abhängt.

Auf der Seite der Leistungsanbieter stellen sich die Interessen der Mitglieder, also der einzelnen Ärzte, wesentlich anders dar. Die Mitgliedschaft in den Vereinigungen sichert zunächst durch den Kontrahierungszwang einen Anteil an der Gesamtvergütung und schützt vor Preiskonkurrenz mit Standeskollegen. Nachteilig erscheint die Mitgliedschaft in den KVen allerdings dann, wenn sich eine Arztgruppe innerhalb der Vertretung der Niedergelassenen, z.B. beim Honorarverteilungsmaßstab, benachteiligt sieht. Insbesondere die Hausärzte, die nach den Vorstellungen der Politiker mehr Funktionen bei der Versorgung übernehmen sollten, sehen sich durch die Kollektivvertretung der KVen an einer Besserstellung gehindert (Gerlinger 1997a; Gerlinger 2002b, 26; Rosenbrock/Gerlinger 2004). Den Hausärzten sind vom Gesetzgeber durch die Ablösung ihres Anteils von der Gesamtvergütung und die sozialrechtlich eingeräumten Optionen der hausarztzentrierten Versorgung allerdings auch schon Vorteile gegenüber ihren fachärztlichen Kollegen zugestanden worden. Zwar ist die Zustimmung der Ärzte zu ihren Verbänden und Vereinigungen messbar gesunken (Brechtel 2001; Birkelbach 2003) und die Kohärenz in der Mitgliedschaft der KVen ist gering (Abschnitt 5.1.5), jedoch dürfte im Falle der KVen die Organisationsfähigkeit weiterhin primär durch die rechtlichen Rahmenbedingungen (Privileg der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung) und die ökonomischen Anreize (bessere Verdienstmöglichkeiten innerhalb der Gesamtverträge als außerhalb) bestimmt werden.

Diese Rahmenbedingungen könnten sich mittelfristig natürlich verändern, wenn der Gesetzgeber neue Versorgungsformen weiter fördert und den Ärzten somit eine Exit-Option aus der klassischen Regelversorgung einräumt. Die bisherigen Angebote in Form des Belegarztwesens, der Modellversuche, der Strukturverträge und der Gesundheitszentren sind keine finanziell attraktiven Offerten und gefährden auch rechtlich die Einflussosphäre der KVen nicht. Die integrierte Versorgung hingegen ermöglicht den Ärzten abgesehen von der Zulassung durch

die KVen einen Austritt aus dem Regelungsbereich der Vereinigungen und die Erschließung neuer Finanzquellen im Rahmen der GKV, indem Mittel aus der ambulanten Gesamtvergütung wie auch dem stationären Sektor abgezogen werden können. In dem Maße, wie die integrierte Versorgung ausgebaut wird und Einzelverträge zwischen Kassen und niedergelassenen Ärzten um sich greifen, werden die Regelungsbereiche der Kollektivvertretungen durch die KVen und die Landesverbände der Kassenarten reduziert. Die Einzelverträge scheinen dabei auch außerhalb der integrierten Versorgung keine politisch gänzlich unrealistische Reformoption mehr zu sein. Immerhin enthielt der Gesetzentwurf der SPD und der Grünen zum GMG bereits die Abschaffung der Kollektivverträge für sich neu niederlassende Fachärzte (BT 15/1170, 75). Bemerkenswert ist auch, dass bei Modellvorhaben und Verträgen zur integrierten Versorgung von Anfang an die einzelne Kasse Vertragspartner sein durfte.

Der Trend der letzten dreißig Jahre weist bezüglich der Handlungsfähigkeit der Verbände insgesamt eine verbesserte Koordinierung zwischen den Verbänden auf. Hingegen scheinen die Interessenkonflikte zwischen den Einzelmitgliedern stark zugenommen zu haben. Diese verringern nachhaltig die Akzeptanz verpflichtender Beschlüsse bei den Mitgliedern.

5.3.3 Strategiefähigkeit

Bei der Strategieformulierung müssen die Verbände den Wandel ihrer Umwelt berücksichtigen. Zur originären Handlungslogik, welche traditionell auf die Wahrnehmung der Interessen ihrer Mitglieder gerichtet ist, treten nun beschränkende interorganisatorische wie auch intraorganisatorische Faktoren. Die Verbände der Finanzierungsträger wie auch der Leistungsanbieter sehen sich in ihrer Strategiefähigkeit heute stärker denn je dadurch beschränkt, dass

- die Beauftragung durch den Staat zur Herstellung von Richtlinien Ressourcen bindet und zur Kooperation mit den anderen Akteuren zwingt,
- staatliche Vorgaben in Form detaillierterer gesetzlicher Regelungen immer enger gefasst werden,
- die glaubwürdige Androhung der Ersatzvornahme durch den Staat Zeitdruck erzeugt und
- die Konsens- und Entscheidungsfähigkeit durch die Interessenkonflikte innerhalb der Mitgliedschaft herabgesetzt ist, wobei die Kassenverbände insbesondere mit der ausgeprägten wirtschaftlichen Konkurrenz ihrer Einzelmitglieder konfrontiert sind, welche das Interesse der Kassen an kollektivvertraglichen Regelungen beseitigt hat.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen tritt hinzu, dass

- die Unzufriedenheit der Mitglieder mit der Verbandsführung und die internen Interessenkonflikte in der Mitgliedschaft die einstmals gute politische Mobilisierungsbereitschaft reduzieren,⁵³
- die Tendenzen im Vertragsrecht zur Lockerung der Kollektivvertretung das Vertrauen in die ärztliche Solidargemeinschaft und die Zukunftsfähigkeit der Organisation in Frage stellen und
- die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses langfristig die Autonomie des ambulanten Versorgungssektors verringern könnte.

6 Zukunft des Steuerungssystems

Durch die Gesundheitsreformen seit den siebziger Jahren veränderte der Staat die Struktur des gesundheitspolitischen Steuerungssystems in Deutschland nachhaltig. Während er bis zum GSG von 1992 vor allem die Kompetenzen der korporatistischen Akteure ausweitete, setzte er ab diesem Zeitpunkt verstärkt auf direkte staatliche Intervention und ökonomische Anreize. Neben der verbandlichen Mesoebene erlangten dadurch die staatliche Makroebene wie auch die einzelwirtschaftliche Mikroebene größere Bedeutung für die gesundheitspolitische Steuerung. Ob aus der fortgesetzten Modifikation des Steuerungssystems durch den Staat gefolgert werden kann, dass dieser Regulierungskompetenzen langfristig an sich zieht, kann hier nicht mit letzter Sicherheit beantwortet werden.

Die ergriffenen Maßnahmen institutionalisieren überwiegend nicht staatliche Regulierung (vgl. Kaufmann/Rosewitz 1983, 41), also die Einschränkung des Handlungsspielraumes nichtstaatlicher Akteure durch rechtliche Vorschriften gemäß detaillierter Programme. Vielmehr ist die Kontrolle befristet oder bewirken die neuen Vorschriften eine Delegation von Steuerungskompetenzen:

- Die Substitution der Selbstverwaltung durch staatliche Intervention (Abschnitt 5.2.1), vor allem die Einführung der Budgetierung, ist als vorübergehende *negative Sanktion* gegen die Selbstverwaltung durch Entzug von Steuerungskompetenz zu bewerten. Die Budgetierung ist als Ersatzvornahme eingesetzt worden, um nach gescheiterten politischen Appellen den Ausgabenanstieg wirksam zu bremsen. Bereits 1997 sollte diese

⁵³ Das Scheitern des Ärztestreiks im Frühjahr 2003 deutet darauf hin, dass die Interessenvertretung der Ärzte ihre Organisationsfähigkeit teilweise schon verloren hat (ÄZ 2003c; BMGS 2003a). Die schlechte Presse, die der „Dienst nach Vorschrift“ nach sich zog, dürfte die zukünftige Mobilisierungsbereitschaft der Ärzte zusätzlich belasten (ÄZ 2003a).

Zwangsmaßnahme durch die Einführung der Regelleistungsvolumina wieder abgeschafft werden. Dies soll bis 2007 endgültig umgesetzt werden.

- Die als Hierarchisierung der Selbstverwaltung bezeichnete Begrenzung des Entscheidungsspielraums der korporativen Akteure durch die Sozialgesetzgebung (5.2.2), kann zwar als eine Form *regulativer Steuerung* angesehen werden, jedoch ist noch nicht abzusehen, welche Ziele der Staat mit dieser gewonnenen Vormachtstellung gegenüber der Selbstverwaltung verfolgt und ob er diese zur Regulierung des Systems nutzt. Einerseits eröffnet sich die Möglichkeit, Wettbewerb herzustellen, indem die Liberalisierung des Kollektivvertragssystems durchgesetzt wird. Andererseits scheinen die Chancen gestiegen, korporatistische Akteure bei der Reregulierung des Wettbewerbs einzusetzen.
- Die Zentralisierung der Entscheidungsprozesse in der Selbstverwaltung, wie auch perspektivisch der staatlichen Rechtsaufsicht (5.2.3), kann als *institutionelle bzw. prozedurale Steuerung* angesehen werden, denn es wird lediglich die Arbeitsfähigkeit des Steuerungssystems verbessert, ohne Entscheidungskompetenzen auf den Staat zu verlagern.
- Die Implementation von *ökonomischen Anreizen* zur Sparsamkeit, zunächst durch eine Privatisierung der Behandlungskosten, später vor allem durch die Einführung des Kasennettwettbewerbs (5.2.4) und die Pauschalierung bei der Honorierung der Ärzte (5.2.5), delegiert die Dämpfung der Kosten klar auf die einzelwirtschaftliche Ebene. Ein wesentlicher Teil der durch die letzten Gesundheitsreformen neu geschaffenen sozialrechtlichen Vorschriften dient unmittelbar oder mittelbar der Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Diese zielt klar darauf, den Staat bei der Steuerung, insbesondere der Kostendämpfung, zu entlasten.

Die Bilanz der Gesundheitsreformen in Deutschland führt tendenziell zur Hypothese, dass die staatlichen Maßnahmen primär dem Umbau des Steuerungssystems dienen. Aus der Zunahme der Reformaktivitäten kann derzeit noch nicht gefolgert werden, dass der Staat wesentliche Steuerungsfunktionen behält. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass er zu seiner Entlastung von Steuerungskosten wesentliche Steuerungskompetenzen auf die einzelwirtschaftliche Mikroebene transferiert. In welchem Maße und zu welchem Zeitpunkt eine Reregulierung dieses Prozesses durch den Staat erfolgt, ist offen.

6.1 Rehierarchisierter Wettbewerbskorporatismus

Systeminterne und systemexterne Faktoren weisen auf langfristig steigende Steuerungskosten hin (Abschnitt 2.1) und Gesundheitsreformen in Deutschland und in anderen Staaten zeigen eher in die Richtung eines ökonomisierten und „politikfernen“ Gesundheitssystems (2.2). Es erscheint wahrscheinlich, dass auch der deutsche Staat Steuerungskompetenzen delegieren wird. Für Deutschland ergeben sich dabei zwei Optionen:

- Die Delegation von Steuerungskompetenzen hauptsächlich auf die Mikroebene. Es entstünde ein Gesundheitsmarkt, der durch den Staat wettbewerbsrechtlich und sozialpolitisch zu regulieren wäre.
- Die Delegation von Steuerungskompetenzen sowohl auf die Mikro- als auch die Mesoebene. Der Gesundheitsmarkt würde durch den Staat und die Selbstverwaltung reguliert.

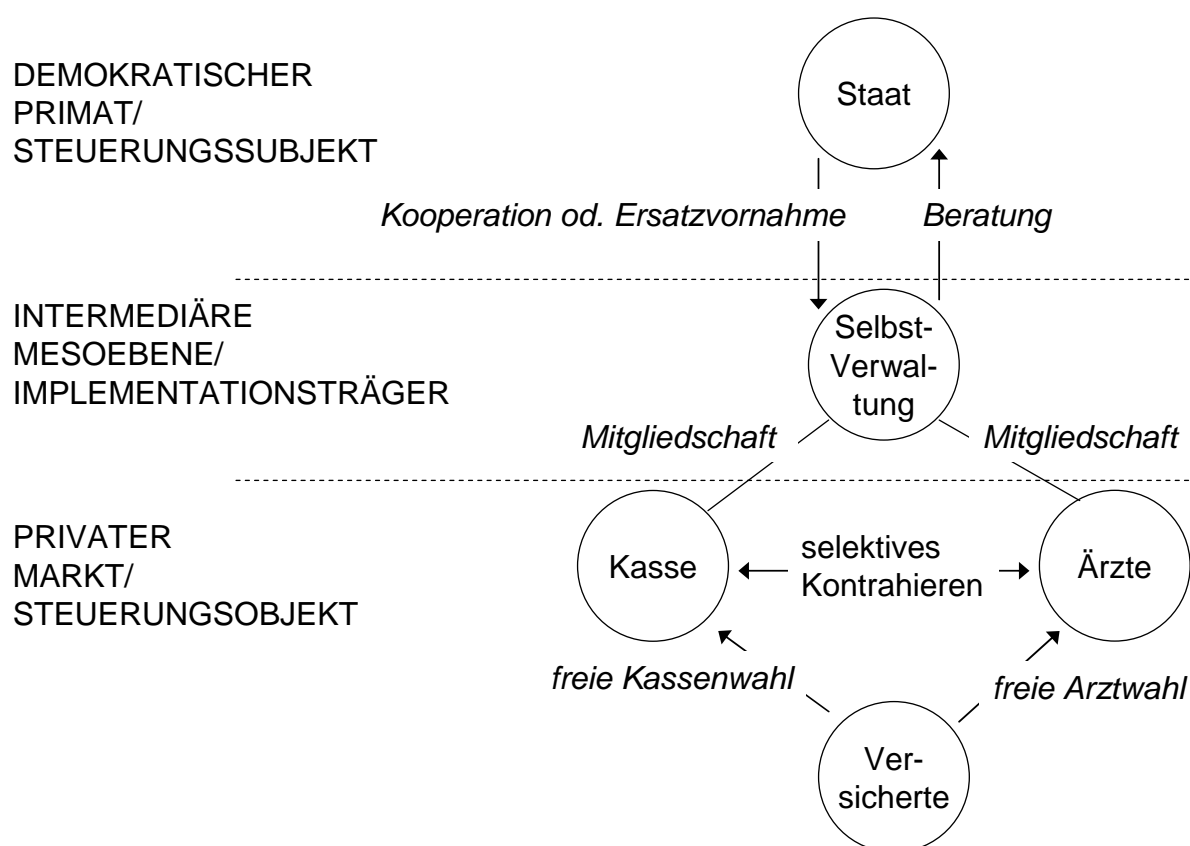
Für die Steuerungsfähigkeit des Staates scheint die zweite Option nach derzeitigem Forschungsstand klar die günstigeren Rahmenbedingungen zu bieten. In der internationalen Gesundheitssystemforschung verdichten sich Hinweise darauf, dass die sozialpolitische Regulierung von Gesundheitsmärkten außerordentlich aufwendig ist (Altman/Reinhardt/Shactman 1999), unausweichlich gegen finanzkräftige und gut organisierte ökonomische Interessen der Marktteilnehmer gerichtet ist (Saltman/Busse/Mossialos 2002) und somit hohe politische Kosten verursacht (Saltman 2002). In Deutschland besteht aufgrund der noch vorhandenen korporatistischen Institutionen die Möglichkeit, diese Steuerungskosten zu reduzieren. Kompetenzielle, finanzielle, politische und organisationssoziologische Ressourcen von Verbänden könnten bei der Reregulierung des ökonomisierten Gesundheitssystems unterstützend eingesetzt werden und die staatliche Steuerungsfähigkeit erhöhen, sofern es dem Staat gelingt, die Akteure der Selbstverwaltung zu instrumentalisieren (was zu beweisen war).

Welchen der beiden möglichen Wege hat Deutschland nach der Analyse der letzten Reformen nun eingeschlagen? Die Ordnungsprinzipien Staat, Wettbewerb und Verband sind in einem Mischsystem neu konfiguriert worden. Insgesamt dominiert der Staat durch die gestiegene Strategiefähigkeit und die verbesserte Durchsetzungsfähigkeit gegenüber der Selbstverwaltung nun weitgehend die staatliche Makroebene des Steuerungssystems. Die Möglichkeiten insbesondere der Ärztevertreter, innerhalb des Regierungssystems Koalitionspartner gegen die Regierungspolitik zu gewinnen, scheinen verringert. Auf der Mesoebene existieren weiterhin die Kollektivverhandlungen der Verbände, zumindest innerhalb des durch die Budgetierung und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität im SGB staatlich gesetzten Rahmens. Auf der

einzelwirtschaftlichen Mikroebene der Individualakteure entwickelt sich der Wettbewerb zwischen den Kassen um die Versicherten einerseits und andererseits werden fortgesetzt ökonomische Anreize bei der ärztlichen Leistungserbringung implementiert. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern existiert erst im Ansatz.

Vor dem Hintergrund der relationalen Aufwertung der Makro- wie der Mikroebene scheint es gerechtfertigt, den entstandenen Steuerungsmix als „rehierarchisierten Wettbewerbskorporatismus“ zu bezeichnen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Rehierarchisierter Wettbewerbskorporatismus



Die Entscheidung, in welcher Form die gemeinsame Selbstverwaltung bei der Regulierung des entstehenden Gesundheitsmarktes beteiligt sein wird, ist noch nicht gefallen. Eine wesentliche Voraussetzung für die Inkorporierung korporatistischer Akteure in die Regulierung des Gesundheitsmarktes dürfte in deren Handlungsfähigkeit zu sehen sein. Da die Steuerungsressourcen der Verbände zum großen Teil auch von politischen Entscheidungen beeinflusst sind, sollten Gesundheitsreformen, so sie die Verbände nicht beschädigen sollen, vier Voraussetzungen für die Handlungsfähigkeit der intermediären Mesebene berücksichtigen:

- die Zusammenfassung der Kassen zu Verbänden und die entsprechenden kollektivvertraglichen Verhandlungsabschlüsse mit den Leistungsanbietern,
- die Zwangsmitgliedschaft der niedergelassenen Ärzte in den KVen und deren Bindung an Beschlüsse der Selbstverwaltung,
- den Erhalt der Regelungsbereiche kollektivvertraglicher Beschlüsse, vor allem der Richtlinien, auch in jenen wachsenden Versorgungsbereichen, in denen vertragsrechtlich und honorartechnisch nur noch die einzelne Kasse und der einzelne Arzt in Beziehung treten⁵⁴ und
- das Gelingen der Kostendämpfung vermittelt ökonomischer Anreize bei der Leistungserbringung.

Der letzte Punkt erscheint erklärungsbedürftig, denn der Vorteil ökonomischer Anreize zur Sparsamkeit für die Verbände, mag nicht gleich ersichtlich sein. Ihre Bedeutung erschließt sich aus den Erfahrungen mit der Kostendämpfung bis zum GSG. Die Schwierigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die staatlich geforderte Kostendämpfung zu gewährleisten, resultierten zum überwiegenden Teil aus den Möglichkeiten und Anreizen im Honorarsystem zur individuellen Einkommensmaximierung. Die Verbandsführung ist in dem Maße von Konflikten mit den Mitgliedern entlastet, wie die Kostendämpfung über das bestehende Honorarsystem bewirkt wird. Dann ist auch das Konfliktpotenzial zwischen Verbandsführung und Staat reduziert. Insofern hängt unter den gegenwärtig ungünstigen politischen Rahmenbedingungen der Stuserhalt der Kassenärztlichen Vereinigungen auch vom „Funktionieren“ des zusehends ökonomisierten Honorarsystems ab. Die bis 2007 zu vollziehende Reform stellt somit vielleicht die letzte Chance der KVen dar, den Sicherstellungsauftrag politisch zu verteidigen.

6.2 Korporatismus und Performanz

In dem Maße, wie das Paradigma der Reformblockade durch Verbände und Korporatismus an Dominanz im wissenschaftlichen Diskurs verliert und eine aktuellere und differenziertere

⁵⁴ Bei der Regulierung des Versicherungsmarktes wird in Zukunft die Wirkung des EU-Wettbewerbsrechts zu berücksichtigen sein (Urban 2003). Wenn der deutsche Staat den wettbewerbsrechtlichen Zugriff der EU auf die Krankenversicherung und die Risiken einer Liberalisierung verhindern will, muss der Nachweis geführt werden, dass es sich bei den Kassen nicht um privatrechtliche Unternehmen, sondern um (mittelbare) Teile der Staatsverwaltung handelt (Ebsen 2000). Dieser Nachweis dürfte um so schwieriger zu führen sein, je weniger institutionalisiert der Einfluss des Staates ist. Hierarchische Steuerung des Staates, vermittelt durch Verbände, bewahrt insofern vor einer durch das europäische Wettbewerbsrecht erzwungenen Privatisierung und Liberalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, deren Folgen für den solidarischen Risikoausgleich unabsehbar wären.

Analyse Platz greift, eröffnen sich neue Optionen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Eine neu angepasste Inkorporierung der Verbände in staatliche Regulierung könnte den sozialpolitischen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung, trotz widriger systeminterner und systemexterner Bedingungsfaktoren, wahren helfen und die versorgungspolitische Performanz des Gesundheitssystems verbessern. Während in der vorliegenden Arbeit bis zu dieser Stelle der Präferenz „rehierarchisierter“ korporatistischer Regulierung gegenüber allein staatlicher Regulierung von Gesundheitsmärkten die Annahme zu Grunde lag, dass diese die staatliche Steuerungsfähigkeit eher gewährleiste und mithin sozialpolitische Steuerung besser ermögliche, soll die Nützlichkeit korporatistischer Steuerungselemente abschließend anhand von vier zentralen gesundheitspolitischen Problemen konkretisiert werden.

Korporatistische Regulierung hat in der Zukunft ihre Problemlösungsfähigkeit zu beweisen hinsichtlich

1. der Definition des solidarisch finanzierten Leistungsanspruchs der GKV (Zielkriterium: cost containment),
2. der Verpflichtung der Leistungsanbieter zur Sicherung der Versorgungsqualität und Verhinderung von Unterversorgung trotz des Kostendrucks unter Wettbewerbsbedingungen (Zielkriterium: effectiveness),
3. der Regulierung des Wettbewerbs der Krankenkassen mit dem Ziel der Verhinderung der Risikoselektion und der Bewahrung des Risikoausgleichs (Zielkriterium: equity) und
4. der Regulierung des Wettbewerbs mit dem Ziel der Konzentration der finanziellen Mittel in der Versorgung der Patienten und der Verhinderung der „Zweckentfremdung“ der Beitragseinnahmen zur Verbesserung der individuellen Wettbewerbsposition (Zielkriterium: efficiency).

Definition des Leistungsanspruchs

Die Rationierung medizinischer Leistungen ist in allen Gesundheitssystemen Realität. Egal ob die Versorgung privat oder kollektiv finanziert wird, werden aus ökonomischen Motiven Entscheidungen gegen den Einsatz medizinisch möglicher Verfahren getroffen. Im Rahmen der kollektiv finanzierten Gesundheitsversorgung erscheint es makroökonomisch angezeigt, den Mitteleinsatz zu begrenzen, und versorgungspolitisch, die begrenzten Mittel so effizient wie möglich einzusetzen (Fozouni/Güntert 2000).

Bisher praktizierte rationierende Verfahren verursachen unerwünschte Effekte:

- Die Zuteilung von Ressourcen auf der Ebene des einzelnen Arztes unter den Bedingungen der Budgetierung unterwirft ärztliche Entscheidungen ökonomischen Anreizen, welche sich nicht nach den medizinischen Bedarfen des einzelnen Behandlungsfalls richten, sondern die Ausnutzung des Budgets zum Erfolgskriterium machen (Gerlinger 1997b, 107). Ungleichbehandlungen von Patienten in Abhängigkeit vom Behandlungszeitpunkt sind die Folge. Erst nach erfolgreicher Umsetzung der Honorarreform von 2007 wird der Budgetierungseffekt verringert und die für Rationierungsmaßnahmen ungeeignete einzelwirtschaftliche Mikroebene in ihrer Bedeutung herabgesetzt werden.
- Die Festlegung des verbindlichen Leistungskatalogs durch einen aus Verbänden der Leistungserbringer und Finanzierungsträger paritätisch besetzten Ausschuss gewährleistet einheitliche und somit verteilungsgerechte Voraussetzungen für die Versorgung. Fachlich fundierte Prüfungen sollen die Leistungserbringung auf medizinisch wirksame und wirtschaftlich vertretbare Verfahren beschränken. Leider gewährleistete die Selbstverwaltung keine effektive Kostendämpfung, zum Beispiel durch die Definition dessen, was als „Grundversorgung“ anzusehen wäre. Daher griff der Gesetzgeber fortgesetzt in das Gesundheitswesen ein und setzte seine Maßnahmen häufig konfrontativ gegen die Selbstverwaltung durch.
- Die staatlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung unterliegen dem spezifischen Interesse der Stimmenmaximierung sowie wechselnden politischen Machtverhältnissen. Maßnahmen zur Leistungsausgrenzung, z.B. Sehhilfen und zeitweise Zahnersatz, dokumentieren die Wechselhaftigkeit politischer Entscheidungen unter Bedingungen gesellschaftlicher Verteilungskonflikte. Die seit den siebziger Jahren virulente Problematik der versicherungsfremden Leistungen zeigt, dass Kosten auf die GKV verlagert wurden. Finanzielle Barrieren, wie Zuzahlungen und Gebühren, scheinen zwar zur Kostendämpfung beizutragen, sind aber sozial- und versorgungspolitisch in Frage zu stellen. Staatliche Maßnahmen zur Rationierung scheinen somit weitgehend losgelöst von medizinischen Bedarfen ausgehandelt zu werden (Kühn 2000, 145-147).⁵⁵

⁵⁵ Die politische Debatte um Maßnahmen zur Ausgabendämpfung vollzieht sich oft nicht nur unabhängig von medizinischer Evidenz, sondern auch von Wirkungszusammenhängen im Steuerungssystem. Der Vorschlag einiger Ökonomen (z.B. Siebert 2003), „Privatunfälle“ und Sportunfälle aus der Deckung durch die GKV herauszunehmen, fand in der Politik in 2003 einige Resonanz (z.B. Schröder 2003, 39; CDU 2003, 11; BT 15/1526). Die Finanzierungsträger hatten keine Einwände. Statt auf steigende Verwaltungsausgaben hinzuweisen, hielten sich die Kassen mit ihren Bedenken auffällig zurück. Ohne zu zögern wären sie bereit gewesen, im Privatleben ihrer Versicherten nachzuforschen, um die Kosten teurer Behandlungsfälle auf die Patienten und ihre private Unfallversicherung abzuwälzen. Dieser Selektionsprozess der Behandlungsfälle und die folgenden Rechtsstreitigkeiten um die Übernahme der Behandlungskosten hätten die Ausgaben der Kas-

Das stark segmentierte System der Entscheidungsfindung scheint Intransparenz und Konflikte bei der Begrenzung medizinischer Leistungen zu begünstigen (Sommer 2001). Dabei bietet das System der Selbstverwaltung die Möglichkeit, einen integrierten Verhandlungsprozess zu kreieren. Ziel sollte es sein, den Informationsfluss zwischen den drei Ebenen und einzelnen Akteuren zu rationalisieren und Konsensbildung zu erleichtern, um einen Leistungskatalog zu entwickeln, der sowohl Kriterien der medizinischen Wirksamkeit (Perleth 1997) als auch sozialpolitischen Rahmenbedingungen Rechnung trägt. Der Runde Tisch beim BMGS hat gezeigt, dass nicht institutionalisierte Gesprächskreise außerhalb der Entscheidungsgremien diesem Ziel nicht zuträglich sind. Weder im Sinne der Politikberatung noch der Implementation ist von positiven Effekten berichtet worden.

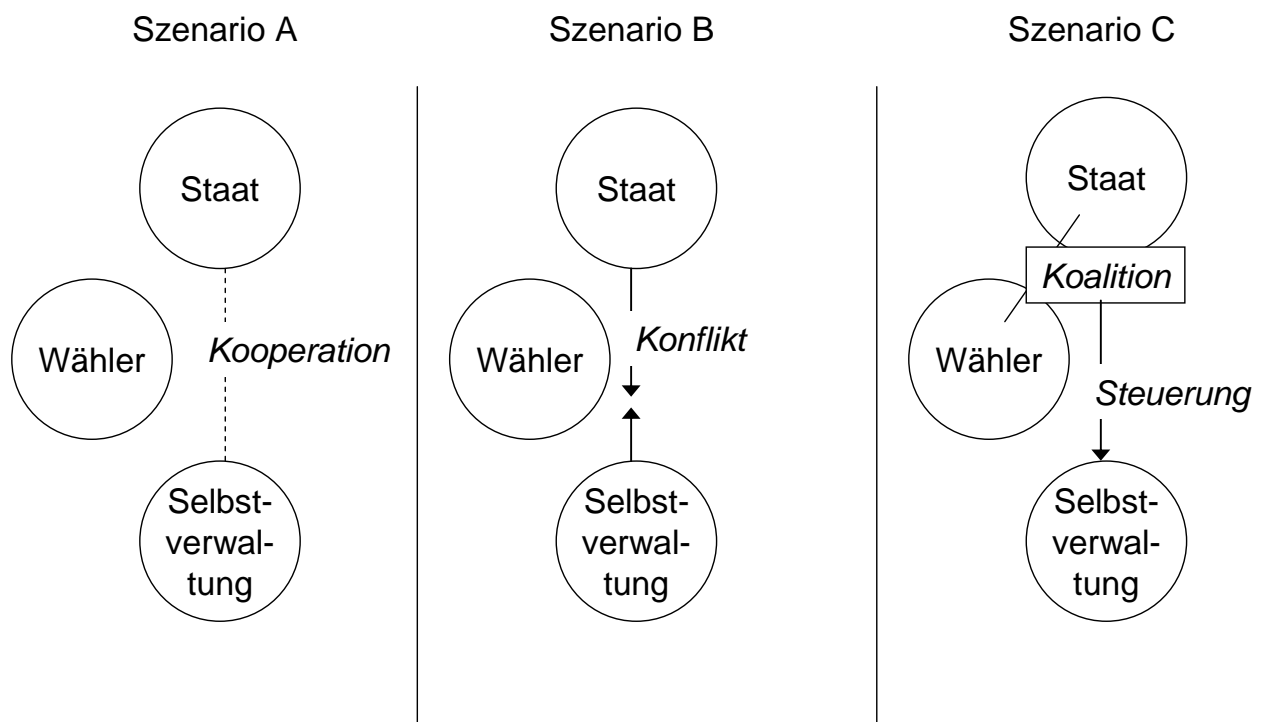
Erfolgversprechender erscheint die Öffnung des BAK gegenüber gesellschaftlichen Interessen. Durch die Herstellung von Transparenz über seine Entscheidungsfindung findet fachliche Expertise der Leistungserbringer und Finanzierungsträger Eingang in den wissenschaftlichen und politischen Diskurs. Konkret dürften seine Stellungnahmen zum versorgungspolitischen Nutzen einzelner Versicherungsleistungen und Verfahren Implementationsprobleme von Gesundheitsreformen, welche auf den Leistungskatalog bezogen sind, verringern helfen. Dabei vollzieht sich der Input ins politische System nicht über partikularistische Lobbykanäle, sondern über gemeinsame, bereits konsensfähige Positionen derjenigen, die hernach auch die Implementation der Reformen vollziehen sollen. Öffentliche Verfahren und Fristen könnten eine Selbstverpflichtung des Ausschusses zur zügigen Beschlussfassung zur Folge haben. Die Einrichtung des Instituts für Qualität in der Medizin im Rahmen einer Stiftung der Selbstverwaltung dürfte das Gewicht medizinischer und gesundheitsökonomischer Forschung in den Beratungen erhöhen (Perleth 2004). Die Beteiligung von Patientenvertretern ist eine erste konkrete Maßnahmen zur gesellschaftlichen Öffnung des BAK und seiner Integration in die Gesundheitspolitik (Wöllenstein 2004; vgl. Hess 2004). Nun müsste allerdings die Geringschätzung politischer Entscheidungsträger gegenüber der Selbstverwaltung, wie sie im GMG

sen erhöht, ohne dass medizinische Versorgung geleistet wurde. Aus dieser Debatte ist zweierlei zu folgern. Erstens schrecken viele Politiker und Politikberater nicht davor zurück, im Rahmen der Diskussion um die Kosten der GKV die „Schuld“ bei einzelnen Bevölkerungsgruppen zu suchen. Im Jahr 2003 waren es vor allem Risikosportler, Raucher und Übergewichtige. Zweitens scheuen Krankenkassen keine Kosten bei der Verwaltung, um Risiken zu verlagern. Die Diskussion um die Ausgliederung von Privatunfällen aus dem Leistungskatalog hätte im Sinne der Kostendämpfung aber auch wesentlich rationaler ablaufen können. Hätte die Gesundheitsministerin bereits zu 2003 die beständig steigenden Verwaltungsausgaben der Kassen budgetiert, hätten die Kassen wahrscheinlich auf den unverhältnismäßigen verwaltungstechnischen Aufwand bei der Abweisung von Privatunfällen hingewiesen. Es zeigt sich an diesem Beispiel, dass das System der Selbstverwaltung über das Potenzial verfügt, die hektische Kostendämpfungsdebatte zu versachlichen und dass policy feedbacks vor nicht intendierten Folgen politischer Entscheidungen bewahren können, sofern die Anreizstrukturen im Steuerungssystem entsprechend justiert sind.

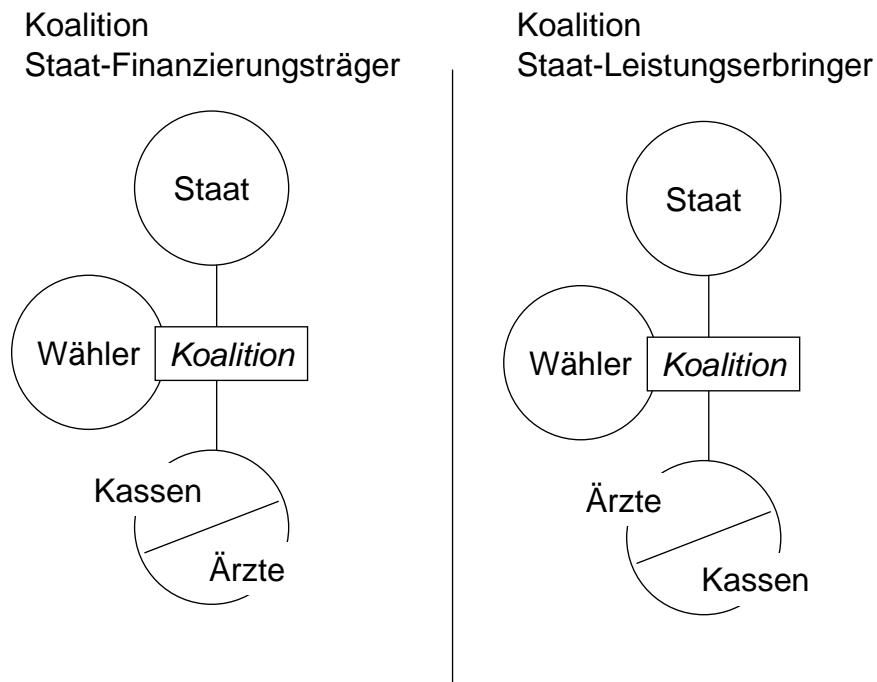
überdeutlich zum Ausdruck kam und sich als politisches Eigentor für Schmidt und Seehofer erwies, aufgegeben werden.

Das heißt, es sollte zukünftig auf eilige Vorschaltgesetze und nächtliche Konsensrunden hinter verschlossenen Türen verzichtet und die Selbstverwaltung bereits im Gesetzgebungsprozess öffentlich und nachdrücklich verpflichtet werden (Abbildung 7, Szenario A). Falls sich Ärztevertreter und Finanzierungsträger beim Entwurf eines Gesetzes öffentlich sichtbar als „Reformblockierer“ erweisen (Szenario B), sollte das BMGS anschließend die Ersatzvornahme mit geringeren politischen Kosten durchsetzen können (Szenario C), denn wenn die Selbstverwaltung seriöse Angebote des Staates, die Steuerungsmaßnahmen im Konsens mit der Selbstverwaltung zu projektieren, ausschlägt, kann der Staat auf sein demokratisch legitimes Letztentscheidungsrecht verweisen und die Ersatzvornahme durchsetzen.

Abbildung 7: Verpflichtung der Selbstverwaltung im Gesetzgebungsprozess



Ob die Ersatzvornahme im Einzelfall tatsächlich gelingt, bedarf der jeweiligen Analyse der politischen Koalitionen, insbesondere der Beziehung zwischen der Regierung und einer der beiden Seiten der Selbstverwaltung (Konzept der „Countervailing Powers“, Abbildung 8) und des Verhaltens der Opposition.

Abbildung 8: Konzept der Countervailing Powers

Unter Bedingungen eines ausgeglichenen Machtgleichgewichts zwischen den Verbänden der Kassen und den Vereinigungen der Ärzte müsste der Einfluss des Staates den Ausschlag für ein politisches Übergewicht im Entscheidungsprozess geben. Dass sich die Voraussetzungen für diese Form der staatlichen Dominanz in den letzten Jahren verbesserten, versuchte diese Arbeit nachzuweisen.

In der Rehierarchisierung der Beziehung zwischen Staat und Selbstverwaltung, also der Befähigung der Regierung die Kompromissbereitschaft der Selbstverwaltung durch Androhung der Ersatzvornahme zu erzwingen, scheint die zentrale Voraussetzung für eine Verbesserung staatlicher Steuerungsfähigkeit durch korporatistische Arrangements zu liegen.⁵⁶ Erforderlich seitens der Politik wäre aber der Verzicht auf den nicht selten selbst inszenierten Zeitdruck. Stattdessen wäre für die Inkorporierung der Selbstverwaltung eine langsame, kontrollierte und öffentliche Eskalation der Verhandlungen erforderlich. Die Ressourcen der Exekutive müssten zunächst eingesetzt werden, um die Ziele eines Reformkonzeptes zu umreißen. Anschließend wäre den betroffenen organisierten Interessen die Gelegenheit zu geben, beratend zu kri-

⁵⁶ Der grundlegende Unterschied zu den korporatistischen Konsensbildungsprozessen der achtziger Jahre besteht darin, dass der Staat den Interessenvertretern keine Kompensationen im Tausch gegen Zugeständnisse anzubieten braucht. Der Anreiz zur Kompromissfindung besteht für die nichtstaatlichen Teilnehmer in der Möglichkeit, die Ersatzvornahme zu verhindern oder die eigene Benachteiligung gegenüber einer gegnerischen Koalition abzuwenden.

tisieren, wie dies in Anhörungen immer schon der Fall war. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung muss die Regierung allerdings in diesem Verfahren in der politischen Öffentlichkeit plausibel darlegen können, dass die Interessenvertreter angehört wurden aber verschiedene Argumente aus wohlbegründeten Überlegungen nicht berücksichtigt wurden. Weitere Proteste einzelner Akteure müssen, möglicherweise unter Bildung von Koalitionen, als Partikularinteressen diskreditiert werden können.

Sicherung der Versorgungsqualität

Die auf der Ebene der Leistungserbringung gesetzten Anreize zur Sparsamkeit können bei ärztlichen Entscheidungen das Kalkül der Leistungsminimierung nach sich ziehen (Simon 2001). Bisher ist weitgehend ungelöst, wer die Qualitätskontrolle, also die Gewährleistung des Einsatzes der jeweils medizinisch angezeigten und nach dem Stand der ärztlichen Kunst zur Verfügung stehenden Verfahren mit der für den Behandlungserfolg notwendigen Sorgfalt, übernehmen soll. Die Pläne in der SPD im Vorfeld des GMG, ein unabhängiges „Zentrum für Qualität in der Medizin“ einzurichten, geben der Auffassung Ausdruck, dass diese Aufgabe bisher von der gemeinsamen Selbstverwaltung nur unzureichend wahrgenommen wird (Koalitionsvertrag 2002, 55; BT 15/1170, 29; Lauterbach 2003). Auch wenn eine „staatliche Lösung“ für das Problem der Qualitätssicherung einige Befürworter gefunden hat (z.B. DGB 2003b, 4; Glaeske et al. 2001, 22f.; Friedrich-Ebert-Stiftung 2002; Rosenbrock/Gerlinger 2004, 228), verbinden sich mit ihr gravierende Nachteile:

- Die Selbstverwaltung wie auch der einzelne Arzt würden versuchen, sich der Beobachtung wie auch den Empfehlungen zu entziehen (vgl. Wulff 1999).
- Der Aufbau von Qualitätskontrollen auf der Ebene des einzelnen Arztes, zum Beispiel im Rahmen der Wirkungsforschung zu den Rahmenrichtlinien der Selbstverwaltung, wäre schwierig, da nachholende medizinische Überprüfungen von Diagnosen und Therapien fachlich immer anfechtbar wären (Pattsituation der Gutachten).
- Das Beispiel des NICE (National Institute for Clinical Excellence) in Großbritannien zeigt, dass die Nähe einer solchen Institution zur Regierungspolitik, verglichen mit einer Bearbeitung innerhalb der Selbstverwaltung (vgl. Urban 2001), zu interessenpolitischen Dauerkonflikten führt und zudem nur wenig Akzeptanz bei den Leistungserbringern genießt (Waiß 2003; Syrett 2003).

Die bereits bekannten Wirkungsdefizite staatlicher Qualitätskontrolle veranlassen, unabhängig von der Frage des nunmehr bei der Selbstverwaltung einzurichtenden Instituts, die über-

wiegende Mehrheit der Experten, ein Konzept der Qualitätskontrolle durch die Finanzierungsträger zu entwickeln (z.B. SVRzBdgE 2002, 277; Rürup-Kommission 2003, 165; Bsirske et al. 2002; Ebsen et al. 2003). Der zentrale Schwachpunkt des „Qualitätswettbewerbs zwischen den Kassen“ ist die optimistische Annahme, dass die Versicherungsnehmer Qualitätsdefizite der Anbieter durch den Wechsel der Kasse negativ sanktionieren werden. Mit Risiken ist diese Strategie deshalb behaftet, weil

- die Versicherten nicht über die informationellen und kompetenziellen Ressourcen verfügen, um die Leistungen der Anbieter einschätzen zu können,
- Versicherte Qualitätsmängel bei anderen Versichertengruppen (z.B. chronisch Kranken) nicht unbedingt mit dem Wechsel der Kasse sanktionieren, wenn sie ihre eigene Versorgung nicht gefährdet sehen,
- die negativen Sanktionen die Anbieter erst treffen, wenn bereits signifikante Versorgungsmängel eingetreten sind und
- Anbieter mit höherem Qualitätsniveau durch ihre höheren Versicherungsbeiträge nur für Versicherte mit entsprechender Kaufkraft erschwinglich wären.

Die grundsätzlich beschränkten Fähigkeiten des Staates und der Versicherten, die Qualität der Versorgung zu bewerten und zu kontrollieren, rücken die Leistungserbringer zurück ins Blickfeld.⁵⁷ Entsprechende Qualifikationen vorausgesetzt können die Ärzte die Notwendigkeit von Diagnose- und Therapieverfahren und die Qualität ihrer Ausführung im Behandlungsprozess selbst fachlich am besten beurteilen. Letztlich treffen sie alle relevanten Entscheidungen, ohne dass eine konsequente Aufsicht existieren könnte. Die wichtigste Erfolgsbedingung für Qualitätssicherung in der Krankenversorgung scheint daher in der Motivation der Ärzte selbst zu liegen. Die Anreize für den Arzt so zu setzen, dass er aus individuellen rationalen Erwägungen an der Einhaltung von Standards interessiert ist, verspricht eine effizientere und effektivere Wirkung.

Da die Kassen als Finanzierungsträger nur bedingt motiviert sind, kostenträchtige Qualitätsstandards durchzusetzen, scheint die Einbindung der KVen ratsam. Sofern die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Handlungsfähigkeit behalten, eröffnet sich hier die Option einer Selbstkontrolle der Kassenärzte. Denkbar wäre die Auflösung des regionalen Monopols der

⁵⁷ So veranlassen die Erfahrungen mit Qualitätsdefiziten in den USA, wo die Qualitätssicherung weitgehend den konkurrierenden Versicherungsunternehmen überlassen ist, aktuell zu Überlegungen, wie die in den siebziger Jahren marginalisierten Ärzteverbände als „countervailing power“ gegenüber den Versicherern im Sinne der Qualitätssicherung wieder ins Steuerungssystem reintegriert werden könnten (Laugesen/Rice 2003; Freidson 1999; Stevens 2001; Giaimo 2002; Schlesinger 1997; Mechanic 2000; Chassin et al. 1998; Crowley et al. 2004).

KVen um eine Konkurrenz der Vereinigungen um Versorgungsverträge mit den Kassen auszulösen (vgl. Neubauer 1988, 30). Neben dem Preis wäre die Qualität der Leistungen ein möglicher Wettbewerbsparameter, insbesondere dann, wenn die Preisbildung stark reglementiert bleibt.⁵⁸ Der Vorteil dieser liberalisierten Vertragsverhandlungen zwischen einzelnen KVen und Kassen wäre die wechselseitige Kontrolle handlungs- und artikulationsfähiger Organisationen in den Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern. Verglichen mit der unüberschaubaren Vielzahl der Verträge zwischen einzelnen Ärzten und Kassen, wäre der Organisationsgrad der Niedergelassenen in, nach derzeitigem Stand, 23 KVen, wahrscheinlich immer noch hoch genug, um die Transparenz der Vertragsbeziehungen und der Qualität der Versorgung zu gewährleisten (vgl. Thiemeyer 1970, 103f.). Bei Einzelverträgen scheint einmal das Risiko des Preis-Dumpings zwischen den konkurrierenden Ärzten erhöht, insbesondere dann, wenn auch die Zulassung liberalisiert wird und Krankenhausärzte in den Markt drängen. Zum anderen verringert die finanzielle Abhängigkeit des Arztes von wenigen, möglicherweise nur einem Vertrag, dessen Möglichkeiten, eine untragbare Unterfinanzierung oder unethische Sparvorgaben der Kassen öffentlich zu machen, ohne seine finanzielle Existenzgrundlage zu gefährden. Zwar könnte er versuchen, mit einer anderen Kasse abzuschließen, jedoch hätte ein Arzt „der einmal geplaudert hat“ mit Nachteilen auf dem Markt zu rechnen.

Die Zusammenfassung mehrerer Ärzte zu einer Vertragspartei (KV) dürfte überdies eine wechselseitige Kontrolle unter den einzelnen Mitgliedern auslösen, da keiner der Teilnehmer bereit wäre, die Nachteile der Nachlässigkeit eines anderen Mitgliedes (Kündigung des Vertrages durch die Kasse) zu tragen.

Bewahrung des Risikoausgleiches

Unter den gegebenen Bedingungen ist es für Krankenkassen ökonomisch hoch attraktiv, Risikoselektion zu betreiben (Rosenbrock 2002). Das heißt die Struktur der eigenen Versicherten sollte so beschaffen sein, dass die Behandlungskosten niedrig und die Beitragseinnahmen hoch sind. Um zu verhindern, dass die Krankenkassen tatsächlich Versicherungsschutz nur noch selektiv gewähren, implementierte der Gesetzgeber in Deutschland zwei Instrumente. In rechtlicher Hinsicht besteht für die Kassen Kontrahierungszwang gegenüber den Versicher-

⁵⁸ Die Transparenz über die Qualitätsstandards und deren Umsetzung zu gewährleisten, obläge der KBV. KVen, welche sich als Qualitätsanbieter profilieren wollen, würden auf entsprechende Verfahren drängen. Es erscheint nicht wahrscheinlich, dass einzelne KVen die Offenlegung von Qualitätsdefiziten durch die KBV behindern würden, denn würden diese Aktivitäten aufgedeckt werden, wäre der Ruf beschädigt und wären Wettbewerbsnachteile zu befürchten. Hingegen besteht durchaus ein Interesse, Qualitätsdefizite bei den übrigen Anbietern sichtbar zu machen.

ten. Auf materieller Ebene besteht ein finanzielles Umverteilungssystem zwischen den Kassen in Form des Risikostrukturausgleichs (RSA).

Beide Instrumente verhindern bisher nicht, dass die Kassen Risikoselektion betreiben. Der RSA gleicht die Nachteile, die durch Versicherte mit erhöhtem Krankheitsrisiko für die Kassen entstehen, nur unzureichend aus (BT 14/5681). Auch wenn ab 2007 der RSA die Morbidität der Versicherten berücksichtigen soll (Rosenbrock 2003), muss bezweifelt werden, dass dieses Instrument jemals angemessen auf die Komplexität der Morbiditätsstrukturen reagieren kann. Bereits heute gilt er vielen als überkomplexes und zu bürokratisches Regelwerk (BT 15/1175; BT 15/1174).

Der Kontrahierungszwang verhindert Risikoselektion deshalb stets nur unzureichend, da die Kassen durch gezielte Kundenwerbung bei erwünschten Personengruppen ihre Versichertenstruktur durchaus beeinflussen können (Stone 1996, 37ff.; Behrens 1996, 208ff.; Haenecke 2001b, 105-111, 235-240). So werben einige Krankenkassen mit ihren Anzeigen ganz bewusst nur im Internet oder in Universitäten um jüngere und überdurchschnittlich gebildete Bevölkerungskreise anzusprechen. Einige Kassen machten die Einführung von Bonusprogrammen für Gesundheitsbewusste medienwirksam öffentlich und forderten gleichzeitig Malussysteme für gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen. Über diese Maßnahmen lässt sich die Wahrnehmung einer Kasse als „freundlich“ gegenüber Gesunden und „unfreundlich“ gegenüber „selbstverschuldet“ Kranken erzeugen. Schlussendlich kann mit reduzierten Beiträgen um Gesunde geworben werden, welche aufgrund des geringen persönlichen Krankheitsrisikos, z.B. weil sie noch jung sind, auch gegenüber Leistungskürzungen oder Qualitätsmängeln unempfindlich sind. Würde eine Krankenkasse z.B. Kuren oder bestimmte psychotherapeutische Leistungen aus ihrem Leistungskatalog streichen dürfen, oder entsprechende „Abwahltarife“ anbieten dürfen, oder einzelvertraglich gebundene Leistungsanbieter zu qualitätsmindernden Sparmaßnahmen veranlassen, könnte sie aufgrund der reduzierten Beiträge sofort Versicherte mit geringen Risiken anziehen, wohingegen Risikogruppen sehr schnell eine andere Kasse aufsuchen würden. Eine Liberalisierung des Leistungskatalogs würde daher ohne Zweifel eine Polarisierung der Versichertenstrukturen nach sich ziehen und den Risikopool auflösen. Eine konkrete Maßnahme in diese Richtung ist auch die Einführung von Selbstbehalten (§ 53 SGB V) und Beitragsrückerstattungen (§ 54 SGB V). Diese vorwiegend von Gesunden gewählten Tarife belohnen die Nichtinanspruchnahme des Versicherungsschutzes durch Abschläge bei den Beitragssätzen. Die verminderten Beitragseinnahmen, welche Gesunden als Anreiz zur Teilnahme an diesen Versicherungsmodellen als Ersparnis angeboten werden, fehlen alsdann dem Risikopool. Zunächst wurden Tarife mit Selbstbehal-

ten durch das GMG nur für freiwillig gesetzlich Versicherte freigegeben. Abwahltarife, Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen erscheinen nicht nur wegen der Reduktion der Finanzmittel für den Risikoausgleich und der Beförderung der Risikoselektion sozialpolitisch fragwürdig, es ist realiter auch eine partielle Redistribution von Kranken zu Gesunden zu befürchten. Bei der Werbung um gute Risiken hindert die Kassen nichts daran, entsprechende Tarife aus dem allgemeinen Beitragsaufkommen querzusubventionieren (vgl. Die Welt 2003). Gleiches wäre auch bei der von Gesundheitsökonomern (z.B. SVRzBdgE 2002, 275) häufig empfohlenen Trennung von Grund- und Wahlleistungen zu befürchten.

Vor dem Hintergrund der versorgungspolitischen Risiken des Kassenwettbewerbs und erst recht der Liberalisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Versicherten erscheinen Rahmenrichtlinien unerlässlich für die Milderung der Risikoselektion. Notwendig erscheint über die angesprochene Reform des RSA hinaus eine strikte Reglementierung des Leistungsangebots. Praktiken, sich durch Risikoselektion Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, in welcher subtilen Form auch immer, sollten durch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen sichtbar gemacht werden und entsprechend ächtende Konventionen verabschiedet werden.⁵⁹ Wo nötig, sind die Leistungserbringer einzubeziehen, indem Beschlüsse im BAK gefasst werden.

Konzentration der finanziellen Mittel in der Versorgung

Die Erfahrungen in den USA mit den wenig reglementierten Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungsanbietern und –nehmern zeigen, dass der Wettbewerb die Versicherer dazu veranlasst, das vorhandene Geld nicht primär in die Verbesserung der Versorgung zu investieren, sondern für die Kundenakquise zu verwenden (Behrens 1996, 209). In den USA sind daher die Ausgaben besonders hoch für

- klassische Marketingkampagnen,
- die Beschaffung von werbewirksamer Hochtechnologie und
- die Verwaltung einer hoch ausdifferenzierten Palette verschiedener Versicherungsangebote (Woolhandler/Campbell/Himmelstein 2003).

Der Wettbewerb zwischen den Kassen löste auch in Deutschland einen starken Anreiz aus, sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Aufsichtsbehörden registrieren nicht nur einen ver-

⁵⁹ Entsprechende Beschränkungen des Handlungsspielraumes des Marktteilnehmers Krankenkasse bringen den Verband natürlich in Konflikt mit seinen Mitgliedern. Die Beauftragung und Unterstützung der Spitzenverbände und deren Arbeitsgemeinschaft durch den Staat erscheint deshalb erforderlich.

stärkten legalen, sondern auch illegalen Einsatz von Mitteln zur Kundenwerbung (Daubenbüchel 2001). In den Bereichen, in denen den Krankenkassen in Deutschland sozialrechtlich Gestaltungsspielräume bei der Verwendung der Beitragsgelder eingeräumt wurden, nämlich bei den Mitteln für Prävention nach § 20 SGB V, nutzten sie diesen, um hinsichtlich der gesundheitlichen Wirkungen fragwürdige Maßnahmen zu ergreifen. Zwar wurde die Diskussion um „Bauchtanzkurse“ in den Medien hochgespielt, jedoch investierten viele Kassen das Geld tatsächlich nicht bei wirklich bedürftigen Versichertenkreisen. Die durch Krankenkassen vielfach angebotene primärpräventive „Rückenschule“, deren medizinischer Nutzen nicht erwiesen ist (Lühmann/Kohlmann/Raspe 1998; SVRKAiG 2002, 52), wandte sich nicht an Versicherte mit hohen körperlichen Belastungen, wie z.B. Krankenschwestern, sondern wurde zur Anwerbung von guten Risiken, z.B. Angestellten, eingesetzt (BT 13/4615, 9; Haenecke 2001b, 85f.; Rosenbrock 2001, 56; vgl. Lenhardt 1999, 52-91). Es erscheint nicht abwegig, dass erweiterte Spielräume bei der Gestaltung der Versicherungsleistungen in gleicher Weise nach dem Prinzip der Kundenwerbung eingesetzt werden, statt nach Kriterien medizinischer Wirksamkeit.⁶⁰ So ist aktuell zu überprüfen, ob die Kassen bei der Gewährung von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V) den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit bei der Verwendung der Beitragseinnahmen einhalten oder allgemeine Werbemaßnahmen verschleiern werden (vgl. DÄ 2004).

Angesichts des Marketings der Krankenkassen erscheinen spezifische Rahmenrichtlinien der Selbstverwaltung erforderlich, um das Ziel des effizienten Einsatzes der Einnahmen der GKV in der Krankenversorgung durchzusetzen. In dem Maße, wie dem Marktteilnehmer Krankenkasse Spielräume bei der Verwendung der Einnahmen und der Gestaltung seiner Produkte eingeräumt werden, erscheinen detaillierte Vorgaben erforderlich. Da beschränkende Eingriffe des Staates in den Wettbewerb der Versicherer wahrscheinlich hohe politische Kosten verursachen,⁶¹ dürfte auch hier die Instrumentalisierung korporativer Akteure die staatliche Steu-

⁶⁰ In diesem Zusammenhang ist noch immer völlig nebulös, was einige Gesundheitsökonomien meinen, wenn sie prophezeien, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen deren „Kundenorientierung“ erhöht und „Produktinnovationen“ befördert (z.B. Popp 2003; Henke 1997; Klusen 2003). Welchen anderen Kundenwunsch legen sie zugrunde, als die bestmögliche, ökonomisch vertretbare Versorgung? Um mit der Mythologisierung der Kundenorientierung aufzuräumen, bedürfte es entweder einer Konkretisierung, was empirisch darunter zu verstehen ist, oder einer politischen Entscheidung darüber, ob die gesetzliche Krankenversicherung ihrer gesellschaftlichen Funktion nach den Auftrag hat, den unter den gegebenen Rahmenbedingungen optimalen Gesundheitszustand der Bevölkerung herzustellen, oder ob sie mutmaßlich unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen durch Variationen und verschiedene zusätzliche Dreingaben nachkommen soll.

⁶¹ Das Versprechen zahlreicher Ökonomen, der Wettbewerb werde die Wahlfreiheit der Versicherten beträchtlich erhöhen, mag bei den Versicherungsnehmern aufgrund zusätzlicher persönlicher Optionen vorwiegend Zustimmung hervorrufen. Dass Wahlfreiheiten den Verwaltungsaufwand der Finanzierungsträger erhöhen und den Versicherungsschutz verteuern, ist in der politischen Öffentlichkeit noch weitgehend unbekannt. Daher dürften Versuche des Staates, die Differenzierung der Angebote der Kassen zu begrenzen, bei den meis-

erungsfähigkeit erhöhen. Denkbar wäre der gesetzlich formulierte Auftrag an die Spitzenverbände der Krankenkassen, gemeinsam und einheitlich eine Obergrenze für die Marketingausgaben je Mitglied festzusetzen und Verfahren zur Offenlegung der Ausgaben zu entwickeln, die eine Überprüfung durch den Verband ermöglichen. Diese könnte die bereits vorhandene, aber als unzureichend eingeschätzte Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt und die jeweiligen Landesbehörden (Daubenbüchel 2001; vgl. Mühlhausen 2002, 99ff.) ergänzen. Überdies könnte durch eine Finanzierung über die Selbstverwaltung eine von der Haushaltslage in Bund und Ländern unabhängige finanzielle Basis für die Aufsicht hergestellt werden. Die Bewältigung dieser Aufgabe wäre sicherlich ein aufschlussreicher Testfall für die Handlungsfähigkeit der Verbände und den Nutzen korporativer Akteure bei der Regulierung des Gesundheitssystems.

Literatur

- AG-GKV (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen) (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung.
- AG-GKV (2002): Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der Solidarischen Wettbewerbsordnung. http://www.g-k-v.com/media/Positionen/konzept_wettbewerbsordnung_lang.pdf (06.03.2004).
- Alber, Jens (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19, 116-150.
- Alber, Jens (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a.M.: Campus.
- Altman, Stuart H./Uwe E. Reinhardt/David Shactman (eds.) (1999): Regulating Managed Care. Theory, Practice, and Future Options. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Anell, Anders/Howard Barnum (1998): The Allocation of Capital and Health Sector Reform, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Annandale, Ellen (1998): The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction. Cambridge: Polity Press.
- AOK (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Endbericht. 06.03.2003. http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/endbericht_zum_gutachten.pdf (06.03.2004)
- Arah, Onyebuchi A./Niek Klazinga/Diana Delnoij et al. (2003): Conceptual framework for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. International Journal for Quality in Health Care, 15/5, 377-398.
- Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, 53/5, 941-973.
- ÄZ (Ärzte-Zeitung) (2003a): Mißlungene Gratwanderung, vom 23.01.2003. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/01/23/013a0202.asp> (06.03.2004).
- ÄZ (2003b): Wo die Ärzte in Deutschland wie protestieren, vom 27.01.2003. <http://aerztezeitung.de/docs/2003/01/27/015a0801.asp> (06.03.2004).
- ÄZ (2003c): Wut und Ratlosigkeit über die Politik - und Sorge darüber, wie es weitergeht, vom 18.02.2003. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/02/18/031a0801.asp> (06.03.2004).
- Bandelow, Nils C. (1994): Ist Politik wieder autonom? Das Beispiel Gesundheitsreform. Gegenwartskunde, 43/4, 445-456.
- Bandelow, Nils C. (1998): Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen. Opladen: Leske + Budrich.

- Bandelow, Nils C. (2003): Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. B33-34/2003, 14-20.
- Barker, Carol (1996): *The Health Care Policy Process*. London: SAGE.
- Baumann, Walter (1999): Regelleistungsvolumen – ein neues Steuerungsinstrument für die gesetzlichen Krankenkassen?, in: Norbert Schmacke (Hrsg.): *Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin*. Frankfurt a.M.: VAS.
- BDA (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeber) (2003a): „Gemeinsame Erklärung“ von BDA, BDI, DIHK und ZDH anlässlich des Münchener Spitzengesprächs der deutschen Wirtschaft am 18. März 2003. Mehr Mut zu mehr Veränderung zeigen! [http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/18-03-03GemPI4Verbaende/\\$file/18-03-03%20Gem%20PI%204%20Verb%E4nde.doc](http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/18-03-03GemPI4Verbaende/$file/18-03-03%20Gem%20PI%204%20Verb%E4nde.doc) (06.03.2004).
- BDA (2003b): Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz)“. Berlin, 18. Juni 2003. [http://www.arbeitgeber.de/www/bdaonline.nsf/id/StNGMG/\\$file/StN_GMG_von_18-6-03.pdf](http://www.arbeitgeber.de/www/bdaonline.nsf/id/StNGMG/$file/StN_GMG_von_18-6-03.pdf) (06.03.2004).
- Beck, Winfried (2004): Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sinnvolle Strukturinnovation oder Beginn des Chaos?, in: Gine Elsner/Thomas Gerlinger/Klaus Stegmüller (Hrsg.): *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Becker, Jürgen (2003): Konsens statt Konflikt: Hoch-Zeit mit Folgen. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, Sonderausgabe August 2003, 4-5.
- Behaghel, Katrin (1994): *Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung: Ein Verbandssystem unter Stress*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Behrens, Johann (1996): Die Freiheit der Wahl und die Sicherung der Qualität (Versuch einer Antwort auf [nicht nur] amerikanische Fragen), in: Johann Behrens/Bernard Braun/James Morone/Deborah Stone (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und in Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs*. Baden-Baden: Nomos.
- Benz, Arthur (2000): Politische Steuerung in lose gekoppelten Mehrebenensystemen, in: Raymund Werle/Uwe Schimank (Hrsg.): *Gesellschaftliche Komplexität und kollektive Handlungsfähigkeit*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Beske, Fritz/Thomas Drabinski/Herbert Zöllner (2004): *Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf Kritik*. Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Birkelbach, Klaus (2003): Ärzteverbände im Urteil ihrer Mitglieder. *Zeitschrift für Soziologie*, 32/2, 156-177.
- Blanke, Bernhard/Christiane Perschke-Hartmann (1994): The 1992 Health Reform. Victory over Pressure Group Politics. *German Politics*, 3/2, 233-248.
- Blumenthal, Julia von (2003): Auswanderung aus den Verfassungsinstitutionen. Kommissionen und Konsensrunden. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. B43/2003, 09-15.

- BMC (Bundesverband Managed Care e.V.) (2004): Satzung in der Fassung vom 25.09.2002. <http://www.bvmanagedcare.de/satzung.asp> (06.03.2004).
- BMGS (2003a): Geringe Protestbeteiligung ein gutes Zeichen. Pressemitteilung vom 22.01.2003. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs03/index_2905.cfm (06.03.2004).
- BMGS (2003b): Finanzentwicklung zeigt: 2003 muss das Jahr der Modernisierung des Gesundheitswesens sein, Pressemitteilung vom 05.03.2003. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/index_2788.cfm (06.03.2004).
- BMGS (2004): Zu den Praxisgebühr-Aussagen des Vorstandsvorsitzenden der Barmer Ersatzkasse in der „Berliner Zeitung“ erklärt der Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums Klaus Vater: Pressemitteilung des BMGS vom 12.01.2004. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs04/d_104_4711.cfm (06.03.2004).
- Brechtel, Thomas (2001): Ärztliche Interessenpolitik und Gesundheitsreform: Die Zufriedenheit niedergelassener Ärzte mit den Berufsverbänden vor und nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 9/3, 273-288.
- Bsirske, Frank (2002): Das solidarische Prinzip ist die zentrale Stärke des deutschen Gesundheitssystems. Rede auf dem ver.di-Gesundheitskongress „Qualität und Effizienz“ am 31. Oktober 2002 in Berlin. http://www.klip-projekte.net/verdi/kongress/pdf/solidaritaet_bsirske.pdf (06.03.2004).
- Bsirske, Frank/Gerhard Bäcker/Gerd Glaeske/Karl W. Lauterbach/Gabi Oppenheimer/Anita Pfaff (2002): ver.di Bundesvorsitzender Frank Bsirske, Personalräte und Wissenschaftler fordern: Strukturreform unseres solidarischen Gesundheitssystems. http://www.verdi.de/verdi_2/intranet/aktuelles/gesundheit_fuer_alle__solidarisch_finanziert/ziele_von_verdi/gesundheitspolitische_positionen_von_verdi__frank_bsirske_am_13_06_02_in_der_fr (06.03.2004).
- BT (Bundestagsdrucksache) 9/1300: Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 02.02.1982: Bericht der Bundesregierung nach Artikel 2 § 6 des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes.
- BT 11/2237: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 03.05.1988: Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG).
- BT 11/6380: Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 12.02.1990.
- BT 12/3608: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. vom 05.11.1992: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz).
- BT 13/4615: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P vom 10.05.1996: Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG).
- BT 13/6087: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. vom 12.11.1996: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverant-

wortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG).

- BT 13/11256: Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 08.07.1998: Dritter Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzentrierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Dritter Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V).
- BT 14/1245: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 23.06.1999: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000).
- BT 14/5681: Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 28.03.2001: Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- BT 14/8595: Antrag der Fraktion der CDU/CSU vom 19.03.2002: Gesundheitswesen patientenorientiert, freiheitlich und zukunftssicher gestalten.
- BT 14/9054: Antrag der Fraktion der FDP vom 15.05.2002: Für eine leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung.
- BT 15/1170: Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 16.06.2003: Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG).
- BT 15/1174: Antrag der Fraktion der CDU/CSU vom 17.06.2003: Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten.
- BT 15/1175: Antrag der Fraktion der FDP vom 18.06.2003: Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen.
- BT 15/1525: Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen vom 08.09.2003: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG).
- BT 15/1526: Antrag der Fraktion der FDP vom 08.09.2003: Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten.
- BT 15/1685: Antrag der Fraktionen der SPD; CDU/CSU; Bündnis 90/Die Grünen und FDP vom 14.10.2003: Einsetzung einer gemeinsamen Kommission von Bundestag und Bundesrat zur Modernisierung der bundesstaatlichen Ordnung.
- Cassel, Susanne (2003): Erfolgsbedingungen wissenschaftlicher Politikberatung am Beispiel des Gesundheitswesens. *G+G Wissenschaft (GGW)*, das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft (G+G), 3/4, 7-14.
- CDU (2003): Beschluss des Bundesvorstands der CDU vom 21.06.2003. <http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/210603.papier.herzog.pdf> (06.03.2004).
- Chassin, Mark R./Robert W. Galvin/The National Roundtable on Health Care Quality (1998): The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA*, 280/11, 1000-1005.

- Chinitz, David/Alex Preker/Jürgen Wasem (1998): Balancing Competition and Solidarity in Health Care Financing, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Collins, Charles/Andrew Green/David Hunter (1999): Health Sector Reform and the Interpretation of Policy Context. *Health Policy*, 47, 69-83.
- Contandriopoulos, André-Pierre/Marju Lauristin/Ellen Leibovich (1998): Values, Norms and the Reform of Health Care Systems, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Crowley, William F./Louis Sherwood/Patricia Salber/David Scheinberg/Hal Slavkin/Hugh Tilson et al. (2004): Clinical Research in the United States at a Crossroads. Proposal for a Novel Public-Private Partnership to Establish a National Clinical Research Enterprise. *JAMA*, 291/9, 1120-1126.
- Czada, Roland (2000): Konkordanz, Korporatismus und Politikverflechtung: Dimensionen der Verhandlungsdemokratie, in: Everhard Holtmann/Helmut Voelzkow (Hrsg.): Zwischen Wettbewerbs- und Verhandlungsdemokratie. Analysen zum Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- DÄ (Deutsches Ärzteblatt) (2004): Kassen wollen Prävention fördern. Krankenkassen buhlen mit Bonusanreizen um die Gunst der Versicherten. 101/7, A393-A396.
- Daubenbüchel, Rainer (2001): Die Krankenkassen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und staatlicher Aufsicht, in: Andrea Alexander/Thomas Rath (Hrsg.): Krankenkassen im Wandel. Organisationsentwicklung als Herausforderung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Der Spiegel (2003a): Jäger der Patent-Milliarden. Nr. 14/31.03.2003, 84-97.
- Der Spiegel (2003b): Reform-Haus Deutschland. Nr. 42/13.10.2003, 30-46.
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2003a): Eckpunkte des DGB zur Gesundheitsreform 2003. http://www.dgb.de/themen/themen_a_z/abisz_doks/e/eckpunkte_gesundheitsreform.pdf/file_view_raw (06.03.2004).
- DGB (2003b): Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU, BT 15/1174 im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 26.06.2003. http://www.bundestag.de/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27__Sitzung__29_-31__Sitzung/Stellungnahmen/dt_Gewerkschaftsbund.pdf (06.03.2004).
- DGB (2003c): Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, CDU/CSU und Bündnis90/Die Grünen zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 19.09.2003. http://www.bundestag.de/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/DGB.pdf (06.03.2004).
- Die Welt (2003): Extras zum Schleuderpreis. Krankenkassen bieten jetzt auch günstige Zusatzversicherungen an. 11.12.2003, 11.

Die Zeit (2003): KBV – Kassieren, Bestimmen, Verarzten. 03.04.2003, 22.

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2002a): Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 e SGB V. http://www.hkgev.de/download/10a_Rahmenvereinbarung-140e-SGBV_2002.pdf (06.03.2004).

DKG (2002b): Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V. 2. geänderte Auflage, August 2002. <http://dkg.digramm.com/pdf/290.pdf?title=Das+Krankenhaus+als+Anbieter+von+Leistungen+in+der+integrierten+Versorgung+nach+%A7+140+a+bis+h+SGB+V+%96+Materialiensammlung> (06.03.2004).

DKG (2003): DKG und DAK mit gemeinsamer Erklärung zur Integrierten Versorgung. 02.12.2003. <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/655/title/DKG+und+DAK+mit+gemeinsamer+Erkl%EA4rung+zur+Integrierten+Versorgung> (06.03.2004).

Döhler, Marian (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Edition Sigma.

Döhler, Marian (1991): Policy Networks, Opportunity Structures and Neo-Conservative Reform Strategies in Health Policy, in: Bernd Marin/Renate Mayntz (eds.): Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations. Frankfurt a.M.: Campus.

Döhler, Marian (1995): The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care. Governance: An International Journal of Policy and Administration, 8/3, 380-404.

Döhler, Marian (2002): Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: Winand Gellner/Markus Schön (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden: Nomos.

Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt (1992a): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. Zeitschrift für Staatswissenschaften und Staatspraxis, 3/1, 64-106.

Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt (1992b): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. Politische Vierteljahresschrift, 33/4, 571-596.

Döhler, Marian/Philip Manow (1997): Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen: Leske + Budrich.

Downs, Anthony (1957): An Economic Theory of Democracy. New York: Harper & Row.

Easton, David (1979): A Framework for Political Analysis. University of Chicago Press.

Ebsen, Ingwer (2000): Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrechts? Probleme materiellrechtlicher und kompetenzrechtlicher Koordination. Zeitschrift für Sozialreform, 46/4, 298-314.

Ebsen, Ingwer/Stefan Greß/Klaus Jacobs/Joachim Szecseny/Jürgen Wasem (2003): Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Soziale Sicherheit, 52/4, 128-132.

- Egger, Bernhard (1998): Der neue Arbeitsausschuß „Ärztliche Behandlung“. Ein erster Zwischenbericht nach sechs Monaten. *DOK*, 80/4, 121-125.
- Enthoven, Alain C. (1988): Managed Competition: An Agenda for Action. *Health Affairs*, 7/3, 25-47.
- Esping-Andersen, Gøsta (1996): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge Polity Press.
- FAZ (Frankfurter Allgemeine Zeitung) (2003): Die Lahnsteiner Einigung von 1992 hat fast mythische Bedeutung. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 25.06.2003, 12.
- Ferrera, Maurizio/Martin Rhodes (eds.) (2000): *Recasting European Welfare States*. *West European Politics*, 23/2.
- Figueras, Josep (2003): Health system reforms and post-modernism. The end of the big ideas. *European Journal of Public Health*, 13/1, 79-82.
- Flood, Colleen M. (2003): *International Health Care Reform. A legal, economic and political analysis*. London: Routledge.
- Flüchter, Annedore (2000): *Kollektivverträge und Konfliktlösung im SGB V. Wirksamkeit und Wirkungsweise im Verhältnis zu den vertragschließenden Verbänden und den einzelnen Kassen und Leistungserbringern*. Baden-Baden: Nomos.
- Fox, Nicholas J. (1993): *Postmodernism, Sociology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Fozouni, Behnam/Bernhard Güntert (2000): *Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen – die Triade zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation*. *Das Gesundheitswesen*, 62/11, 559-567.
- Fraser, Nancy (1989): Talking about Needs: Interpretive Contest as Political Conflicts in Welfare-State Societies. *Ethics*, 99/2, 291-313.
- Freddi, Giorgio/Warner Björkman (eds.) (1989): *Controlling Medical Professionals. The Comparative Politics of Health Governance*. London: SAGE.
- Freeman, Richard/Michael Moran (2000): *Reforming Health Care in Europe*. *West European Politics*, 23/2, 35-58.
- Freidson, Eliot (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Freidson, Eliot (1986): *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (1999): *Professionalism and Institutional Ethics*, in: Robert B. Baker/Stephen R. Latham/Linda L. Emanuel (eds.): *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2002): Reformen für die Zukunft. Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/fulltext/asfo/01232.htm#E10E1> (06.03.2004).
- Gäfgen, Gérard (Hrsg.) (1988): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.
- Gawatz, Reinhard/Peter Novak (Hrsg.) (1993): Soziale Konstruktion von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte. Ulm: Universitätsverlag.
- Gerlinger, Thomas (1997a): Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Neugestaltung der kassenärztlichen Vergütung zwischen Gesundheitsstrukturgesetz und „dritter Stufe“ der Gesundheitsreform. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Gerlinger, Thomas (1997b): Punktlandungsübung im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform. Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 28, 99-124.
- Gerlinger, Thomas (2002a): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Discussion-Paper der Arbeitsgruppe Public-Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P02-204.
- Gerlinger, Thomas (2002b): Rot-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz. Discussion-Paper der Arbeitsgruppe Public-Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P02-205.
- Gerlinger, Thomas (2002c): Vom korporatistischen zum wettbewerblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: Winand Gellner/Markus Schön (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden: Nomos.
- Gerlinger, Thomas (2004): Rot-grüne und konservativ-liberale Gesundheitspolitik. Paradigmenwechsel oder Kontinuität? Unveröffentlichtes Manuskript.
- Gerlinger, Thomas/Klaus Stegmüller (1999): Binnendifferenzierung ärztlicher Interessen und kassenärztliche Standespolitik, in: Norbert Schmacke (Hrsg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin. Frankfurt a.M.: VAS.
- Giaimo, Susan (2001): Who Pays for Health Care Reform?, in: Paul Pierson (ed.): The New Politics of the Welfare State. Oxford University Press.
- Giaimo, Susan (2002): Markets and Medicine. The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. The University of Michigan Press.
- Giaimo, Susan/Philip Manow (1999): Adapting the Welfare State. The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. Comparative Political Studies, 32/8, 967-1000.
- Glaeske, Gerd/Karl W. Lauterbach/Bert Rürup/Jürgen Wasem (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Arbeitspapier zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, "Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens" am 05. Dezember 2001 in Berlin. www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/FES_PAPIER_LANG.pdf (06.03.2004).

- Godt, Paul J. (1987): Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain, and West Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12/3, 459-480.
- Groser, Manfred (1992): *Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Haenecke, Henrik (2001a): Unternehmensziele von Krankenkassen – Eine empirische Analyse. *Arbeit und Sozialpolitik*, 55/1-2, 27-34.
- Haenecke, Henrik (2001b): *Krankenkassen-Marketing. Eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren*. München: Hampp.
- Hafferty, Frederic W./John B. McKinlay (1993): *The Changing Medical Profession. An International Perspektive*. New York: Oxford University Press.
- Ham, Chris/Frank Honigsbaum (1998): Priority Setting and Rationing Health Services, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Hartmann, Anja (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hartmann, Anja (2003): Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung, in: Christoph Egle et al. (Hrsg.): *Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Hartmannbund (1993): Erfahrungen. *Hartmannbund-Magazin*, 43/3, 8-13.
- Henke, Klaus-Dirk (1988): Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Henke, Klaus-Dirk (1997): Quo vadis, Gesundheitswesen? Diskussionspapier 1997/04 der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation des Fachbereich 14 der Technischen Universität Berlin.
- Henke, Klaus-Dirk (2001): The Allocation of National Resources in Health Care in Germany Between Competition and Solidarity, in: Klaus-Dirk Henke/Christian Dräger (Hrsg.): *Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität*. Baden-Baden: Nomos.
- Henkel, Hans-Bernhard (1998): Neuordnungsgesetze. Wenig Beifall nach einem Jahr Reform. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, 1/7, 26-32.
- Herder-Dorneich, Philipp (1977): Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Bernhard Külp/Heinz-Dieter Haas (Hrsg.): *Soziale Probleme der modernen Industriegesellschaft, Zweiter Halbband*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Herder-Dorneich, Philipp (1982a): Funktionsfähigkeit und ordnungspolitische Einordnung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Harald Bogs/Philipp Herder-

- Dorneich/Erwin K. Scheuch/Gerhard W. Wittkämpfer: Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herder-Dorneich, Philipp (1982b): Gesundheitspolitik als Ordnungspolitik, in: Harald Bogs/Philipp Herder-Dorneich/Erwin K. Scheuch/Gerhard W. Wittkämpfer: Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herder-Dorneich, Philipp (1983): Sich selbst verstärkende Anspruchsdynamik und ihre Einordnung in sich selbst steuernde Regelkreissysteme, in: Herder-Dorneich, Philipp/Alexander Schuller (Hrsg.): Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: Kohlhammer.
- Herder-Dorneich, Philippe (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. Baden-Baden: Nomos.
- Herder-Dorneich, Philippe (1999): Die korporative Koordination im Gesundheitswesen – Ursprung, Stand und Leistungsfähigkeit, in: Eberhard Wille (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung. Baden-Baden: Nomos.
- Hermann, Christopher (2003): Vom „Einheitlich und Gemeinsam“ zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 57/5-6, 17- 23.
- Herz, Wolfgang (2003): Die neueste GKV-Reform lässt Einstieg in eine neue Struktur erkennen. Forum - Arzt in Nordbaden, 4/2003, 23-24. <http://www.kvnb.de/neu/publi/forum/fo0304xx/23-24.pdf> (06.03.2004).
- Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin, 29. September 2003. <http://www.cdu.de/politik-az/herzogkommission/300903.soziale.sicherheit.pdf> (06.03.2004).
- Hess, Rainer (2004): Interview mit Dr. Rainer Hess. „Mehr Transparenz ist das A und O“. Gesundheit und Gesellschaft (G+G), 7/2, 26-29.
- Hinrichs, Karl (1995): The Impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and the Culture of Solidarity. Journal of Health Politics, Policy and Law, 20/3, 653-688.
- Hinrichs, Karl (2002): Health Care Policy in the German Social Insurance State. From Solidarity to Privatization? The Review of Policy Research, 19/3, 108-140.
- Hollingsworth, J. Rogers (1989): Structure and Performance of the Medical Care Delivery Systems of the United Kingdom and the United States, in: Freddi, Giorgio/Warner Björkman (eds.): Controlling Medical Professionals. The Comparative Politics of Health Governance. London: SAGE.
- Hollingsworth, J. Rogers/Jerald Hage/Robert A. Hanneman (1990): State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden, and the United States, 1890-1970. Ithaca: Cornell University Press.
- Howlett, Michael/M. Ramesh (2003): Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Toronto: Oxford University Press.

- Hunter, David J./Mikko Vienonen/W. Cezary Wlodarczyk (1998): Optimal Balance of Centralized and Decentralized Management, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Illich, Ivan (1976): Medical Nemesis. The Expropriation of Health. Toronto: Bantam Books.
- Immergut, Ellen (1990): Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy*, 10/4, 391-416.
- Immergut, Ellen (1992): Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge University Press.
- Johnson Everett A./Montague Brown/Richard L. Johnson (1996): The Economic Era of Health Care. A Revolution in Organized Delivery Systems. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Johnson, Terence J. (1972): Professions and Power. London: Macmillan.
- Kanavos, Panos/Martin McKee (1998): Macroeconomic Constraints and Health Challenges Facing European Health Systems, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Kaufmann, Franz-Xaver/Bernd Rosewitz (1983): Typisierung und Klassifikation politischer Maßnahmen, in: Renate Mayntz (Hrsg.): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (1997): Bericht zur Lage des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Herrn Dr. med. Winfried Schorre anlässlich der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 26. Mai 1997 in Eisenach.
- KBV (2000): Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140d SGB V. <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003729914> (06.03.2004).
- KBV (2003): Bericht zur Lage. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 19.05.2003 in Köln. www.apgsued.de/files/Bericht%20KBV%200030519.pdf (06.03.2004).
- Kepplinger, Hans M. (2002): Die Kunst der Skandalisierung und die Illusion der Wahrheit. München: Olzog.
- Kervasdoué, Jean de/John R. Kimberly/Victor G. Rodwin (1984): The End of an Illusion. The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations. Berkeley: University of California Press.
- Klusen, Norbert (2003): Chancen und Risiken von Zuwahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Norbert Klusen/Christoph Straub (Hrsg.): Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Technik, Ethik, Ökonomie. Baden-Baden: Nomos.
- Koalitionsvertrag (2002): Koalitionsvertrag. Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1023283/index.html>. (06.03.2004).

- Köcher, Renate (1983): Zum Anspruchsdenken der Bevölkerung, in: Philipp Herder-Dorneich/Alexander Schuller (Hrsg.): Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohl, Helmut (1983): Abgabe einer Erklärung der Bundesregierung. BT-Plenarprotokoll 10/4 vom 04.05.1983, 56-74.
- Kohl, Helmut (1987): Abgabe einer Erklärung der Bundesregierung. BT-Plenarprotokoll 11/4 vom 18.03.1987, 51-73.
- Kokko, Simo/Petr Hava/Vicente Ortun/Kimmo Leppo (1998): The Role of the State in Health Care Reform, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Kruse, Udo/Silke Kruse (2003): Gesetzliche Krankenversicherung: Die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Kommerz und Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, 52/4, 108-112.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin: Edition Sigma.
- Kühn, Hagen (2000): Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Ulrich Laaser/Andrea Schwalbe (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Lage: Hans Jacobs.
- Kutzin, Joseph (1998): The Appropriate Role for Patient Cost Sharing, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- KV-Berlin (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) (2004): KV-Töchter könnten den Ärzten schon bald zur Seite stehen. 01/04. http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/publikation/archiv/kvblatt04_01/kvb0401b.html (06.03.2004).
- Larson, Magali Sarfatti (1977): The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis. University of California Press.
- Lauer-Kirschbaum, Thomas (1994): Kollektivverhandlungen und Selbstverwaltungskonsens, in: Bernhard Blanke (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske + Budrich.
- Laugesen, Miriam J./Thomas Rice (2003): Is the Doctor In? The Evolving Role of Organized Medicine in Health Policy. Journal of Health Politics, Policy and Law, 28/2-3, 289-316.
- Lauterbach, Karl (2003): Zentrum für Qualität in der Medizin – Pro und Contra. Dr. Med. Mabase 144, 2003/7-8, 14-15.
- Lehmbruch, Gerhard (1988): Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.
- Lenhardt, Uwe (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin: Edition Sigma.

- Light, Donald W. (1993): *Countervailing Power: The Changing Character of the Medical Profession in the United States*, in: Frederic W. Hafferty/John B. McKinlay (eds.): *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. Oxford University Press.
- Luft, Harold S./Robert H. Miller (1988): *Patient Selection in a competitive Health Care System*. *Health Affairs*, 7/3, 97-119.
- Lühmann, Dagmar/Thomas Kohlmann/Heiner Raspe (1998): *Die Evaluation von Rückenschulprogrammen als medizinische Technologie*. Baden-Baden: Nomos.
- Luhmann, Niklas (1991): *Steuerung durch Recht? Einige klarstellende Bemerkungen*. *Zeitschrift für Rechtssoziologie*, 12/1, 142-146.
- Manow-Borgwardt, Philip (1992): *Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie? Das Beispiel der Festbeträge*. *Zeitschrift für Sozialreform* 38/7, 398-416.
- Marin, Bernd/Renate Mayntz (1991): *Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Maynard, Alan/Karen Bloor (2003): *Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals*. *Health Affairs*, 22/3, 31-41.
- Mayntz, Renate (1997): *Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Mayntz, Renate/Bernd Rosewitz (1988): *Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems*, in: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.): *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a.M.: Campus.
- McKusick, David (1999): *Demographic Issues In Medicare Reform. Birthrates, death rates, and an aging population all effects Medicare's financing*. *Health Affairs*, 18/1, 194-207.
- Mechanic, David (2000): *Managed Care and the Imperative for a New Professional Ethic*. *Health Affairs*, 19/5, 100-111.
- Mello, Michelle M. (2002): *Policing Medicaid and Medicare. Managing Care: The Role of Courts and Administrative Agencies*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27/3, 465-494.
- Moran, Michael/Bruce Wood (1993): *States, Regulation and the Medical Profession*. Buckingham: Open University Press.
- Moreno, Jonathan D. (ed.) (1991): *Paying the Doctor. Health Policy and Physician Reimbursement*. New York: Auburn House.
- Morone, James A. (2000): *Citizens or Shoppers? Solidarity under Siege*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 25/5, 959-968.
- Mossialos, Elias (1998): *Regulating Expenditure on Medicines in European Union Countries*, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

- Mühlhausen, Karl-Heinz (2002): Der Mitgliederwettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen zwischen Sozial- und Wettbewerbsrecht. Baden-Baden: Nomos.
- Müntefering, Franz (2003): Rede vor dem Bundestag zum Antrag BT 15/1685 zur Einsetzung einer Kommission zur Reform der bundesstaatlichen Ordnung. BT-Plenarprotokoll 15/66 vom 16.10.2003, 5595-5598.
- Navarro, Vicente (1999): The Political Economy of the Welfare State in Developed Capitalist Countries. *International Journal of Health Services*, 28/1, 1-50.
- Neubauer, Günter (1988): Regulierung und Deregulierung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, in: Theo Thieme (Hrsg.): *Regulierung und Deregulierung im Bereich der Sozialpolitik*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Neubauer, Günter (1996): Staatlicher Interventionismus versus wettbewerbliche Selbststeuerung. Ein neuer Ansatz zur Steuerung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, in: Johann Behrens/Bernard Braun/James Morone/Deborah Stone (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und in Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs*. Baden-Baden: Nomos.
- Noweski, Michael (2004): *Wer steuert das Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Gesundheitspolitiken in Deutschland, Großbritannien und den USA*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Oberender, Peter/Jochen Fleischmann (2002): *Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Parsons, Talcott (1997): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt a.M.: Klotz.
- Payer, Lynn (1988): *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Henry Holt.
- Perleth, Matthias (1997): Mehr „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ im Gesundheitswesen durch systematische Evaluation medizinischer Verfahren? *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Band 28, 141-159.
- Perleth, Matthias (2004): Denkfabrik für Profis und Patienten. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, 7/1, 30-35.
- Perschke-Hartmann, Christiane (1994): *Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer*. Opladen: Leske + Budrich.
- Pfaff, Martin (1986): Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt*, 35/5-6, 97-104.
- Pfarr, Detleff (2002): Rede vor dem Bundestag zum Antrag BT 14/9054 zur Reform der Krankenversicherung. BT-Plenarprotokoll 14/248 vom 04.07.2002, 25234.
- Pierson, Paul (1993): When Effect Becomes Cause. *Policy Feedback and Political Change. World Politics*, 45/4, 595-628.

- Pierson, Paul (ed.) (2001): *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Popp, Ekhard (2003): Vom Einprodukt- zum Mehrproduktanbieter. Die neuen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 57/9-10, 10-17.
- Price, David/Allyson M Pollock/Jean Shaoul (1999): How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *The Lancet*, 354/9193, 1889-1891.
- Rathwell, Tom (1998): Implementing Health Care Reform: A Review of Current Experience, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Reiners, Hartmut (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Discussion-Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P93-210.
- Reinhardt, Uwe E. (2001): Searching for the Holy Grail: An „Optimal“ Health System, in: Klaus-Dirk Henke/Christian Dräger (Hrsg.): *Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität*. Baden-Baden: Nomos.
- Reiter, Heinrich (1996): Entstehungsgeschichte, Aufgaben und Organisation der Spitzenverbände der Krankenkassen nach dem SGB V. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Rhodes, Martin (1997): Globalisation, Labour Markets and Welfare States : A Future of "Competitive Corporatism"? Working Paper des European University Institute, RSC 97/36.
- Rhodes, Martin (2001): The Political Economy of Social Pacts: ‘Competitive Corporatism’ and European Welfare Reform, in: Paul Pierson (ed.): *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Riedel, Eibe/Ulrich Derpa (2002): Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen – dargestellt anhand ausgewählter Regelungen im Sozialgesetzbuch, Fünfter Teil (SGB V). Berlin: Springer.
- Robinson, James C. (2001): Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *Milbank Quarterly*, 79/2, 149-177.
- Rochaix, Lise (1998): Performance-Tied Payment Systems for Physicians, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Rosenbrock, Rolf (1998): Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Discussion-Paper der Arbeitsgruppe Public-Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P98-201.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen – was ist das und welche Rolle können die Krankenkassen dabei spielen? *Arbeit und Sozialpolitik*, 55/11-12, 49-57.

- Rosenbrock, Rolf (2002): Das GKV-System – mehr Effizienz durch noch mehr Wettbewerb? Zeitschrift für Sozialistische Politik und Wirtschaft, Sonderheft: Moderner Sozialstaat, 13-15.
- Rosenbrock, Rolf (2003): Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung. Soziale Sicherheit, 52/3, 87-90.
- Rosenbrock, Rolf/Thomas Gerlinger (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber.
- Rosenthal, Marilyn M./Max Heirich (eds.) (1998): Health Policy. Understanding Our Choices from National Reform to Market Forces. Boulder: Westview Press.
- Rosewitz, Bernd/Uwe Schimank (1988): Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rosewitz, Bernd/Douglas Webber (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. August 2003. <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf> (06.03.2004).
- Saltman, Richard B. (1997): European Health Care Reform. Analysis of current Strategies. Copenhagen: World Health Organization.
- Saltman, Richard B. (2001): Regulation, Competition, and Governance in European Health Care Systems, in: Klaus-Dirk Henke/Christian Dräger (Hrsg.): Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität. Baden-Baden: Nomos.
- Saltman, Richard B. (2002): Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. Social Science & Medicine, 54/11, 1677-1684.
- Saltman, Richard B./Reinhard Busse/Elias Mossialos (eds.) (2002): Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham: Open University Press.
- Savas, Serdar/Igor Sheiman/Ellie Tragakes/Hans Maarse (1998): Contracting Models and Provider Competition, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Scharpf, Fritz W. (1988): Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19, 61-87.
- Scharpf, Fritz W. (1991): Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts. Politische Vierteljahresschrift, 32/4, 621-634.
- Schlesinger, Mark (1997): Countervailing Agency: A Strategy of Principaled Regulation under Managed Competition. Milbank Quarterly, 75/1, 35-87.

- Schmidt, Ulla (2002): Leitlinien sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Pressemitteilung des BMGS Nr. 40 vom 11.04.2002. http://www.bmgs.bund.de/archiv/presse_bmgs/presse2002/m/40.htm (06.03.2004).
- Schmidt, Ulla (2003a): Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, für "Der Hausarzt". Der Hausarzt als Lotse für den Patienten. 27.01.2003. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/art/bma/1913_3023.cfm (06.03.2004).
- Schmidt, Ulla (2003b): Erklärung Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zur aktuellen Diskussion über die Strukturreform im Gesundheitswesen. 29.04.2003. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs03/bmgs2_3150.cfm (06.03.2004).
- Schmidt, Ulla (2004): 'Ich finde es gerecht' Gesundheitsministerium Ulla Schmidt (SPD) über die Pannen ihrer Reform, das Lamento der Ärzte und die Chance zu mehr Wettbewerb. Interview gegenüber dem Spiegel. Interviews BMGS, 19.01.2004. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/interviews/bmgs/index_4764.cfm (06.03.2004).
- Schneider, Carl E. (1998): *The Practice of Autonomy. Patients, Doctors, and Medical Decisions*. Oxford: University Press.
- Schönbach, Karl-Heinz (2003): Verbesserte Bedingungen für die Integrierte Versorgung. Die BKK, 91/12, 601-607.
- Schröder, Gerhard (2003): Agenda 2010. Mut zum Frieden und Mut zur Veränderung. Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder, Berlin den 14. März 2003. Presse und Informationsamt der Bundesregierung.
- Schwartz, Friedrich-Wilhelm (1983): Die Konzertierte Aktion (K. A.) als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen, in: Klaus-Dirk Henke/Uwe Reinhardt (Hrsg.): *Steuerung im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher.
- Schwartz, Friedrich-Wilhelm/Howard Glennerster/Richard B. Saltman (eds.) (1996): *Fixing Health Budgets*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Seehofer, Horst (1992a): Rede vor dem Bundestag zur ersten Beratung des Entwurfs des Gesundheitsstrukturgesetzes BT 12/3608. BT-Plenarprotokoll 12/117 vom 05.11.1992, 9932-9936.
- Seehofer, Horst (1992b): Rede vor dem Bundestag zur zweiten Beratung des Entwurfs des Gesundheitsstrukturgesetzes BT 12/3608. BT-Plenarprotokoll 12/127 vom 09.12.1992, 10943-10952.
- Seehofer, Horst (1994): Rede vor dem Bundestag im Rahmen der Aussprache zur Regierungserklärung. BT-Plenarprotokoll 13/5 vom 23.11.1994, 246-251.
- Siebert, Horst (2003): Reform-Notwendigkeiten der Alters- und Gesundheitsvorsorge. Zwölf Thesen. 18. Februar 2003. http://www.uni-kiel.de/ifw/pub/siebert/Gesundheit_Rente.pdf (06.03.2004).
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Discussion-Paper der Arbeitsgruppe Public-Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P01-205.

- Smigielski, Edwin (1980): Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Bochum: Studienverlag Brockmeyer.
- Smigielski, Edwin (1983): Zur Problematik des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen im Rahmen der Kassenarzthonorierung. *Soziale Sicherheit*, 32/11, 340-345.
- Sommer, Jürg H. (2001): *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*. Basel: EMH, Schweizerischer Ärzteverlag.
- Stegmüller, Klaus (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M.: VAS.
- Stevens, Rosemary A. (2001): Public Roles for the Medical Profession in the United States: Beyond Theories of Decline and Fall. *The Milbank Quarterly*, 79/3, 327-353.
- Stone, Deborah A. (1996): Das strategische Verhalten der Versicherer unter der Marktreform: die politischen und kulturellen Auswirkungen von Wettbewerb, in: Johann Behrens/Bernard Braun/James Morone/Deborah Stone (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und in Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs*. Baden-Baden: Nomos.
- Süllow, Bernd (1982): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Eine politik-soziologische Analyse. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1994): *Jahresgutachten 1994. Gesundheitsversorgung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*. Baden-Baden: Nomos.
- SVRKAiG (2002): *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III.3*. Baden-Baden: Nomos.
- SVRzBdgE (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2002): *Jahresgutachten 2002/2003. Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Syrett, Keith (2003): A Technocratic Fix to the „Legitimicy Problem“? The Blair Government and Health Care Rationing in the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28/4, 715-746.
- Tennstedt, Florian (1977): *Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Thiemeyer, Theo (1970): Sozialpolitische und ökonomische Probleme ärztlicher Honorargestaltung. *Sozialer Fortschritt*, 19/5-6, 101-105.
- Thiemeyer, Theo (1984): Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Helmut Winterstein (Hrsg.): *Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates. Band II*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Thiemeyer, Theo (1986): Gesundheitsleistungen – Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? *Sozialer Fortschritt*, 35/5-6, 97-104.

- Thomae, Dieter (1992): Rede vor dem Bundestag zur ersten Beratung des Entwurfs des Gesundheitsstrukturgesetzes BT 12/3608. BT-Plenarprotokoll 12/117 vom 05.11.1992 S. 9924-9926.
- Tuohy, Carolyn (2003): Agency, Contract, and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health Care Arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28/2-3, 195-215.
- Twaddle, Andrew C. (ed.) (2002): *Health Care Reforms around the World*. Westport: Auburn House.
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. Discussion-Paper der Arbeitsgruppe Public-Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P01-206.
- Urban, Hans Jürgen (2003): Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System. Discussion-Paper der Arbeitsgruppe Public-Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. SP I 2003-303.
- Waiß, Steffen (2003): Das National Institute for Clinical Excellence. Lösungsansatz für die Qualitäts- und Effizienzdefizite im deutschen Gesundheitswesen? *Sozialer Fortschritt*, 52/2, 47-54.
- Walt, Gill (1998): Implementing Health Care Reform: A Framework for Discussion, in: Richard B. Saltman/Josep Figueras/Constantino Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Wanek, Volker (1994): *Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt a.M.: VAS.
- Wasem, Jürgen (1998): Im Schatten des GSG: Gesundheitspolitik in der 13. Wahlperiode des Deutschen Bundestages – eine (vorläufige) Bilanz. *Arbeit und Sozialpolitik*, 52/7-8, 18-30.
- Wasem, Jürgen (1999): *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung*. Neuss: Janssen-Cilag.
- Webber, Douglas (1988): Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. *Leviathan*, 16/2, 156-203.
- Webber, Douglas (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. *Leviathan*, 17/2, 262-300.
- Webber, Douglas (1992): Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Renate Mayntz (Hrsg.): *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann.
- WHO (World Health Organisation) (2004): Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (06.03.2004).
- Wiesenthal, Helmut (1981): *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus*. Frankfurt a.M.: Campus.

- Wigge, Peter (2001): Integrierte Versorgung und Vertragsarztrecht. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 10/1, 17-24 (Teil 1); 10/2, 66-71 (Teil 2).
- Wille, Eberhard (1999) (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung*. Baden-Baden: Nomos.
- Wilsford, David (1991): *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States*. Durham: Duke University Press.
- Wilsford, David (1995): States Facing Interests: Struggles over Health Care Policy in Advanced, Industrial Democracies. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20/3, 571-613.
- Winterstein, Helmut (1983): Der Bayernvertrag. Ein Element der Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Helmut Winterstein (Hrsg.): *Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Wöllenstein, Heike (2004): Patientenvertreter. Spielfeld statt Tribüne. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, 7/2, 20-25.
- Woolhandler, Steffie/Terry Campbell/David U. Himmelstein (2003): Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *The New England Journal of Medicine*, 349/8, 768-775.
- Wulff, Erich (1999): Mehr Qualität durch mehr Kontrolle?, in: Norbert Schmacke (Hrsg.): *Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin*. Frankfurt a.M.: VAS.
- Zweifel, Peter/Reiner Eichenberger (1988): Der Korporatismus der niedergelassenen Ärzte, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.

Anlage

Tabelle 1: GKV-Ausgaben für ärztliche Leistungen und beitragspflichtige Einnahmen, Deutschland.

	Beitragspflichtige Einnahmen	GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung	Differenz
	Veränderung gegenüber Vorjahr in %		
1971	18,9	24,8	-5,9
1972	12,6	11,4	1,2
1973	10,5	13,4	-2,9
1974	9,8	15,4	-5,6
1975	8,2	13,4	-5,2
1976	7,0	5,9	1,1
1977	7,1	4,7	2,4
1978	7,0	5,7	1,3
1979	8,0	7,0	1,0
1980	7,6	8,7	-1,1
1981	6,2	7,4	-1,2
1982	4,5	2,6	1,9
1983	3,4	5,0	-1,6
1984	6,4	6,5	-0,1
1985	3,7	3,9	-0,2
1986	4,0	3,2	0,8
1987	3,0	3,3	-0,3
1988	4,2	3,3	0,9
1989	4,1	4,6	-0,5
1990	7,7	7,6	0,1
1991 ¹	25,6	23,3	2,3
1992	10,0	11,0	-1,0
1993	5,6	5,0	0,6
1994	2,7	5,3	-2,6
1995	0,5	4,3	-3,8
1996 ²	24,1	2,0	22,1
1997	0,7	2,0	-1,3
1998	1,0	1,5	-0,5
1999	2,1	1,9	0,2
2000	2,1	1,4	0,7
2001	1,3	1,9	-0,6
2002	0,5	6,8	-6,3

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

¹ ab 1991 inklusive neue Länder² ab 1996 inklusive beitragspflichtige Einnahmen der Rentner

Tabelle 2: GKV-Ausgaben für ärztliche Leistungen und beitragspflichtige Einnahmen, früheres Bundesgebiet.

	Beitragspflichtige Einnahmen	GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung	Differenz
	Veränderung gegenüber Vorjahr in %		
1971	18,9	24,8	-5,9
1972	12,6	11,4	1,2
1973	10,5	13,4	-2,9
1974	9,8	15,4	-5,6
1975	8,2	13,4	-5,2
1976	7,0	5,9	1,1
1977	7,1	4,7	2,4
1978	7,0	5,7	1,3
1979	8,0	7,0	1,0
1980	7,6	8,7	-1,1
1981	6,2	7,4	-1,2
1982	4,5	2,6	1,9
1983	3,4	5,0	-1,6
1984	6,4	6,5	-0,1
1985	3,7	3,9	-0,2
1986	4,0	3,2	0,8
1987	3,0	3,3	-0,3
1988	4,2	3,3	0,9
1989	4,1	4,6	-0,5
1990	7,7	7,6	0,1
1991	7,6	9,7	-2,1
1992	6,8	8,2	-1,4
1993	4,3	3,3	1,0
1994	2,5	4,0	-1,5

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Tabelle 3: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,
Stand 01.02.2004.

Datum	Richtlinie	Unterausschuss	zuletzt aktualisiert
26.04.76	Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien)	Unterausschuss Prävention	15.12.03
26.04.76	Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)	Unterausschuss Prävention	10.12.99
10.12.85	Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	Unterausschuss Familienplanung	24.03.03
10.12.85	Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	Unterausschuss Familienplanung	24.03.03
24.08.89	Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien)	Unterausschuss Prävention	11.12.00
14.08.90	Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstlichen Befruchtung)	Unterausschuss Familienplanung	01.12.03
04.12.90	Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien)	Unterausschuss Ärztliche Behandlung	am 10.12.99 durch die BUB-Richtlinien abgelöst
03.09.91	Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien)	Unterausschuss Arbeitsunfähigkeit	-
17.06.92	Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien)	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	06.02.01
17.06.92	Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die radiologische Diagnostik)	Unterausschuss Qualitätsbeurteilung	17.12.96
09.03.93	Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte)	Unterausschuss Bedarfsplanung	24.03.03
31.08.93	Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien)	Unterausschuss Arzneimittel	13.05.02
01.10.97	Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte Ärzte-Richtlinien)	Unterausschuss Bedarfsplanung	22.10.01
26.06.98	Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung	Unterausschuss Prävention	23.10.98
11.12.98	Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien)	Unterausschuss Psychotherapie	-
10.12.99	Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien)	Unterausschuss Ärztliche Behandlung	01.12.03
16.02.00	Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien)	Unterausschuss Häusliche Krankenpflege	24.03.03
06.10.00	Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie)	Unterausschuss Qualitätsbeurteilung	-
16.10.00	Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	21.06.02
23.08.01	Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	Unterausschuss Soziotherapie	-
24.03.03	Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien)	Unterausschuss Krankenhausbehandlung und Krankentransport	-
22.01.04	Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten gemäß § 62 SGB V (Chroniker-Richtlinie)	Unterausschuss Ärztliche Behandlung	-
22.01.04	Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen (Krankentransport-Richtlinien)	Unterausschuss Krankenhausbehandlung und Krankentransport	-
	Richtlinien über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien)	Unterausschuss Rehabilitation	Neufassung in Vorbereitung

Quelle: www.gemeinsamer-bundesausschuss.de