

Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden

Nils C. Bandelow

Erscheint in: Schmidt, Manfred G./Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.): Politik in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2006.

1. Einleitung

Gesundheitspolitische Entscheidungen in der Bundesrepublik Deutschland erfordern die Zustimmung vieler Akteure. Die Verabschiedung von Gesundheitsreformen unterliegt den üblichen Konsenszwängen von Koalitionsregierungen und den Vetomöglichkeiten des Bundesrats. Auch Interessenverbände werden im Rahmen von Selbstverwaltung und Mesokorporatismus an der Formulierung und vor allem der Umsetzung gesundheitspolitischer Entscheidungen beteiligt (vgl. Döhler 2002; Czada 2005). Gesundheitspolitik ist somit ein Musterbeispiel für die Auswirkungen der bundesdeutschen Konsensdemokratie.

Bis Anfang der 1990er Jahre wurden die institutionellen Verhandlungszwänge vor allem zur Erklärung von politischen Blockaden und Steuerungsproblemen herangezogen (vgl. etwa Naschold 1967; Safran 1967; Katzenstein 1987: 168-208; Lehbruch 1988; Rosewitz/Webber 1990; Murswieck 1990). Spätere Analysen verweisen auf ausgewählte staatliche Steuerungserfolge oder langfristige Veränderungen, um die These eines politisch nicht steuerbaren Systems zu relativieren (vgl. Döhler/Manow 1997). Die Frage nach der politischen Steuerbarkeit greift allerdings nur einen Teilaspekt der Gesundheitspolitik auf, da sie einen eindimensionalen Konflikt zwischen Staat und Interessengruppen annimmt. Die tatsächlichen gesundheitspolitischen Konflikte und Veränderungen verlaufen dagegen auf mehreren Dimensionen, die von vier allgemeinen politischen Zielen geprägt sind:

- Stabilisierung der Gesundheitsausgaben („Finanzierbarkeit“),
- hochwertige Gesundheitsversorgung („Qualität“),
- gleichwertige Versorgung der Bevölkerung unabhängig vom Einkommen („Solidarität“) und
- Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen und Gewinnmöglichkeiten für die Leistungsanbieter im Gesundheitsmarkt („Wachstum“).

Diese vier Ziele lassen sich nicht gleichzeitig optimieren. So kann Finanzierbarkeit in Widerspruch vor allem zu Wachstum und Qualität geraten, da letztgenannte Ziele eine Ausweitung der Ressourcen erfordern. Wachstumsinteressen können mit dem Solidaritätsziel kollidieren, sofern die öffentlichen Finanzierungsmöglichkeiten begrenzt sind und Wachstum nur durch zusätzliche private Finanzierung möglich wird. Selbst Qualität und Wachstum sind nicht deckungsgleich, obwohl hier die Widersprüche am wenigsten offenkundig sind. Qualitätsinteressen können aber zu

einer Mittelverwendung im Gesundheitswesen führen, die von den Interessen der nationalen Leistungsanbieter abweicht.

Der Outcome der Gesundheitspolitik spiegelt jeweils eine (meist implizite) Entscheidung für die jeweilige Gewichtung der einzelnen Ziele wider. Im Folgenden soll zunächst die Entwicklung der gesundheitspolitischen Prozesse und Politikergebnisse in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Hintergrund dieses Zielquadrats analysiert werden, um Kontinuitäten und Veränderungen zu erfassen. Als mögliche Erklärung für die Politikergebnisse werden dabei sozio-ökonomische Veränderungen und die deutsche Einheit angenommen (Abschnitt 2). Anschließend wird die Tragweite weiterer politikwissenschaftlicher Perspektiven geprüft. Dabei werden konflikttheoretische Ansätze (Abschnitt 3), politisch-institutionalistische Erklärungen (Abschnitt 4) und die europäische Integration (Abschnitt 5) behandelt.

2. Langfristige Prägung von Politikergebnissen durch veränderte sozio-ökonomische Rahmenbedingungen

Auf Grundlage der jeweils dominierenden Ziele lassen sich in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik Phasen der Restauration und des Ausbaus (1949-1975), des Rückbaus (1975-1997) und der Umgestaltung (seit 1998) unterscheiden. Jede dieser Phasen wurde von sozio-ökonomischen und teilweise externen politischen Rahmenbedingungen beeinflusst. Da die deutsche Einheit vor allem indirekte Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik hatte, wird sie als Teil des Abschnitts 2.2 behandelt.

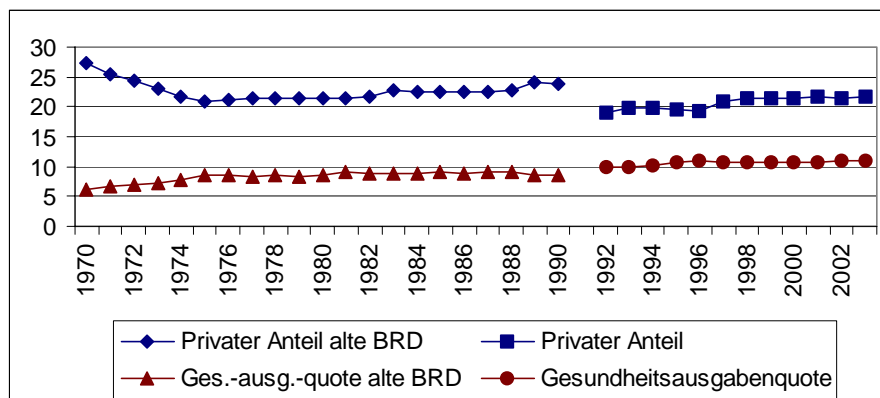
2.1 Restauration und Ausbau: Wachstum und Solidarität als zentrale Ziele bis 1975

Nach dem Zweiten Weltkrieg musste das teilweise zerstörte Gesundheitssystem wieder aufgebaut werden. Gleichzeitig sollte das Gesundheitswesen zur Stabilität demokratischer bürgerlicher Strukturen beitragen. Zur Bewältigung beider Aufgaben wurden bis 1955 das gegliederte Krankenkassensystem, das Kassenarztsystem und die Verhandlungsorgane der Selbstverwaltung restauriert (vgl. Murswieck 1990: 161-162). Die Bundesrepublik entschied sich somit für das alte Modell der Bismarck'schen Krankenversicherung, das vor allem auf den Prinzipien der Finanzierung über einkommensabhängige Pflichtbeiträge und der Leistungserbringung durch (überwiegend) private Träger unter staatlicher Aufsicht basiert. Hintergrund dieses Modells der in Deutschland ursprünglich bereits 1883 eingeführten Krankenversicherung ist ein spezielles Solidaritätsverständnis, das nicht auf die gesamte Gesellschaft, sondern auf gesellschaftliche Statusgruppen ausgerichtet ist (vgl. Esping-Andersen 1990). Finanzierbarkeit spielte in dieser Phase nur eine untergeordnete Rolle. Qualität und Wachstum flossen dagegen zumindest als Rechtfertigungsfiguren in die Entscheidung für eine Wiederherstellung des gegliederten Kassensystems ein (siehe auch unten Abschnitt 3).

Auch nach der Restauration zeichnete sich die bundesdeutsche Gesundheitspolitik durch Kontinuität aus. So scheiterten in den Jahren 1961 und 1964 erste Reformversuche zur Stärkung der Finanzierbarkeit. Anlass waren Steigerungen des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV von 6% (1950) auf 9,5% (1962). Die in den Entwürfen des damaligen Arbeitsministers Theodor Blank formulierten Vorschläge beinhalteten die Einführung von Selbstbeteiligungen und die Ausweitung der staatlichen Eingriffsmöglichkeiten in die Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Scheitern der Reformentwürfe spiegelt die starke Gewichtung der Ziele Solidarität und Wachstum wider.

Die primäre Ausrichtung der Gesundheitspolitik am Solidaritätsziel gilt in noch stärkerem Maß für die Phase zwischen 1969 und 1975 (vgl. Murswieck 1990: 168). Zu Beginn der 1970er Jahre wurde zunächst der Versichertenkreis deutlich ausgeweitet (auf höher verdienende Angestellte 1970, Landwirte 1972 und Behinderte und Studenten 1975). Gleichzeitig wurden auch die kassenärztlichen Leistungen erweitert. Insgesamt stieg in dieser Phase die Gesundheitsausgabenquote am BIP an, während der Anteil der privat finanzierten Gesundheitsleistungen sank (Abbildung 1).

Abbildung 1: Privater Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben und Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP



Quelle: OECD Health Data 2005

2.2 Rückbau 1975 bis 1998: Stärkung der Finanzierbarkeit auf Kosten der Solidarität

Ab 1973 änderten sich die ökonomischen Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik. Unmittelbarer Auslöser war die erste Öl- und Wirtschaftskrise 1973/74, die zu einer Stärkung des Ziels der Finanzierbarkeit führte. Abbildung 1 verdeutlicht diesen Bruch: Seit der zweiten Hälfte der 1970er Jahre bleibt die Gesundheitsausgabenquote nahezu konstant. Der Strategiewechsel begann 1975, indem die Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen für die Jahre zwischen 1975 und 1977

freiwillige Ausgabengrenzen festsetzte. Zwei Jahre später folgte die gesetzliche Umsetzung der veränderten Strategie. Mit dem 1977 verabschiedeten Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) begann eine Serie von inzwischen fast vierzig Gesetzen, die primär auf das Ziel der Finanzierbarkeit zielten (vgl. als Überblick Steffen 2005).

In der ersten Phase der Kostendämpfungsgesetzgebung wurde die Finanzierbarkeit fast ausschließlich zu Lasten der Solidarität gestärkt, indem der Gesetzgeber das Instrument der Privatisierung von Gesundheitsausgaben nutzte. Das KVKG etwa führte Zuzahlungen für Arzneimittel, Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlungen und Fahrtkosten ein. Diese Zuzahlungen wurden 1982 und 1983 erhöht und erweitert. Mit ähnlicher Wirkung wurden zudem Leistungen (für Zahnersatz, bei Entbindungen und für so genannte „Bagatell“-Arzneimittel) eingeschränkt.

Mitte der 1980er Jahre plante der damals zuständige Arbeitsminister Norbert Blüm eine grundlegende Strukturreform der Krankenversicherung, die Beschränkungen des Wachstums zugunsten der Finanzierbarkeit beinhalten sollte. Das letztlich verabschiedete und 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz (GRG) beschränkt sich allerdings weitgehend auf eine Fortsetzung der Privatisierung von Gesundheitsausgaben. Im Ergebnis führte das GRG zwar einerseits zu einer kurzfristigen Senkung der Gesundheitsausgabenquote am BIP, bewirkte aber gleichzeitig eine Steigerung des privaten Anteils der Gesundheitsausgaben (Abbildung 1).

Die Reformphase nach dem GRG war wesentlich durch die veränderten Rahmenbedingungen nach der deutschen Einheit geprägt. Die staatliche Einheit beinhaltete die Fusion von zwei Gesundheitssystemen mit unterschiedlichen Strukturprinzipien (Bandelow 1998: 197-203). Die DDR verfügte über eine umfassende Einheitsversicherung (Stange 1994). Insgesamt war das Angebot der Gesundheitsleistungen in der DDR gemessen an der Arzt- und Krankenhausbettendichte, dem Beschäftigtenanteil im Gesundheitswesen und anderen Messzahlen niedriger als in der alten Bundesrepublik. Auf der anderen Seite lag die Gesundheitsausgabenquote bei nur 6,8% (1989) und damit fast 2,5% unter dem westdeutschen Vergleichswert (Deppe 1993: 21).

Obwohl sich SPD, DGB und Ortskrankenkassen dafür einsetzten, die deutsche Einheit auch für grundlegende Reformen der westdeutschen GKV zu nutzen, wurden letztlich die westdeutschen Strukturen weitgehend unverändert auf die DDR übertragen (Offe 1992). Die deutsche Vereinigung führte somit zu keinem kurzfristigen Wandel der Gesundheitspolitik. Mittelfristig gab es aber wesentliche Veränderungen. Diese betreffen den verstärkten Problemdruck durch die Kosten der Einheit und die indirekte Schwächung von Gewerkschaften und linken Parteipolitikern unter anderem durch Veränderungen des demokratischen Diskurses nach der Diskreditierung des Sozialismus in Osteuropa. Die Einheit schwächte somit die Verfechter des Solidaritätsziels und stärkte die Befürworter der Finanzierbarkeit.

Die deutsche Einheit war damit eine der Ursachen für den besonderen Reformdruck im Vorfeld der Anfang der 1990er Jahre als „zweite Stufe der Gesundheitsreform“ angestrebten Fortführung des GRG. In dieser speziellen Situation konnte in einer großen Sachkoalition von Union und SPD ein Reformpaket durchgesetzt werden, dessen ordnungspolitische Bedeutung über der Eingriffstiefe der vorangegan-

genen (und aller bisher folgenden) Reformen liegt. Das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) stellt zwar keinen grundsätzlichen Paradigmenwechsel dar, es erweitert aber das Instrumentarium der Kostendämpfungsstrategie. Auf der einen Seite beinhaltet auch das GSG deutliche Erhöhungen der Zuzahlungen und Beschränkungen des Leistungskatalogs. Auf der anderen Seite führte es neue Maßnahmen zur Wachstumsbegrenzung ein. Unmittelbare Wirkungen hatte vor allem die gesetzliche Festlegung der (regionalen) Ausgabensteigerungen für die ambulante Versorgung, für Zahnbehandlungen, für Krankenhausaufgaben und für Arzneimittelverschreibungen, die zwischen 1993 und 1995 gültig waren (für Krankenhausaufgaben zwischen 1992 und 1996). Vor allem große Pharmaunternehmen litten zudem unter erzwungenen Preissenkungen für patentgeschützte Arzneimittel. Zudem enthielt das GSG verschiedene Elemente, die auf mehr Effizienz und Wettbewerb im Gesundheitswesen zielten. Dazu gehört vor allem die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen. Diese beinhaltete einen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (ab 1994), veränderte (an Aktiengesellschaften orientierte) Selbstverwaltungsstrukturen der Kassen (ab 1996) und Kassenwahlrechte für fast alle Versicherten (ab 1997). In der Folge beschleunigte sich die Abnahme der Krankenkassenzahl: Schon zwischen 1970 und 1994 war die Zahl der Kassen von 1815 auf 1146 gesunken. Weitere Zusammenschlüsse reduzierten die Kassenzahl inzwischen auf 267 (2005).

In den Jahren 1995 bis 1998 wurden einerseits wesentliche Maßnahmen des GSG umgesetzt. Gleichzeitig nahm der Gesetzgeber aber in einer Reihe von SGB-V-Änderungsgesetzen auch einige zentrale Reformvorhaben zurück. So hatte das GSG ursprünglich auch die Einführung einer Positivliste für erstattungspflichtige Arzneimittel vorgesehen. Diese Liste sollte von unabhängigen Experten in einem eigens geschaffenen Arzneimittelinstitut vorbereitet werden. Das Institut wurde gemeinsam mit dem Plan zur Einführung der Liste 1996 vorläufig abgeschafft. Auch die Budgetierungen wurden teilweise gelockert.

Die letzten Reformen der Regierung Kohl waren das Beitragsentlastungsgesetz und die beiden GKV-Neuordnungsgesetze, die 1997 beschlossen wurden. Alle drei Gesetzespakete enthielten vor allem Maßnahmen zur Privatisierung von Gesundheitsausgaben durch erhöhte und zusätzliche Selbstbeteiligungen und durch Einschränkungen der Kassenleistungen und stärkten somit die Finanzierbarkeit zu Lasten der Solidarität.

2.3 Umgestaltung seit 1998: Mehrfach wechselnde Ziele

Diese Einschränkung solidarischer Ausgleichs über das Krankenversicherungssystem wurde von der rot-grünen Bundesregierung teilweise mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) von 1999 wieder rückgängig gemacht. Das GKV-SolG senkte erstmals die Selbstbehalte der Versicherten. Gleichzeitig wurde die gesetzliche Budgetierung der Ausgaben in allen Bereichen (Vergütung ärztlicher Leistungen, zahnärztliche Versorgung, stationäre Versorgung und Arznei- und Hilfsmittel) wieder eingeführt.

Während das GKV-SolG als Sofortmaßnahme gedacht war, sollten mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 die Strukturen grundlegend verändert werden (ausführlich Gerlinger 2002). Offiziell zielte die Reform darauf, „Fehlsteuerungen“ zu beheben und Qualitätssicherungen einzuführen. Das Ziel der Beitragssatzstabilität wurde allerdings nicht aufgehoben, sondern als Grundsatz sogar noch verbindlicher gefasst (§141.2 SGB V). Dazu wurden verschiedene Instrumente eingeführt, die etwa auf eine engere Verzahnung der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens zielten. Die sektorale Budgetierung wurde beibehalten, wobei die Bundesregierung ursprünglich sogar ein globales Budget anstrebte, das aber im Bundesrat am Widerstand der (unionsgeführten) B-Länder scheiterte. Die Qualitätssicherung wurde durch einzelne Maßnahmen gestärkt. Unter anderem der neu geschaffene Ausschuss Krankenhaus sollte dieses Ziel in der Selbstverwaltung umsetzen. Auch die Positivliste war erneut Element des Gesetzes. Sie stand nach der Vorbereitung eines Entwurfs durch unabhängige Experten 2003 kurz vor der Einführung. Insgesamt stärkten die ersten Reformen der rot-grünen Bundesregierung zunächst das Solidaritätsziel und anschließend auch das Qualitätsziel, wobei vor allem Wachstumsinteressen der einzelnen Anbieter weniger stark gewichtet wurden.

Nach dem Ministerinnenwechsel im Januar 2001 von Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) zu Ulla Schmidt (SPD) erfolgte auch ein inhaltlicher Strategiewechsel. Zunächst gab die neue Ministerin den Wachstumsinteressen vor allem der Pharmaindustrie statt, indem Ende 2001 das Arzneimittelbudget durch Regelungen der Selbstverwaltung ersetzt wurde. Diese Maßnahme löste einen starken Anstieg der GKV-Ausgaben aus, der nur teilweise durch anschließende Sofortmaßnahmen begrenzt wurde.

Unmittelbar nach ihrer Wiederwahl im September 2002 schrieb die rot-grüne Koalition die Beitragssätze fest und kürzte Leistungen der GKV, um Zeit für die Formulierung einer grundlegenden Reform zu gewinnen. Nachdem die CDU/CSU/FDP-regierten Länder im Mai 2002 eine eigene Mehrheit im Bundesrat gewonnen hatten, wurde die Union in die Formulierung der nächsten Gesundheitsreform eingebunden.

Das aus der zweiten großen gesundheitspolitischen Sachkoalition nach 1992 resultierende GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das im Januar 2004 in Kraft getreten ist, beinhaltet eine weitere Privatisierung von Gesundheitsleistungen durch erhöhte und zusätzliche Zuzahlungen der Versicherten und durch weitere Leistungskürzungen. Der Effekt der Verlagerung von Kosten auf die privaten Haushalte wurde zudem durch die Aufgabe der paritätischen Finanzierung verstärkt, da das Modernisierungsgesetz einen speziellen Arbeitnehmerbeitrag von 0,5 Prozent des Grundlohns vorsieht. Die Wachstumsinteressen der Leistungsanbieter wurden von dem Gesetz kaum berührt. Im Gegenteil, die Union setzte bei den Verhandlungen unter anderem erneut den Verzicht der Regierungsparteien auf das Inkrafttreten der Positivliste durch.

Das GMG stärkte weiterhin das Ziel der Qualität durch verschiedene Maßnahmen. So wurde ein Patientenbeauftragter des Bundestages eingesetzt. Außerdem integrierte die Reform die Patientenverbände (bisher ohne Stimmrecht) in den seit Januar 2004 zusammengefassten Gemeinsamen Bundesausschuss (dem wichtigsten

Gremium der Selbstverwaltung). Beim Gemeinsamen Bundesausschuss wurde im Juni 2004 zudem ein Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet, das Qualität und Nutzen neuer medizinischer Methoden und Medikamente bewertet.

Der Überblick über die wichtigsten gesundheitspolitischen Ergebnisse und Auswirkungen der letzten 55 Jahre verdeutlicht somit, dass 1. eine stetig zunehmende Bedeutung des Ziels der Finanzierbarkeit zu beobachten ist, 2. seit 1975 die Bedeutung des Ziels der Solidarität abnimmt, 3. Wachstumsziele seit Anfang der 1990er Jahre eine geringere Bedeutung einnehmen, 4. Qualität nur eine geringe Rolle spielte, in den letzten Jahren aber an Bedeutung gewonnen hat, 5. nur wenige grundlegende Politikwechsel stattgefunden haben und 6. die deutsche Einheit vor allem indirekt zu einer Stärkung der Finanzierbarkeit auch zu Lasten von Wachstumszielen beigetragen hat.

Vor allem die stärkere Gewichtung der Finanzierbarkeit wird seit 1975 mit sozio-ökonomischen Veränderungen begründet. Danach hätten der demographische Wandel, technische und wirtschaftliche Entwicklungen zu einer „Kostenexplosion“ geführt oder würden zumindest in Zukunft starke Finanzierungsprobleme auslösen. Diese These ist allerdings bei Gesundheitsökonomern zumindest umstritten. So sind die Beitragssatzsteigerungen nicht nur durch demographische Veränderungen sondern auch durch einen sinkenden Anteil der Löhne am BIP (steigende Profite der Unternehmen und steigende Arbeitslosigkeit) zu erklären (vgl. Braun/Kühn/Reiners 1998; Busse/Howorth 1999: 331-332). Die deutsche Gesundheitspolitik folgte also keinen reinen sozio-ökonomischen Sachzwängen, sondern kann nur unter Berücksichtigung politischer Faktoren erklärt werden.

3. Konflikttheoretische Erklärungen

Verschiedene Studien betonen einen starken Einfluss der gesundheitspolitischen Interessenverbände (vgl. z. B. Wanek 1994; Stobrawa 2001). Im folgenden Abschnitt sollen die relativen Kräfteverhältnisse zwischen den zivilgesellschaftlichen Akteuren als mögliche Erklärung für die Verschiebung der Zielhierarchien der bundesdeutschen Gesundheitspolitik vorgestellt werden. Anschließend werden die Ziele der Parteien als mögliche Erklärung für die Politikergebnisse analysiert. Dabei werden die notwendigen Differenzierungen der Parteiendifferenzthese für eine Anwendung auf die Gesundheitspolitik herausgearbeitet.

3.1 Machtressourcenansatz erklärt Policy-Tendenzen

Die Interessengruppen des Gesundheitswesens setzen sich jeweils für unterschiedliche Gewichtungen der konkurrierenden Politikziele ein. So liegt etwa eine Betonung der Finanzierbarkeit vor allem im Interesse der Arbeitgeber. Insbesondere personalintensive und exportorientierte Branchen sind negativ von steigenden Arbeitgeberbeiträgen zur Krankenversicherung betroffen. Obwohl auch die von den Gewerk-

schaften vertretenen Arbeitnehmer die Hälfte des Beitrags zur Krankenversicherung tragen, treten die Gewerkschaften als zentrale Befürworter einer starken Gewichtung des Solidaritätsziels auf. Die Krankenkassen und ihre Verbände sind aufgrund der internen Selbstverwaltungsstruktur gleichermaßen von den Zielen der Arbeitgeber wie der Gewerkschaften geprägt und verfolgen zudem eigene Ziele im internen Wettbewerb. Sie gewichten daher üblicherweise die Ziele Finanzierbarkeit und Solidarität hoch. Die Anbieterverbände (Kassenärzte, Apotheker, Pharmaindustrie etc.) vertreten vor allem direkt und indirekt die Wachstumsinteressen ihres jeweiligen Sektors. Patientenverbände befürworten vor allem eine hohe Gewichtung des Ziels der Qualität. Diese Zuordnung ist zwar vereinfachend und wird nicht allen Stellungnahmen gerecht. Dennoch lassen sich auf der Basis der Zuordnung primärer Ziele zu den Interessengruppen die Entwicklungstrends der deutschen Gesundheitspolitik zu großen Teilen mit Machtverschiebungen erklären.

Unternehmen und Arbeitgeberverbände wirken sowohl direkt als auch indirekt auf gesundheitspolitische Entscheidungen ein. Die direkten Mitwirkungsrechte basieren auf der Vertretung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten (bis 1996 den Vertreterversammlungen) der meisten Krankenkassen (mit Ausnahme der Ersatzkassen). Die Verwaltungsräte wählen nicht nur den ehrenamtlichen Vorstand und den hauptamtlichen Geschäftsführer der Kassen, sondern sie üben auch das Satzungs- und Haushaltsrecht aus. Auf diesem Wege können die Arbeitgeber bei der Umsetzung von rechtlichen Bestimmungen mitwirken.

Noch wichtiger sind aber die Einflussmöglichkeiten der Arbeitgeber auf die Formulierung der gesetzlichen Bestimmungen. Als eine der stärksten Interessengruppen der Bundesrepublik können die Unternehmen direkt oder über Verbände und andere Organisationen die öffentliche Meinung und politische Entscheidungen beeinflussen. Trotz der Mitgliederverluste der Arbeitgeberverbände vor allem in Ostdeutschland ist der Einfluss der Arbeitgeber auf die Gesundheitspolitik kontinuierlich gestiegen. Insbesondere wird die Drohung einer Verlagerung von Arbeitsplätzen von der Politik stärker berücksichtigt.

Auf der anderen Seite haben die Gewerkschaften stetig an Einfluss verloren. Auch die Gewerkschaften nominieren Listen für die Verwaltungsräte der Kassen, die meist ohne Urwahlen umgesetzt werden. Bei den letzten Wahlen 2005 fanden mit Ausnahme von vier großen Ersatzkassen nur „Friedenswahlen“ ohne Wahlhandlung statt. Wie bei den Arbeitgebern ist aber auch bei den Gewerkschaften der indirekte Einfluss auf die Politikformulierung von größerer Bedeutung. Im Gegensatz zu den Arbeitgebern sind die Ressourcen der Gewerkschaften eng an den Organisationsgrad gebunden, der wiederum stetig abnimmt (vgl. Schnabel 2005: 7-8). Diesen Einflussverlust konnte bisher keine andere zivilgesellschaftliche Gruppe kompensieren. Allerdings sind auch auf dieser Seite des politischen Spektrums neue Organisationen entstanden. Neue linke Akteure wie Attac konnten aber bisher nicht die gesundheitspolitische Rolle der Gewerkschaften übernehmen. So verfügen die Globalisierungskritiker über einen Bundeshaushalt von nur wenig mehr als einer Million Euro, von denen nur ein Bruchteil für sozialpolitische Kampagnen eingesetzt wird.

Die Machtverschiebungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften entsprechen der Tendenz der Politikergebnisse zur stärkeren Gewichtung der Finan-

zierbarkeit im Verhältnis zur Solidarität. Auch die zentrale Bedeutung der Wachstumsziele einzelner Sektoren bis Anfang der 1990er Jahre kann mit den Machtressourcen organisierter Interessen begründet werden. Kassenärzte und Zahnärzte verfügen über eine effiziente Organisationsstruktur aus freien Verbänden und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen als Zwangskörperschaften. Sie haben einen hohen Organisationsgrad und aufgrund ihres konstant hohen gesellschaftlichen Ansehens auch politische Macht als Multiplikatoren (vgl. Bandelow 1998: 77-87). Dennoch haben sie in den letzten Jahren an Einfluss verloren. Vor allem wachsende Konflikte zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie die zunehmende Fragmentierung der freien Ärzteverbände haben dazu beigetragen, dass seit Anfang der 1990er Jahre auch gesundheitspolitische Entscheidungen gegen die Wachstumsinteressen der Kassenärzte möglich sind.

Auch die Pharmaindustrie hat bis Anfang der 1990er Jahre Einfluss verloren und musste überproportional zu den Sparmaßnahmen des GSG 1993 beitragen. Anfang 1994 haben daraufhin die (inzwischen 39) großen Pharmakonzerne einen eigenen Verband gegründet. Die Hauptgeschäftsführerin dieses Verbandes Forschender Arzneimittelunternehmen Cornelia Yzer – ehemalige Staatssekretärin der damaligen Bundesministerin Angela Merkel und Jürgen Rüttgers – gilt heute als faktischer individueller Vetospieler in der Gesundheitspolitik (vgl. Gehrmann 2002).

Gemessen am Anteil der Gesundheitsausgaben sind aber weder Kassenärzte noch Pharmaindustrie, sondern die Krankenhäuser die wichtigsten Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen. Neben öffentlichen Trägern (Kommunen und Ländern) treten die Wohlfahrtsverbände und zunehmend auch private Träger als Akteure auf. Vor allem die öffentlichen Krankenhäuser versuchen, über die jeweiligen Landesregierungen Sparmaßnahmen zu ihren Lasten zu verhindern. Gemessen am Policy-Outcome waren sie dabei wechselnd erfolgreich: Zwischen 1970 und 2003 ist zwar der Anteil der Krankenhausausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben in Deutschland von 30,8 auf 35,8 gestiegen (wobei die Deutsche Einheit hier zu geringen Verzerrungen geführt hat, vgl. OECD 2005). Einzelne Kostendämpfungsgesetze (etwa das KVKG von 1977) hatten aber überproportionale Belastungen für die Krankenhäuser zur Folge. Diese wechselnde Entwicklung ist mit einem Machtressourcenansatz nur schwer zu erklären.

Eindeutig ist dagegen der Zusammenhang zwischen der schwachen Organisations- und Konfliktfähigkeit von Patienteninteressen und der geringen Berücksichtigung des Qualitätsziels. Inzwischen existieren ca. 100 Patientenverbände in Deutschland, die allerdings meist Mitgliederzahlen im drei- bis vierstelligen Bereich haben. Höhere Organisationsgrade weisen spezielle Selbsthilfeverbände wie der Deutsche Diabetiker Bund mit 40.000 Mitgliedern auf. Auch wenn Verbraucherzentralen und verbraucherorientierte Verbände als indirekte Verfechter des Qualitätsziels hinzu genommen werden, bleibt der Befund eines politisch wenig einflussreichen Verbändenetzes.

Insgesamt bietet der Machtressourcenansatz somit Erklärungen für grundlegende Trends bei den Politikergebnissen. Einzelne Schlüsselentscheidungen sind dagegen nur unter Berücksichtigung der Parteidifferenzthese zu erklären.

3.2 *Parteiendifferenzthese bietet Erklärungen nur für Schlüsselentscheidungen*

Für die gesundheitspolitischen Ziele der Parteien sind sowohl die ideologischen Grundlagen als auch die jeweilige Nähe zu Interessengruppen von Bedeutung. So weisen die Unionsparteien traditionell enge Bindungen zu den Arbeitgebern und Betriebskrankenkassen auf, die Sozialdemokraten gelten als Partner von Gewerkschaften und Ortskrankenkassen, und die FDP steht den Zielen der Kassenärzte und der Ersatzkassen nahe. Allerdings hat sich die interne Entscheidungsfindung der Parteien zur Gesundheitspolitik geändert: In der Frühphase der Bundesrepublik wurden die gesundheitspolitischen Positionen der Parteien stark von einzelnen Interessengruppen bestimmt. Inzwischen haben aber die großen Parteien ihre gesundheitspolitische Basis pluralisiert und zugleich gesundheitspolitische Parteigremien entwickelt, die zu einem Rückgang der Bedeutung ursprünglicher Klientelbeziehungen geführt haben (vgl. Döhler/Manow 1997: 49-60). Trotz dieser Ausdifferenzierung des Politikfelds lassen sich grundlegende Ziele der Parteien unterscheiden: Für die Union ist sowohl aufgrund der angebotsorientierten wirtschaftspolitischen Überzeugungen als auch mit Blick auf das Klientel der Arbeitgeber die Finanzierbarkeit von besonderer Bedeutung. Wachstumsinteressen gewichten die Unionsparteien zudem höher als das Solidaritätsziel. Die SPD hat dagegen bis Mitte der 1970er Jahre als Repräsentantin der Arbeitnehmer sowie vor dem Hintergrund nachfrageorientierter wirtschaftspolitischer Überzeugungen das Solidaritätsziel in den Mittelpunkt gestellt. Im Zuge der Kostendämpfungspolitik wurde auch für die SPD die Finanzierbarkeit wichtiger. Die FDP tritt vor allem als Verfechter des Wachstums des ambulanten und pharmazeutischen Sektors auf. Bündnis 90/Die Grünen bemühten sich bisher um eine Stärkung des Qualitätsziels. Die Linkspartei wiederum richtet sich primär am Solidaritätsziel aus und gewichtet Finanzierbarkeit und Wachstum weniger hoch.

Ein Zusammenhang zwischen Parteienherrschaft und Policy-Outcomes, wie er für andere Felder nachgewiesen werden konnte (vgl. Hibbs 1977; Hicks/Swank 1992), ist in der deutschen Gesundheitspolitik trotz der Zielkonflikte nur schwer zu zeigen. Die Daten der Abbildung 1 geben aber einen ersten Hinweis auf einen möglichen Einfluss der Parteienherrschaft auf die Gesundheitspolitik. Interpretiert man die Maßzahlen als Auswirkungen auf die Politik des jeweiligen Vorjahres, dann lassen sich die Jahre 1971 bis 1982 und 2000 bis 2003 als Ergebnis der Politik einer sozialdemokratisch geführten Bundesregierung interpretieren, während die Jahre 1983 bis 1999 als Ergebnis der Politik einer unionsgeführten Regierung zu werten sind. Abbildung 1 verdeutlicht, dass sozialdemokratisch geführte Regierungen fast immer einen Anstieg der Gesundheitsausgabenquote (Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP) zu „verantworten“ hatten. Nur in jeweils drei Jahren des Messzeitraums ist die Gesundheitsausgabenquote nach sozialdemokratischen Regierungsjahren konstant geblieben oder zurückgegangen. Nach Regierungsjahren unionsgeführter Bundesregierungen halten sich dagegen Steigerungen und Senkungen der Gesundheitsausgabenquote (bzw. in einem Fall eine konstante Quote) die Waage. Dieser Befund spricht auf den ersten Blick dafür, dass unionsgeführte Bundesregierungen

die Finanzierbarkeit besser erreicht haben als Sozialdemokraten. Allerdings relativiert sich dieses Ergebnis, wenn man berücksichtigt, dass etwa die Hälfte der einbezogenen Jahre sozialdemokratischer Regierungen vor 1975 und damit vor Beginn der Kostendämpfungspolitik lagen. Nimmt man allein die Phase seit 1975, dann spielt die Parteienherrschaft für die Finanzierbarkeit keine signifikante Rolle. Dieses Ergebnis überrascht wenig, da die großen Parteien einheitlich die Finanzierbarkeit seit Mitte der 1970er Jahre in das Zentrum ihrer Gesundheitspolitik stellen.

Einen stärkeren Einfluss der Parteienherrschaft kann man dagegen für die Solidarität vermuten. Tatsächlich überwiegen seit 1970 nach sozialdemokratischen Regierungsjahren die Anstiege des öffentlichen Anteils an den Gesundheitsausgaben, während nach unionsgeführten Regierungsjahren häufiger die privaten Ausgabenanteile gestiegen sind (vgl. Abbildung 1). Auch diese Zahlen sind aber nur begrenzt aussagekräftig, da die Unterschiede nur gering sind. Zudem verschwindet auch für diese Kennzahl jeder Einfluss der Parteienherrschaft, wenn die Zeiten vor und nach Beginn der Kostendämpfungspolitik (1975) getrennt betrachtet werden.

Ein allgemeiner Zusammenhang zwischen Parteienherrschaft und Policy-Outcomes besteht somit nicht. Dennoch lässt sich bei einzelnen Entscheidungen eine Bedeutung der Parteienherrschaft für den Policy-Output nachweisen. Dies gilt vor allem für die wenigen bisherigen Schlüsselentscheidungen. So war nach dem Zweiten Weltkrieg die zukünftige Struktur des deutschen Gesundheitssystems umstritten. Sowohl die Alliierten als auch die deutschen Sozialdemokraten befürworteten eine Einheitsversicherung (vgl. Hockerts 1980: 21-85; Wasem et al. 2001: 493-495; Lindner 2003: 24). Das Ergebnis der Bundestagswahlen von 1949 war daher von zentraler Bedeutung für die deutsche Krankenversicherungspolitik: Die unionsgeführte Bundesregierung setzte das gegliederte Kassensystem und die (weitgehend) paritätische Selbstverwaltung in den Kassen durch. Diese Weichenstellung basierte nicht nur auf inhaltlichen Überzeugungen der Union, die sich gegen „sozialistische“ Modelle aus Skandinavien und Großbritannien abgrenzen wollte, sondern auch auf machtpolitischen Überlegungen: Durch die sozialpartnerschaftliche Kassenverwaltung sollte der Einfluss von Gewerkschaften und SPD auf die Gesundheitspolitik nachhaltig begrenzt werden (vgl. Leisering 2003: 173).

Weder die unionsgeführten Bundesregierungen 1949-1963 noch die große Koalition 1966-1969 bewirkten anschließend wesentliche Richtungswechsel der Gesundheitspolitik (vgl. Murswieck 1990: 161-167). Ob der Regierungswechsel von 1969 zu einer Beschleunigung des Ausbaus öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen geführt hat, lässt sich zwar vermuten, aber nicht eindeutig nachweisen – zumal die Union über die Mehrheit der B-Länder im Bundesrat auch in den 1970er Jahren direkten Einfluss auf die Gesundheitspolitik nehmen konnte.

Der bis dahin wichtigste Politikwechsel 1975 erfolgte bei unveränderten parteipolitischen Mehrheitsverhältnissen auf Bundesebene. Da die 1975 eingeleitete Stärkung der Finanzierbarkeit den Präferenzen der Union entsprach, erfolgte nach dem Regierungswechsel 1982 kein grundlegender Politikwechsel. Auch während der Amtszeit der schwarz-gelben Regierungskoalition gab es ohne Regierungswechsel eine Schlüsselentscheidung, nämlich das 1992 beschlossene Gesundheitsstrukturgesetz. Das Gesetz zielte erstmals auf eine strukturelle Stärkung der „Effizienz“ des

Gesundheitswesens – womit faktisch Maßnahmen zu Lasten von Wachstumszielen der Leistungserbringer verbunden sind. Die Maßnahmen widersprachen damit den zentralen Zielen vor allem der damaligen Regierungspartei FDP. Durch den legendären Kompromiss zwischen den Regierungsparteien und der SPD in Lahnstein wurde zumindest vorübergehend der Einfluss von FDP, Kassenärzten und Pharmaindustrie überwunden. Die Folgemaßnahmen der Regierung (unter anderem die Rücknahme der Positivliste) orientierten sich dagegen wieder an der Kombination von Finanzierbarkeits- und Wachstumszielen.

Der Regierungswechsel 1998 stellt ein Novum in der Geschichte der deutschen Gesundheitspolitik dar, da er zu einem unmittelbaren Richtungswechsel führte. Unter dem Einfluss des SPD-Parteivorsitzenden und Finanzministers Oskar Lafontaine stand zunächst die Solidarität im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Allerdings folgten danach mehrere weitere Richtungswechsel. Die grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer setzte bei der Gesundheitsreform 2000 eine Stärkung des Qualitätsziels durch. Im Vorfeld der Bundestagswahl 2002 zeigte sich die Regierung dann gewillt, die Wachstumsinteressen wichtiger Lobbygruppen verstärkt zu berücksichtigen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde schließlich wieder die Finanzierbarkeit zum zentralen Inhalt der Gesundheitspolitik, während vor allem das Solidaritätsziel wieder zurückgenommen wurde. Daher ist auch hier kein dauerhafter Zusammenhang zwischen Parteienherrschaft und Gesundheitspolitik zu belegen. Eine mögliche Erklärung für die geringe Tragweite der Parteidifferenzthese liegt in den zahlreichen Vetopunkten der deutschen Verhandlungsdemokratie, die im Folgenden vorgestellt werden.

4. Inkrementelle Politikentwicklung durch institutionelle Verhandlungszwänge?

Neben sozio-ökonomischen Faktoren und dem Machtressourcenansatz verspricht vor allem eine neo-institutionalistische Perspektive, einen Beitrag zur Erklärung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik zu leisten (vgl. Schmidt 1999). Die große Zahl von Akteuren, deren Zustimmung für Entscheidungen notwendig ist, und die ideologische Distanz zwischen diesen Vetospielern machten aus dieser Sicht politische Veränderungen unwahrscheinlich (vgl. Tsebelis 2002). Vor allem die kompetitiven Vetopunkte des bundesdeutschen Regierungssystems – hier insbesondere der Bundesrat – werden üblicherweise zur Erklärung für die scheinbar besondere Policy-Stabilität in diesem Feld angeführt. Umstrittener sind dagegen die Erwartungen zu den Auswirkungen kollektiver Vetopunkte (vgl. Birchfield/Crepaz 1998). Vor allem die auf Bundesebene üblichen Koalitionsregierungen (als Folge des Verhältniswahlrechts) und der in der Gesundheitspolitik bedeutsame Föderalismus bewirken eine große Zahl konsensualer Vetospieler.

4.1 *Föderalismus und kompetitive Vetopunkte*

Das Konzept der kompetitiven Vetopunkte verweist ursprünglich darauf, dass politische Systeme für Veränderungen des Status quo die Zustimmung von politischen Akteuren fordern können, die jeweils unabhängig voneinander entscheiden und nicht im Rahmen gemeinsamer („verbundener“) Gremien zu einem Konsens gezwungen werden (vgl. Birchfield/Crepez 1998). Dies trifft in der Bundesrepublik vor allem auf den Bundesrat zu. Demnach ist in der Gesundheitspolitik politischer Wandel vor allem dann unwahrscheinlich, wenn sich die Ziele von Bundesregierung und Bundesratsmehrheit unterscheiden.

Tatsächlich lassen sich ausgewählte politische Prozesse und Politikergebnisse auf die Wirkung kompetitiver Vetopunkte zurückführen. So war bereits die sozial-liberale Koalition mit einer Mehrheit unionsgeführter Länder im Bundesrat konfrontiert, wodurch grundlegende strukturelle Reformen erschwert wurden. Noch klarer wird die Bedeutung des Bundesrats bei zwei späteren Reformversuchen. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform 1996/97 musste von der CDU/CSU/FDP-Koalition gegen eine Mehrheit SPD-geführter Länder im Bundesrat verwirklicht werden (vgl. Bandelow 1998: 211-231). Da keine Einigung zu Stande kam, blieben grundlegende Veränderungen in den zustimmungspflichtigen Bereichen aus. Ähnliches gilt mit umgekehrten Vorzeichen für die rot-grüne Gesundheitsreform 2000 (vgl. Hartmann 2003). Seit April 1999 verfügten die Regierungsparteien über keine eigene Mehrheit mehr im Bundesrat und waren auf die Zustimmung von Länderregierungen angewiesen, an denen Union oder FDP beteiligt waren. Auch hier mussten zustimmungspflichtige Reformelemente aus dem ursprünglichen Gesetzentwurf gestrichen werden. Auch das 2003 verabschiedete Gesundheitsmodernisierungsgesetz kann als Bestätigung der Vetospieler-Theorie (Tsebelis 2002) gewertet werden: Die durch den Bundesrat erzwungene Einbindung der Union in die Formulierung der Reform erzwang den Verzicht auf Reformelemente, die in einer Mehrheitsdemokratie durchsetzbar gewesen wären.

Dennoch ist eine formale Verwendung des Vetospieler-Ansatzes nur von begrenztem Nutzen für die Erklärung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik. So wurden die Gesundheitsreformen der 1960er Jahre trotz übereinstimmender Mehrheitsverhältnisse von Bundestag und Bundesrat blockiert. Auch die geringe Strukturwirkung der Gesundheitsreformen zwischen 1982 und 1991 lässt sich nicht auf Konflikte mit dem Bundesrat zurückführen. Noch problematischer wird der Ansatz bei Berücksichtigung des GSG. Das 1992 verabschiedete Gesetz stellte nicht trotz, sondern gerade wegen der unterschiedlichen parteipolitischen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat den bisher größten Einschnitt der bundesdeutschen Gesundheitspolitik dar. Durch die erzwungene Einbindung der SPD gelang es, sozialdemokratische Reformforderungen mit Unionsforderungen zu verbinden (vgl. Bandelow 1998: 204-211). Insgesamt war somit die Bedeutung des Bundesrats als Vetospieler für die Gesundheitspolitik uneinheitlich: Unterschiedliche Mehrheitsverhältnisse konnten sowohl zur Durchsetzung als auch zur Verhinderung grundlegender Reformen führen.

4.2 *Korporatismus und kollektive Vetopunkte*

Kollektive Vetopunkte, die gemeinsam an der Formulierung politischer Entscheidungen mitwirken, spielen in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. So hat das Verhältniswahlrecht bisher stets die Beteiligung mehrerer Parteien an der Bundesregierung erzwungen, wobei mit Ausnahme der frühen 1960er Jahre stets verschiedene Parteischulen vertreten waren. Koalitionsregierungen sind daher ein zentrales Element der deutschen Gesundheitspolitik. Sie lassen Blockaden erwarten, wenn die Koalitionspartner deutlich abweichende Ziele vertreten. Beispiele für Blockaden durch Koalitionspartner finden sich vor allem in der jüngsten Geschichte: So scheiterte die erste grüne Gesundheitsministerin, Andrea Fischer (1998-2001), unter anderem am konsequenten Widerstand der gesundheitspolitischen Experten aus der SPD-Bundestagsfraktion. Dabei waren allerdings nicht nur unterschiedliche politische Ziele, sondern auch die fehlende Hausmacht der Ministerin im gesundheitspolitischen Netzwerk entscheidend (Hartmann 2003).

In der Amtszeit der Kohl-Regierung bestanden wesentliche gesundheitspolitische Konflikte vor allem zwischen den Sozialausschüssen der Union einerseits und der FDP andererseits. Diese Konflikte werden unter anderem für die Kontinuität der Gesundheitspolitik vor der deutschen Vereinigung verantwortlich gemacht (vgl. etwa Bandelow 1998: 190-197). Auf der anderen Seite wirkten Koalitionsregierungen nicht immer als Steuerungshindernis: So ließen sich während der Frühphase der sozial-liberalen Koalition die Solidaritätsziele der SPD mit den Wachstumszielen der FDP verbinden, da weder Finanzierbarkeit noch Qualität berücksichtigt werden mussten.

Insgesamt zeigt sich für die Parteienarena, dass nicht allein die institutionelle Einbettung der Vetopunkte, sondern vor allem die Interaktionsorientierung (vgl. Scharpf 2000: 148-158) bzw. Motivation (Zohlnhöfer 2005) der Akteure für die Blockadewirkung verantwortlich ist. So zeigt das GSG, dass auch (formal) kompetitive Vetopunkte eine gemeinsame Politikformulierung erreichen können. Zudem müssen kompetitivinstitutionalisierte Vetospieler nicht zwingend eine kompetitive Interaktionsorientierung aufweisen – und auch Koalitionspartner können (vor allem in großen Koalitionen) durchaus in Wettbewerb zueinander stehen. Größeren Einfluss als die rechtlichen Vorgaben haben daher situative Faktoren (etwa Wahltermine): Parteipolitische Vetospieler mit solidarischer Interaktionsorientierung waren bisher eher zu Einigungen in der Lage als Vetospieler mit kompetitiver Orientierung. Vor allem der Vergleich zwischen den Gesundheitskompromissen 1992 und 2003 zeigt, dass eine solidarische Interaktionsorientierung eher von (den 1992 dominierenden) Fachpolitikern erwartet werden kann als von (den 2003 dominierenden) Parteiführungen.

Stärker noch als Koalitionsregierungen werden Selbstverwaltung und Mesokorporatismus im Gesundheitswesen für Politikblockaden verantwortlich gemacht. Die Selbstverwaltung als Verhandlungsarena zwischen den Verbänden spielt eine steigende Rolle, seit 1955 die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen ein-

gerichtet wurden. Vor allem im Zuge der Kostendämpfungspolitik wurden die Kompetenzen und die Reichweite dieser Gremien von Kassenverbänden und Leistungsanbietern ausgeweitet (vgl. Döhler/Manow 1997: 119-145; Döhler 2002). Mit der Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses seit Januar 2004 wurden wesentliche Entscheidungen in die Verantwortung eines zentralen Selbstverwaltungsgremiums gelegt.

Im Vergleich zur Selbstverwaltung haben korporatistische Strukturen eher an Bedeutung verloren. Der Neokorporatismus im Gesundheitswesen wird üblicherweise mit der 1977 eingerichteten (und seit 2004 endgültig aufgelösten) Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen in Verbindung gebracht. Weder die Konzertierte Aktion noch ihre Nachfolger (etwa der 1999 eingerichtete Runde Tisch) konnten tatsächlich die Bedeutung erlangen, die ihnen oft zugeschrieben wurde. Die Verhandlungsgremien litten vor allem an den über Vetorechte institutionalisierten Blockademöglichkeiten der Leistungsanbieter (vgl. Lehmsbruch 1988; Genschel 1999: 71). Der Versuch, möglichst viele Interessen an der Aushandlung von Reformen zu beteiligen, führte jeweils entweder zu Lösungen auf Kosten der nicht beteiligten Interessen, insbesondere der Versicherten und Patienten, oder es waren lediglich Minimallösungen möglich. Ein Grund dafür liegt darin, dass Verbände stärker als Parteien von der Zustimmung ihrer Mitglieder und nicht von der Zustimmung durch die Öffentlichkeit abhängig sind. Die Akteure der neokorporatistischen Verhandlungen folgten daher egoistischen Interaktionsorientierungen. Dies gilt vor allem für freie Verbände wie den Hartmannbund (vgl. Groser 1992). Körperschaftliche Organisationen der Selbstverwaltung berücksichtigten dagegen eher auch übergreifende Belange (vgl. Webber 1992). Durch die Beteiligung von freien Verbänden aus allen Sektoren wurde die Konzertierte Aktion nicht – wie ursprünglich intendiert – zu einer Arena für die Verwirklichung der Finanzierbarkeit, sondern sie trug zu dem langjährigen Schutz des Wachstums aller Gesundheitssektoren bei.

Auch kollektive verbandliche Vetospieler hatten somit keine einheitliche Auswirkung auf politische Prozesse und Politikergebnisse. Auf der einen Seite entlastete die Verlagerung der Ressourcenverteilung auf die Selbstverwaltung den Staat bei der Umsetzung von Entscheidungen zu Lasten der Wachstumsinteressen von Leistungserbringern. Auf der anderen Seite eröffneten korporatistische Strukturen den jeweils beteiligten Akteuren Blockademöglichkeiten gegenüber Steuerungsversuchen. Eine mögliche Erklärung für das Durchbrechen dieser Blockaden bietet die europäische Integration.

5. Beschleunigter Zielwandel durch die Europäische Integration

Im Vergleich zu anderen Politikbereichen war die Gesundheitspolitik zunächst wenig direkt von der Europäischen Integration betroffen. So fordert der EG-Vertrag zwar ein hohes Gesundheitsniveau als Querschnittsaufgabe der Gemeinschaft und sieht eine Förderung der Koordination zwischen den Mitgliedstaaten vor, die Eigenständigkeit der nationalen Gesundheitssysteme wird aber explizit nicht in Frage gestellt (Art. 152(5)). Wichtig sind aber abgeleitete Kompetenzen der EU auf Basis

anderer Bereiche europäischen Primärrechts (Arbeitsrecht, Wettbewerbsrecht und vor allem Binnenmarktsrecht). Weitere Auswirkungen der Europäischen Integration basieren auf der Veränderung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen durch Entscheidungen zum Binnenmarkt und zur Währungsintegration und auf Bemühungen um positiv gestaltende Gesundheitspolitik der EU.

Die direkteste Bedeutung für die Gesundheitspolitik hat die Europäische Union durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Seit 1998 hat der EuGH Bedingungen entwickelt, die erfüllt sein müssen, damit Patienten Gesundheitsleistungen in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen können und diese erstattet bekommen (Urteile Kohll/Decker C-158/96 und C-120/95 von 1998, Smits/Peerbooms C-157/99 von 2001 und Müller-Fauré/VanRiet C 385/99 von 2003). Als Reaktion auf die Anforderungen der Binnenmarktes wurde mit dem GMG für deutsche Versicherte die Möglichkeit geschaffen, seit dem 1. Januar 2004 Leistungen im europäischen Ausland nach dem Kostenerstattungsprinzip in Anspruch zu nehmen (§ 13 Abs.4-6 SGB V).

Veränderte Rahmenbedingungen für die Gesundheitspolitik erzeugt vor allem der Stabilitäts- und Wachstumspakt der Euro-Länder. Der Pakt bzw. bis zur Euro-Einführung die Kriterien des Maastrichter Vertrags verpflichten die Bundesrepublik zu einer Haushaltsdisziplin, welche die Krankenkassen einschließt (vgl. Urban 2003: 31-35; 52-62).

Unter anderem zur Erfüllung der Stabilitätsziele europäischer Wirtschaftspolitik hat der Europäische Rat von Lissabon (2000) die Offene Methode der Koordinierung (OMK) als weiche Steuerungsform eingeführt und seit 2003 im Europarecht festgeschrieben (Art. 137 EGV). Die OMK schreibt keine konkreten Maßnahmen zur Zielerreichung vor, es werden aber jeweils Empfehlungen formuliert. Im Wesentlichen geht es darum, das Nichterreichen vorgegebener Ziele sichtbar zu machen. Für das Gesundheitswesen wurden inzwischen allgemeine Ziele (Finanzierbarkeit, Universalität, Angemessenheit, hohes Niveau und Gerechtigkeit) benannt. Im April 2004 hat die Europäische Kommission spezielle gesundheitspolitische Empfehlungen, unter anderem für evidenzbasierte Medizin und Dezentralisierung, ausgesprochen. Konkrete gesundheitspolitische Richtlinien sollen 2007 vorgelegt werden (vgl. Urban 2003: 37-52).

Die europäische Integration bewirkt damit sowohl direkt als auch indirekt eine weitere Stärkung des Ziels der Finanzierbarkeit. Auch Qualitätsziele werden explizit benannt. Dagegen ist die Auswirkung auf die Durchsetzbarkeit von Solidaritätszielen unklar. Bisher ist eher davon auszugehen, dass die Spielräume hier geringer werden. Die Wachstumsinteressen der Leistungsanbieter sind von der europäischen Integration unterschiedlich betroffen. Auf der einen Seite bietet der Binnenmarkt deutschen Leistungsanbietern Expansionsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite sind die spezifischen Wachstumsziele deutscher Leistungsanbieter der einzige Bereich des deutschen Zielquadrats, der in der Zielsetzung europäischer Gesundheitspolitik nicht benannt wird. Mit der Europäischen Union ist somit eine weitere Arena der Gesundheitspolitik entstanden, die dazu genutzt werden kann, die spezifischen Wachstumsinteressen von Leistungsanbietern und damit wesentliche Blockaden

gegenüber staatlicher Steuerungsversuchen zur Stärkung der Finanzierbarkeit zu umgehen.

Obwohl die Bedeutung der europäischen Integration bisher begrenzt war, können sich die genannten Effekte in Zukunft noch verstärken. Dabei handelt es sich weniger um strukturelle Zwänge der „Globalisierung“. Vielmehr wird die Stärkung der Ziele Finanzierbarkeit und Qualitätssicherung von supranationalen Akteuren wie EuGH und Europäischer Kommission zunehmend verfolgt. Diese Akteure greifen verstärkt auch in die deutsche Gesundheitspolitik ein, um eine sozialpolitische Flankierung ihrer währungs- und fiskalpolitischen Ziele zu sichern (vgl. Urban 2003).

6. Fazit: Zielwandel und Arenenwechsel

Insgesamt zeigt die Bilanz von 55 Jahren bundesdeutscher Gesundheitspolitik, dass verbreitete Annahmen zu den Auswirkungen verhandlungsdemokratischer Strukturen auf Politikergebnisse zu vereinfachend sind: Selbst die Beteiligung von Vetospielern mit unterschiedlichen Zielen muss nicht zwingend zu Politikblockaden führen. Dies zeigen etwa die Entscheidungen der sozial-liberalen Koalition und das Gesundheitsstrukturgesetz. Verhandlungsdemokratische Institutionen ermöglichen aber nur wesentliche Reformen, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind:

Die erste Bedingung besteht darin, dass sich die Ziele der Beteiligten nicht widersprechen dürfen. Dies ist auch bei unterschiedlichen Zielen in dem mehrdimensionalen Zielquadrat möglich: So können etwa Wachstum und Finanzierbarkeit gleichzeitig verwirklicht werden (durch die Privatisierung von Gesundheitsausgaben). Auch Wachstum und Solidarität sind gleichzeitig zu verwirklichen (durch steigende Gesundheitsausgaben). Selbst Finanzierbarkeit und Solidarität müssen nicht im Gegensatz zueinander stehen, wenn etwa die „Effizienz“ zu Lasten der Wachstumsinteressen erhöht wird. Eine gleichzeitige Verwirklichung dieser drei zentralen Ziele ist aber nicht möglich. Verhandlungsdemokratische Strukturen führen daher zu Blockaden, wenn Vetospieler mit allen drei Zielen beteiligt sind. Dies war aber in der Geschichte der Bundesrepublik bisher nur selten der Fall. In der Regel kam es zu Einigungen, die jeweils zu Lasten der nicht beteiligten oder nicht mit Vetomacht ausgestatteten Interessen gingen.

Eine zweite Bedingung besteht in einer solidarischen Interaktionsorientierung von Verhandlungspartnern. Solidarische Akteure gewichten auch die Zielerreichung ihre Partner positiv. Verhandlungen zwischen solidarischen Partnern können zwar keine strukturellen Zielkonflikte lösen, aber sie können zur Verwirklichung weiterer Ziele beitragen. Dies gilt vor allem für das Qualitätsziel, das in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

Beurteilt man nun die Entwicklung der institutionellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Politikergebnisse, dann zeigt sich entgegen der verbreiteten Annahme eines blockierten Politikfeldes ein grundlegender Wandlungsprozess. Bis 1975 wurde die Gesundheitspolitik durch einen pluralistischen Lobbyismus geprägt. Dabei dominierten die Interessen von Leistungsanbietern und Gewerkschaften. Da das wirtschaftliche Wachstum und die faktische Vollbe-

schäftigung wenig Handlungsdruck für die Finanzierbarkeit erzeugten und Verfechter des Qualitätsziels nicht über ausreichende Organisations- und Konfliktfähigkeit verfügten, vollzog sich in dieser Phase ein weitgehend konsensualer Ausbau des Systems.

Seit 1975 wächst der Einfluss der Arbeitgeber auf die Gesundheitspolitik und damit der Handlungsdruck zur Stärkung der Finanzierbarkeit. Gleichzeitig differenzierten sich innerparteiliche und korporatistische sowie zwischen-verbandliche Verhandlungsstrukturen heraus. Diese Strukturen sicherten (entgegen ihrer offiziellen Intention) die Wachstumsziele. Grund dafür waren nicht allein die Zuerkennung von Vetorechten an Akteure mit unterschiedlichen Zielen, sondern auch die egoistischen Interaktionsorientierungen der mächtigen freien Interessenverbände.

Mit der deutschen Einheit wurde ein Policy-Window für grundlegende Veränderungen geschaffen, das zunächst nicht als solches genutzt wurde. Der verstärkte Problemdruck führte aber mittelfristig zur Schwächung korporatistischer Reformgremien (nicht aber der Selbstverwaltung!) zugunsten externer Berater und intra- sowie zwischen-parteilichen Verhandlungsarenen. Verhandlungen zwischen Union und SPD orientieren sich seit dem Präferenzwandel der SPD bei beiden Seiten am primären Ziel der Finanzierbarkeit. Die Verfolgung dieses Ziels kann zu Lasten der Wachstumsziele gehen, wenn – wie 1992 – die Fachpolitiker der Parteien unter Ausschluss der Leistungsanbieter zu Kompromissen kommen. Eine stärkere Rolle der Parteiführungen (wie 2003) macht dagegen Reformen zu Lasten des Solidaritätsziels wahrscheinlicher. Auch hier zeigte sich die Bedeutung der Interaktionsorientierungen für Politikprozesse und Politikergebnisse in Verhandlungsgremien: Die Mehrdimensionalität des gesundheitspolitischen Zielraums erlaubt durchaus Kompromisse zwischen Akteuren mit unterschiedlichen Zielen – sofern alle Akteure auch Erfolge ihrer jeweiligen Verhandlungspartner wollen.

Die wachsende Bedeutung von Finanzierbarkeit und Qualität wird auch durch die Europäische Integration gestärkt. Im Zuge der Lissabon-Strategie streben der Europäische Rat, die Europäische Kommission und der EuGH eine wettbewerbsgerechte Umgestaltung der europäischen Gesundheitssysteme an. Daher lässt sich auch für die zukünftige Gesundheitspolitik einer (formellen oder politikfeldspezifischen) großen Koalition eine Fortführung der Kostendämpfungspolitik (zu Lasten vor allem der Solidarität und des Wachstums öffentlicher Krankenhäuser und evtl. auch der kassenärztlichen Dienstleistungen) erwarten. Grundlegende Strukturveränderungen des Gesundheitswesens sind dabei zwar unwahrscheinlich. Die Bilanz der letzten 55 Jahre zeigt aber trotz der überwiegenden strukturellen Kontinuität auch, dass sowohl langfristig als auch kurzfristig Strategiewechsel in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik möglich sind.

Literatur

Bandelow, Nils C., 1998: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen.

- Birchfield, Vicki/Crepez, Markus M. L.*, 1998: The Impact of Constitutional Structures and Collective and Competitive Veto Points on Income Inequality in Industrialized Democracies, in: *European Journal of Political Research* 34: 175-200.
- Braun, Bernhard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut*, 1998: Das Märchen von der Kostenexplosion. Frankfurt a. M.
- Busse, Reinhard/Howorth, Chris*, 1999: Cost containment in Germany: Twenty Years Experience, in: *Elias Mossialos/Julian Le Grand (Hrsg.): Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot, 303-335.
- Czada, Roland*, 2005: Social Policy: Crisis and Transformation, in: *Simon Green/William E. Paterson (Hrsg.): Governance in Contemporary Germany. The Semisovereign State Revisited*. Cambridge/New York, 165-189.
- Deppe, Hans-Ulrich*, 1993: Gesundheitspolitik im Kontext der deutschen Vereinigung und europäischen Integration, in: *Hans-Ulrich Deppe/Hannes Fridrich/Rainer Müller (Hrsg.): Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD*. Frankfurt a. M./New York, 9-37.
- Döhler, Marian*, 2002: Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: *Winand Gellner/Markus Schön (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik*. Baden-Baden, 25-39.
- Döhler, Marian/Manow, Philip*, 1997: Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den 50er Jahren. Opladen.
- Esping-Andersen, Gösta*, 1990: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge.
- Gehrmann, Wolfgang*, 2002: Pharma: Handel mit Hautgout, in: *Die Zeit* Nr. 6 vom 30.1. 2002.
- Genschel, Philipp*, 1999: Variationen des Wandels. Institutionelle Evolution in der Telekommunikation und im Gesundheitssystem, in: *Politische Vierteljahresschrift* 37: 56-79.
- Gerlinger, Thomas*, 2002: Rot-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper P02-205.
- Groser, Manfred*, 1992: Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes. Gütersloh.
- Hartmann, Anja*, 2003: Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung, in: *Christoph Egle/Tobias Ostheim/Reimut Zohlhörer (Hrsg.): Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002*. Wiesbaden, 259-281.
- Hicks, Alexander M./Swank, Duane H.*, 1992: Politics, Institutions and Welfare Spending in Industrialized Democracies, 1960-82, in: *American Political Science Review* 86: 658-674.
- Hibbs, Douglas*, 1977: Political Parties and Macroeconomic Policy, in: *American Political Science Review* 71: 1467-1487.
- Hockerts, Hans Günter*, 1980: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957. Stuttgart.
- Kingdon, John W.*, 1995: *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York.
- 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, 11-32.
- Leisering, Lutz*, 2003: Der deutsche Sozialstaat: Entfaltung und Krise eines Sozialmodells, in: *Der Bürger im Staat* 53: 172-180.
- Lindner, Ulrike*, 2003: Chronische Gesundheitsprobleme. Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* B 33-34: 21-28.

- Mossialos, Elias/Le Grand, Julian*, 1999: Cost Containment in the EU: an Overview, in: Elias Mossialos/Julian Le Grand (Hrsg.): Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, 1-154.
- Murswieck, Axel*, 1990: Politische Steuerung des Gesundheitswesens, in: Klaus von Beyme/Manfred G. Schmidt (Hrsg.): Politik in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen, 150-176.
- Naschold, Frieder, 1967: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Freiburg/Br.
- Offe, Claus*, 1992: Die politischen Kosten der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, in: Winfried Schmähl (Hrsg.): Sozialpolitik im Prozess der deutschen Vereinigung. Frankfurt a. M./New York, 59-90.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas*, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitwesen. Frankfurt a. M./New York.
- Safran, William*, 1967: Veto-Group Politics. The Case of Health Insurance Reform in West Germany. San Francisco.
- Scharpf, Fritz W.*, 1991: Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts, in: Politische Vierteljahresschrift 32: 621-634.
- Scharpf, Fritz W.*, 2000: Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, Manfred G.*, 1999: Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder, in: Politische Vierteljahresschrift 40: 229-245.
- Schnabel, Claus*, 2005: Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände. Organisationsgrade, Tarifbindung und Einflüsse auf Löhne und Beschäftigung. Diskussionspapier Nr. 34, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für VWL, insbes. Arbeitsmarkt- und Regionalpolitik.
- Stange, Karl-Heinz*, 1994: Verpasste Reform der ambulanten Versorgung? Die Transformation des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern, in: Bernhard Blanke (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Opladen, 291-321.
- Steffen, Johannes*, 2005: Sozialpolitische Chronik. Stand Januar 2005. Bremen: Arbeiterkammer. (Download unter: http://www.arbeiterkammer.de/sozialpolitik/dku/02_politik/chronik/chronik_gkv_spv.pdf [Zugriff am 24. August 2005]).
- Stobrawa, Franz F.*, 2001: Die ärztlichen Organisationen in Deutschland. Entstehung und Struktur. München.
- Tsebelis, George*, 2002. Veto-Players. How Political Institutions Work. Princeton, NJ.
- Urban, Hans-Jürgen*, 2003: Europäisierung der Gesundheitspolitik? Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health SP I 2003-303. Wissenschaftszentrum Berlin.
- Wanek, Volker*, 1994: Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt a. M.
- Wasem, Jürgen/Igl, Gerhard/Vincenti, Aurelio/Behringer, Angelika/Schagen, Udo/Schleiermacher, Sabine* 2001: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 2/1. Baden-Baden, 461-528.
- Webber, Douglas*, 1992: Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Renate Mayntz (Hrsg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh, 211-272.
- Zohlnhöfer, Reimut*, 2005: Globalisierung der Wirtschaft und nationalstaatliche Anpassungsreaktionen, in: Zeitschrift für Internationale Beziehungen 12: 41-75.