

Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?

Erschienen in: Politische Bildung 37/2, 2004, 49-63.

Nils C. Bandelow

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen gilt als Prototyp eines neokorporatistischen Verhandlungssystems (Lehmbruch 1988). Die Beteiligung zentralisierter Interessenverbände an der Formulierung und Durchführung staatlicher Politik geht bis in die Anfangsjahre des 1883 von Bismarck eingeführten Krankenversicherungssystems zurück. Der damalige Reichskanzler wollte die Arbeiterschaft unmittelbar in „staatstragende“ Aufgaben einbinden, um damit ein Gegengewicht zur Sozialdemokratie und den ihr nahestehenden Organisationen zu schaffen (Bandelow 1998, 22). Im Rahmen der dazu geschaffenen Selbstverwaltung nehmen Krankenkassen und ihre Verbände bis heute zusammen mit den Verbänden von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankhasträgern (teilweise unter Beteiligung anderer Interessengruppen) Aufgaben bei der Qualitätssicherung und Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen wahr. Die Verbände sind dabei vor allem an Entscheidungen darüber beteiligt, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, wie und von wem die Leistungen erbracht und wie sie vergütet werden.

Diese Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht und auf Grundlage staatlicher Vorgaben kann als unterste Ebene des Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen gesehen werden (Süllow 1982). Allerdings fehlt der Selbstverwaltung oft das Merkmal einer direkten Inkorporierung von Interessenverbänden in die staatliche Politik, da Vertreter des Staates nur mittelbar auftreten (Mayntz 1990, 288). Ob die beteiligten Verbände die Kriterien des von Philippe Schmitter (1979) geprägten Korporatismusbegriffs erfüllen, ob es sich also um eine begrenzte Anzahl monopolistischer, funktional differenzierter Zwangsverbände mit (weitgehendem) Repräsentationsmonopol, staatlicher Anerkennung und hierarchischer Struktur handelt, wird in Kapitel 2 untersucht. Neben der Selbstverwaltung im engeren Sinn sind seit Mitte der 1970er Jahre weitere Institutionen entstanden, deren Zweck in gemeinsamen Entscheidungen der Interessenverbände des Gesundheitswesens mit staatlichen Akteuren bestand bzw. besteht. Diese Gremien sollten bzw. sollen sowohl Verteilungs- und Qualitätsfragen des Gesundheitswesens entscheiden als auch grundlegende Reformen vorbereiten (Kapitel 3).

Der Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen ist Gegenstand verschiedener kontroverser Diskussionen in Politik und Wissenschaft. Neben der schon angesprochenen begrifflichen Problematik (also der Frage, ob auch die Selbstverwaltung unter den Korporatismusbegriff fallen sollte) sind die Vorteile und Probleme dieser Steuerungsform umstritten (Lehmbruch 1988; Bandelow 1998, 124-130). Auch die Entwicklung des Korporatismus wird unterschiedlich interpretiert. So beschreiben ausgewiesene Kenner der deutschen Gesundheitspolitik die vorherrschende Strategie als „Korporatisierung“ (Döhler/Manow 1992; Döhler 2003, 32). Auf der anderen Seite sehen andere führende Spezialisten zumindest „auf einigen Regulierungsfeldern eine Erosion korporatistischer Akteursbeziehungen und Steuerungskompetenzen“ (Rosenbrock/Gerlinger 2004, 252).

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags steht aufbauend auf diesen kontroversen Bestandsaufnahmen die Frage, ob und wie sich die Einbindung von Interessenverbänden in die deutsche Gesundheitspolitik in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Es wird verdeutlicht, dass bisher nicht von einem Bedeutungsverlust der Verhandlungsgremien gesprochen werden kann. Die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen des Korporatismus haben sich allerdings nachhaltig verändert.

Der Beitrag beruht unter anderem auf den weitgehend aktuellen und informativen Internetdarstellungen der Interessengruppen und Verhandlungsgremien selbst, die aus Gründen der Lesbarkeit im Text nicht zitiert werden. Alle verwendeten Internetquellen sind in einem thematisch geordneten Anhang am Ende des Beitrags aufgeführt.

2. Akteure und Interessen im deutschen Gesundheitswesen

Bei der Frage nach der Rolle des Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen müssen zunächst die wichtigsten beteiligten Akteure analysiert werden. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, inwiefern die Akteure und Akteurskonstellationen (noch) die Voraussetzungen erfüllen, um korporatistische Steuerung zu ermöglichen. Entsprechen die Interessenverbände noch der Schmitter'schen Korporatismusdefinition? Gibt es Entwicklungen, die einer zentralistischen Interessenvermittlung im Wege stehen?

Die Akteure werden in drei Abschnitten vorgestellt, die den üblichen Einteilungen der Gesundheitspolitikforschung entsprechen. Zunächst werden die Interessen und Verbände der mächtigsten Interessengruppen der „Leistungsanbieter“ (Ärzte, Zahnärzte, Krankenträger, Pharmaindustrie etc.) vorgestellt (Kapitel 2.1). Anschließend werden die ebenfalls komplexen Interessenstrukturen der Krankenkassen(verbände) und der in ihnen repräsentierten Tarifparteien als traditioneller Gegenpartei bei den Verhandlungen analysiert

(Kapitel 2.2). Obwohl sowohl Leistungsanbieter als auch Krankenkassen für sich in Anspruch nehmen, die Interessen der Patienten zu vertreten, wird abschließend auf die Interessenvermittlung der Patienten-, Behinderten und Verbraucher als gesonderter und möglicherweise in Zukunft bedeutsamerer Gruppe eingegangen (Kapitel 2.3). Nicht explizit analysiert werden die Ziele staatlicher Akteure sowie der Parteien (dazu Bandelow 1998, 103-118). Aus korporatismustheoretischer Sicht sind die wichtigsten Aufgaben des Staates die Schaffung von Rahmenbedingungen, die Aufsicht über die Verhandlungen und gegebenenfalls die Aushandlung mit den Interessenverbänden. Auf staatliche Akteure wird daher erst im dritten Kapitel eingegangen.

2.1 Verbände der Leistungsanbieter

Die Verbände der Leistungsanbieter vertreten alle Berufsgruppen und Unternehmen, die professionell Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen anbieten. Im Zentrum des Gesundheitswesens stehen niedergelassene Ärzte und Zahnärzte. Niedergelassene Ärzte haben nicht nur ein Interesse an optimaler gesundheitlicher Versorgung ihrer Patienten, sondern auch eigene berufsständische Ziele. Zu diesen Zielen gehört neben der Sicherung möglichst hoher Einkünfte auch der Erhalt aller Privilegien von Freiberuflern (vgl. Naschold 1967).

Im Mittelpunkt der Interessenvertretung niedergelassener (Zahn-)Ärzte stehen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Diese Körperschaften öffentlichen Rechts sind Zwangsverbände für alle insgesamt 115.000 Ärzte, die an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung teilhaben wollen, da die KVen seit 1955 über den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung verfügen. Der Sicherstellungsauftrag zwingt die Kassenverbände dazu, Abschlüsse mit den KVen abzuschließen. Dadurch wird eine innerärztliche Konkurrenz bei den Verhandlungen mit den Kassen verhindert. Die KVen sind als „Landesvereinigungen“ in 23 Regionen untergliedert. An der Spitze der jeweiligen Vereinigungen stehen Vorstände, die von den Vertreterversammlungen gewählt werden. KVen entsprechen somit der Schmitterschen Definition hierarchisch gegliederter Monopolverbände mit staatlicher Anerkennung. Auf Bundesebene sind die Landesvereinigungen zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeschlossen, deren Vertreter eine zentrale Rolle bei den Verhandlungen mit Krankenkassen und Staat spielen (siehe Kapitel 3).

Neben den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen besteht mit den Ärztekammern (Zahnärztekammern) ein zweiter Typ ärztlicher Zwangsverbände. Die Kammern sind keine berufspolitischen Interessenverbände, sondern dienen der Überwachung der ärztlichen

Berufsethik. Ihre politische Bedeutung besteht darin, dass sie im Gegensatz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur die Vertragsärzte, sondern sämtliche Ärzte als Zwangsmitglieder organisieren. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern war vor allem zwischen 1950 und 1977 als Dachorganisation ein wichtiges Sprachrohr aller Ärzte. Sie hat aber durch die Stärkung der Selbstverwaltung seit 1977 an Einfluss gegenüber den dort dominierenden Kassenärztlichen Vereinigungen verloren (Bandelow 1998, 82-83).

Die körperschaftlichen Vertretungen der Kassenärzte sind keine reinen Interessenverbände der Ärzte. Da sie unter staatlicher Aufsicht und in Kooperation mit den Krankenkassen und dem Staat agieren (Kapitel 3), werden sie von vielen Ärzten eher als Vertretungen staatlicher Interessen gesehen. Daher bestehen neben den Körperschaften auch freie Interessenverbände, die nicht an den Zwangsverhandlungssystemen beteiligt sind. Bekannt ist hier etwa der Hartmannbund, dessen Vertreter auch zu den wichtigsten Fraktionen in den Kassenärztlichen Vereinigungen gehören. Der mitgliederstärkste freie Verband ist der Marburger Bund, der vor allem die Interessen von Krankenhausärzten vertritt. Während bei den Ärzten eine Vielzahl freier Verbände in Konkurrenz zueinander steht, dominiert der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) unangefochten die Interessenvertretung dieser Gruppe (Bandelow 1998, 86).

Die doppelte Vertretung der Ärzte über freie Verbände und Körperschaften hat lange zu deren großen Einfluss in der Gesundheitspolitik beigetragen. Die Doppelstrategien radikaler Forderungen durch freie Verbände und der Übernahme staatlicher Aufgaben durch Ärztevertreter in den Körperschaften bewahrte die Ärzte zunächst vor wesentlichen Einschnitten. In den 1990er Jahren haben aber verschiedene Entwicklungen (nicht nur in Deutschland) zu einer Schwächung der Ärzteverbände geführt (Hassenteufel 1998). Grundlegend waren vor allem die Folgen der Kostendämpfungsmaßnahmen, die verstärkte Verteilungskonflikten zwischen den Ärzten bewirkten. Diese Verteilungskonflikte drücken sich unter anderem in dem Bedeutungsgewinn einer Vielzahl neuer freier Ärzteverbände aus, die jeweils für die Sonderinteressen bestimmter (Fach-) Arztgruppen eintreten. Neben den zunehmenden Sonderinteressen spitzte sich vor allem der Konflikt zwischen Fachärzten und Hausärzten um Vergütungsanteile und Prestige so stark zu, dass Mitte der 1990er Jahre sogar eine Spaltung der KVen diskutiert wurde (Rosenbrock/Gerlinger 2004, 133). Gegenwärtig wird zudem die wichtigste Machtressource der KVen, der Sicherstellungsauftrag für die ambulante kassenärztliche Versorgung, durch Ausnahmeregelungen gelockert und zunehmend ganz in Frage gestellt.

Neben den Ärzten gehören die Träger der Krankenhäuser zu den wichtigsten Leistungsanbietern im deutschen Gesundheitswesen. Gemeinsam ist den Krankenhausträgern, dass sie eine Sicherung der Krankenhausfinanzierung anstreben. Dabei bestehen auch Interessenkonflikte mit den niedergelassenen Ärzten, etwa bei der Frage der Beteiligung von Krankenhäusern an der fachärztlichen Versorgung. Intern stehen sich öffentliche (meist kommunale), freigemeinnützige und private Krankenhäuser gegenüber. Bisher dominieren noch die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser, die nicht nur zusammen gut drei Viertel aller Krankenhäuser ausmachen, sondern als meist große Komplettkliniken über 90 % des Bettenangebots stellen. In den 1990er Jahren hat aber die Bedeutung der privaten Krankenhäuser deutlich zugenommen, die zunehmend auch ihre bisherige Spezialisierung aufgeben. Jede der drei Trägerarten verfügt über eigene Verbände. Daneben existieren auf Landesebene die Landeskrankhausgesellschaften, die als privatrechtliche Verbände die Interessen aller Träger bündeln, sowie seit 1949 auf Bundesebene die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Im Gegensatz zu den Ärzten galten die Krankenhausträger lange eher als schwache Interessengruppen, da die Ziele der verschiedenen Trägertypen zu heterogen für eine effektive Interessenvertretung waren. Die Krankenhausträger streben sich dagegen, dass sie entsprechend den Kassenärztlichen Vereinigungen zu Körperschaften werden, da sie keine Möglichkeit sehen, in den Verhandlungen mit den Kassen weitere Kürzungen im stationären Bereich zu verhindern (Bandelow 1998, 92). Dennoch wurde die DKG seit 1997 zunehmend in die Selbstverwaltungsstrukturen integriert (vgl. Kapitel 2.2).

Die übrigen Leistungsanbieter sind weitaus schwächer in die gesundheitspolitischen Verhandlungssysteme integriert. Apotheker weisen zwar sowohl hinsichtlich ihrer Interessen als auch hinsichtlich ihrer verbandlichen Organisation starke Analogien zu den niedergelassenen Ärzten auf. Ähnlich wie bei den Ärzten bestehen Apothekerkammern als Körperschaften neben freien Interessenverbänden. Allerdings fehlt den Apothekern eine berufsständische ökonomische Körperschaft, die den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen würde. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) als Dachorganisation aller körperschaftlichen und freien Apothekerverbände wird nur in Einzelfragen an den gesundheitspolitischen Verhandlungen beteiligt.

Auch die pharmazeutische Industrie ist kein Bestandteil des gesundheitspolitischen Verhandlungssystems. Vor allem die großen forschenden Arzneimittelunternehmen verfügen zwar als finanzkräftige Lobbyisten und wichtige Arbeitgeber über großen Einfluss auf die Entscheidungen der Bundes- und Landespolitik. Ähnlich wie bei den Ärzten hat aber auch bei der

Pharmaindustrie die Kostendämpfung zu internen Verteilungskämpfen und zu einer verbandlichen Differenzierung geführt. Bis 1994 vertrat der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie zentral die Interessen der Pharmaindustrie. Heute ist er nur noch eine Interessenvertretung von rund 300 kleineren Unternehmen, die meist auf dem Generikamarkt tätig sind. Die multinationalen Großunternehmen sind seit 1994 im Verband Forschender Arzneimittelhersteller zusammengeschlossen, der gegenwärtig 41 Firmen vertritt. Daneben besteht bereits seit 1954 mit dem Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller mit gegenwärtig 323 Mitgliedsunternehmen eine spezielle Vertretung der Produzenten verschreibungsfreier Mittel. Für die Pharmaindustrie verliert zudem die Bundesebene an Bedeutung, da die Zulassung neuer Arzneimittel zunehmend auf EU-Ebene erfolgt. Diese Entwicklung führte zu einer weiteren Pluralisierung der Unternehmensinteressen, die heute oft direkt von den einzelnen Großunternehmen vertreten werden. Die Interessenvertretung im Pharmabereich ist daher eher (im Schmitterschen Sinn) pluralistisch als korporatistisch.

Während die großen Pharmaunternehmen „von außen“ großen Druck auf die gesundheitspolitischen Verhandlungssysteme nehmen können, sind andere Leistungsanbieter fast gar nicht vertreten. Dies gilt insbesondere für die Krankenpfleger, deren Interessenvertretung durch mitgliederschwache Verbände und teilweise durch die Dienstleistungsgewerkschaft Verdi erfolgt. Verdi vertritt aber nicht nur die von Beschäftigten im Gesundheitswesen, sondern ist auch auf Kassenseite Teil des Verhandlungsnetzwerkes.

2.2 Krankenkassenverbände

Die wichtigsten Finanzierungsträger im deutschen Gesundheitswesen sind die gesetzlichen Krankenkassen. Im Gegensatz zu anderen Kostenträgern (öffentliche und private Haushalte, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung sowie private Krankenversicherungen) sind die Kassen und ihre Verbände an allen wichtigen Verhandlungen des Gesundheitswesens beteiligt. Die Krankenkassen sind grundsätzlich an einer günstigen Bereitstellung medizinischer Leistungen interessiert.

Aus historischen Gründen existieren in Deutschland acht Kassenarten (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Angestellten-Ersatzkassen, Arbeiter-Ersatzkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Seekrankenkasse und die Bundesknappschaft). Bis Ende 1996 bestanden nur geringe Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zwischen den Kassenarten. Da bis Ende 1993 vergleichsweise geringe Ausgleichszahlungen zwischen den Kassenarten stattfanden, verfügten die einzelnen Kassenarten mit ihren unterschiedlichen Versichertengruppen über stark variierende Finanzkraft. Entsprechend ergaben sich auch gerade in Fragen der Veränderung dieser

Strukturen grundlegende Konflikte zwischen den Kassenarten. Da seit 1997 die meisten Versicherten zwischen einer Mitgliedschaft bei einer sogenannten Primärkasse (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) und einer Ersatzkasse wählen können, haben sich diese Konflikte inzwischen reduziert. Dennoch sind jeweils alle Kassen einer Kassenart in einem eigenen Spitzenverband mit teilweise über 100-jähriger Tradition organisiert.

Die Strukturen dieser Verbände unterscheiden sich bis heute. Die Verbände der Primärkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) haben jeweils eigene Landesverbände, die ihrerseits jeweils zu Bundesverbänden zusammengeschlossen sind. Der Aufbau dieser Kassenverbände als Körperschaften öffentlichen Rechts ist gesetzlich festgelegt. Bis 1996 stand im Mittelpunkt der Selbstverwaltung jeder Kasse eine 60köpfige Vertreterversammlung. Diese Versammlung bestand aus Vertretern der Arbeitgeber und Vertretern der Versicherten. Die Versichertenvertreter wurden in den oft als „Friedenswahlen“ (d. h. ohne formalen Wahlakt) Sozialwahlen bestimmt. Dies führt faktisch dazu, dass sich in den Kassenverbänden Vertreter der Gewerkschaften und der Arbeitgeberverbände gegenüberstehen. Seit 1996 übernimmt ein Verwaltungsrat (analog dem Aufsichtsrat von Aktiengesellschaften) die Vertretung von Versicherten und Arbeitgebern. Der Verwaltungsrat legt unter anderem den Beitragssatz der Kasse fest und bestellt sowie kontrolliert den hauptamtlichen Kassenvorstand. Die Verwaltungsräte der einzelnen Kassen stellen bzw. wählen zudem Verwaltungsräte Kassenverbände auf Landes und Bundesebene, die wiederum hauptamtliche Vorstände wählen. Bei den Ersatzkassen sind dagegen keine Arbeitgeberrepräsentanten in den Verwaltungsräten vertreten. Außerdem besteht kein spezifischer Landesvorstand (da die Ersatzkassen bundesweit organisiert sind), sondern eine von der mitgliederstärksten Kasse gestellte Landesgeschäftsstelle. Trotz dieser unterschiedlichen Organisationsstruktur sind die Bundesverbände aller Kassenarten auf Bundesebene zur gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zusammengeschlossen.

Die wichtigsten Kompetenzen der Krankenkassenverbände liegen in den Verhandlungen über die zu erbringenden Leistungen mit Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften und der Vertretung der Kasseninteressen im politischen Prozess. Diese Kompetenzen sind in den letzten Jahren ausgeweitet worden. Unter anderem die Lockerung des Sicherstellungsauftrags können die Kassen zunehmend differenzierte Einzelverträge mit Leistungsanbietern abschließen. Gleichzeitig haben Zusammenschlüsse dazu geführt, dass die Zahl der Krankenkassen von ca. 1700 Anfang der 1990er Jahre auf heute nur knapp 290 zurückgegangen ist. Die Zusammenschlüsse sind zwar Ausdruck des zunehmenden Wettbewerbs zwischen den Kassen(arten). Gleichzeitig erleichtert die geringere Zahl aber

eine Koordination der politischen Strategien und vor allem eine Vermittlung von Verbandsbeschlüssen gegenüber allen Einzelkassen.

Die Kassenverbände entsprechen somit in ihrer Struktur den Anforderungen Schmitters an korporatistische Interessenverbände. Sie repräsentieren dabei aber jeweils drei konkurrierende Interessengruppen: Erstens sind in den Kassenverbänden die Interessen der Gewerkschaften vertreten, die nicht nur an geringen Beitragssätzen sondern auch an einer guten medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder interessiert sind. Vor allem Vertreter von Verdi vertreten neben den Interessen der Versicherten auch die Interessen von Krankenpflegern und anderen Gesundheitsberufen und sind daher eher an hohen Gesundheitsausgaben interessiert (Abschnitt 2.1). Zweitens finden sich zumindest auch in den Primärkassen Arbeitgebervertreter, die fast ausschließlich geringe Lohnnebenkosten anstreben. Drittens umfasst die Kassenselbstverwaltung auch (hauptamtliche) Vertreter der jeweiligen Kasse bzw. Kassenart, die an einer günstigen Position der von ihnen Vertretenen Kasse(n) im Wettbewerb interessiert sind. Diese internen Interessengegensätze haben bis Anfang der 1990er Jahre dazu beigetragen, dass die Kassen Probleme hatten, ihre Ziele einheitlich zu vertreten. Diese strukturelle Schwäche der Kassen wurde durch die Angleichung der Rahmenbedingungen der Kassenarten, den Rückgang der Kassenzahlen und die politische Stärkung der Kassenkompetenzen in den letzten Jahren aber reduziert. Da auf der anderen Seite bisher kaum wirklicher Wettbewerb zwischen den Krankenkassen besteht, gelingt es den Kassenfunktionären zunehmend, ihre gemeinsamen Ziele einer verstärkten Kosten- und Qualitätskontrolle bei den Leistungsanbietern durchzusetzen.

2.3 Patientenverbände

Sowohl die Leistungsanbieter als auch die Krankenkassen nehmen für sich in Anspruch, die Interessen der Patienten zu vertreten. Diesem Anspruch können aber beide Seiten kaum gerecht werden: Die Leistungsanbieter müssen ökonomische Ziele verfolgen, die sich bestenfalls an den Interessen großer Gruppen zahlungskräftiger Patienten orientieren können. Weder gute Primärprävention noch eine kostengünstige Behandlung mit umfassenden Qualitätskontrollen liegen im Eigeninteresse der Anbieter. Die Krankenkassen vertreten wiederum vor allem die Masse der berufstätigen Versicherten und damit das Ziel der Stabilisierung der Beitragssätze. Die Interessen der vergleichsweise kleinen Gruppe meist älterer Kranker (die den größten Teil der Kassenleistungen in Anspruch nehmen), der chronisch Kranken und Behinderten sowie der Opfer von Behandlungsfehlern werden dagegen von den etablierten Interessen der Gesundheitswesens nur unzureichend vertreten.

Seit den 1970er Jahren gründeten daher chronisch Kranke, Behinderte und andere Patientengruppen eigene Organisationen. Diese Patientenverbände sind aber aus verschiedenen Gründen politisch wenig einflussreich. So ist der Organisationsgrad der Verbände gering. Sie haben teilweise nur Mitgliederzahlen im dreistelligen Bereich. Dies ist aus politikwissenschaftlicher Sicht nicht überraschend. Die allgemeinen Interessen der GKV-Versicherten, die 90 Prozent der deutschen Bevölkerung umfassen, gelten wenig organisationsfähig. Bei einer derart großen Gruppe lohnt es sich für den Einzelnen nicht, Mitgliedsbeiträge und anderen Aufwand in einen Interessenverband zu investieren. Vielmehr ist es individuell rational, auf das Engagement anderer zu vertrauen. Dies gilt bei den Versicherten in besonderer Weise, da für die für den größten Teil andere politische Ziele wichtiger sind. Außerdem stellen die Versicherten eine heterogene Gruppe dar, die sich nur schwer einheitlichen Zielen unterordnen lässt. Zudem bedarf ein wirkungsvoller Lobbyismus im Gesundheitswesen gerade für Patienten einer zeitaufwendigen Informationsbeschaffung, um etwa bestimmte Behandlungsmethoden in ihrem Nutzen für Patienten bewerten zu können. Es besteht also bei Patienten das Problem der besonderen Wahrscheinlichkeit von „Trittbrettfahrertum“ (Olson 1968). Verschärfend kommt hinzu, dass Patienten sich in einem besonderen persönlichen Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Ärzten befinden, das einer aggressiven Vertretung eigener Interessen entgegen steht. Aus diesen Gründen lassen sich nur schwer die notwendigen Finanzmittel und sonstigen Ressourcen zur Verfügung stellen, um Versicherte umfassend zu organisieren und die Beteiligung von Vertretern an korporatistischen Gremien zu finanzieren. Versicherteninteressen sind daher weit weniger organisationsfähig als etwa Ärzteinteressen (Offe 1971).

Eine Möglichkeit zur Überwindung dieses Organisationsproblems besteht darin, dass der Staat, also etwa das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Gründung von Versichertenverbänden unterstützt. Tatsächlich wurden verschiedene Verbände von Patienten auf staatliches Betreiben hin begründet und werden vom Staat finanziell unterstützt, wie etwa das Weibernetz (eine Interessenvertretung behinderter Frauen). Dennoch handelt es sich keinesfalls um korporatistische Organisationen, da meist nur geringe Organisationsgrade vorliegen, kein Repräsentationsmonopol beansprucht werden kann und (mit Ausnahme der Beteiligung am Gemeinsamen Bundesausschuss, Abschnitt 3.3) keine staatlichen Aufgaben übernommen werden.

Patientenverbände können bisher nicht für sich in Anspruch nehmen, das gesamte Interessenspektrum aller Versicherten zu vertreten. Die mittlerweile existierende Vielfalt von ca. 100 deutschen Patientenverbänden besteht aus eingetragenen Vereinen, die jeweils die

rechtlichen und politischen Interessen der Betroffenen bestimmter Patientengruppen und ihrer Angehörigen (meist bezogen auf bestimmte Krankheiten) vertreten. Allgemeine Interessengruppen der Patienten haben dagegen nur wenige Mitglieder. So geben der Verband der Krankenversicherten Deutschlands (VKVD) und die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) ihre Mitgliederzahlen mit nur 6.000 bzw. 1.000 an. Spezielle Selbsthilfeverbände haben wesentlich höhere Mitgliederzahlen, wie etwa der Deutsche Diabetiker Bund mit 40.000 Mitgliedern. Die Mitgliedsorganisationen des Deutschen Behindertenrats kommen nach eigenen Angaben insgesamt immerhin auf etwa 2,5 Millionen Mitglieder.

Neben den Patientenverbänden beanspruchen auch die Verbraucherzentralen und verbraucherorientierte Verbände (die gemeinsam im Verbraucherzentrale Bundesverband vzbv zusammengeschlossen sind) für sich, spezielle Patienteninteressen zu vertreten. Die Verbraucherorganisationen auf die Konsumgenossenschaften zurück, die aus der Arbeiterbewegung des vorletzten Jahrhundert hervorgegangen sind. Eine zweite Säule ist die Hausfrauenbewegung um den 1903 gegründete Katholischen Deutschen Frauenbund und den 1915 entstandene Deutschen Hausfrauen-Bund. Zwischen den Patientenorganisationen und den Verbraucherverbänden bestehen verschiedene inhaltliche Konflikte, die sich etwa in der unterschiedlichen Bewertung evidenzbasierter Richtlinien der Medizin zeigen.

Nicht nur die mangelnde Organisationsfähigkeit, der organisatorische Pluralismus und interne Konflikte behindern eine wirkungsvolle Vertretung von Patienteninteressen. Patienteninteressen fehlt es auch an der Konfliktfähigkeit, also an der Möglichkeit, über Streiks oder andere Formen des Entzugs relevanter Leistungen Druck auf den Staat und auf andere Interessengruppen auszuüben (Offe 1971). Im Gegensatz zu der Statusgruppe der Ärzte mangelt es den Patientenverbänden auch an öffentlichem Ansehen sowie an abgeleiteten Ressourcen, die sich aus der Übertragung staatlicher Kompetenzen im Rahmen korporatistischer Arrangements ergeben. Die vielfältigen Gründe für die Schwäche der Patientenverbände haben sich in den letzten Jahren kaum verändert. Lediglich durch grundlegende politische Veränderungen wäre eine wirksame Vertretung von Patienteninteressen möglich (Bandelow 1998, 235-238).

2.4 Zwischenfazit

Betrachtet man die Entwicklungen der Ressourcen und Organisationsstrukturen der gesundheitspolitischen Interessenverbände im Hinblick auf die Voraussetzungen korporatistischer Verhandlungen, so ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Auf der einen Seite hat sich das grundsätzliche Problem der Dominanz der Leistungsanbieter und der Schwäche

der Krankenkassenverbänden wesentlich reduziert. Vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen haben an Einfluss verloren, während die Kassen politisch gestärkt wurden. Auf der anderen Seite fehlt vor allem Patienten und Krankenpflegern nach wie vor an effektiven Interessenvertretungen. Diese Ausgangsbedingungen haben zu verschiedenen Veränderungen der Verhandlungsstrukturen geführt, die im Folgenden vorgestellt werden.

3. Phasen verbandlicher Interessenpolitik

Seit Mitte der 1970er Jahre werden die Verhandlungsgremien des Gesundheitswesens mit dem politischen Ziel einer Stabilisierung der Krankenkassenbeitragssätze trotz gegenläufiger Rahmenbedingungen konfrontiert. So stehen die Kasseneinnahmen unter dem Druck der Massenarbeitslosigkeit und einer sinkenden Lohnquote. Gleichzeitig führen der demographische Wandel und die vergleichsweise geringen Rationalisierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen dazu, dass in allen Industriestaaten eine Tendenz zu erhöhten Anteilen der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt besteht (Bandelow 2002). Vor diesem Hintergrund bemüht sich die Politik, die Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen (etwa indem Mehrfachuntersuchungen reduziert werden). Daneben gibt es seit 1977 regelmäßige Entwürfe für Gesundheitsreformen, um die Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens verändern und Einsparungen bei den Leistungsanbietern zu erreichen. Um derartige Maßnahmen zu Lasten der Interessengruppen durchsetzen und umsetzen zu können, wurde zunächst versucht, die Interessenverbände möglichst stark in die Entscheidungsprozesse einzubinden. Dabei sollte der Sachverstand der Interessengruppen auch zu einer verbesserten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen genutzt werden. Die Kostendämpfungspolitik war somit zwischen 1977 und 1992 mit einer Stärkung von Selbstverwaltung und Korporatismus verbunden (Abschnitt 3.1). Angesichts der Entscheidungsblockaden in den Verhandlungsgremien wird seit 1992 diese Strategie durch Maßnahmen zur Veränderung der Machtverhältnisse zwischen den Verbänden ergänzt (Abschnitt 3.2). Auch diese Veränderungen haben aber die Partizipations- und Legitimationsprobleme der gesundheitspolitischen Verhandlungsgremien nicht reduzieren können. Wenig beachtet von der Öffentlichkeit finden sich daher im 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz erste Versuche, auch auf diese Probleme zu reagieren (Abschnitt 3.3).

3.1 Staatliche Konzertierung und asymmetrische Selbstverwaltung bis 1992

Den Beginn der bis heute reichenden Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen setzte das 1977 verabschiedete Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG). Es sieht neben konkreten Sparmaßnahmen vor allem auch die Verlagerung von Kompetenzen an verschiedene Verhandlungsgremien vor. Von besonderer Bedeutung war dabei zunächst die mit dem KVKG eingeführte Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). Der Name des Gremiums nimmt den Titel der gesamtwirtschaftlichen Konzertierte Aktion (1967-1977) auf. Ebenso wie diese hatte auch die KAiG keine verbindlichen Kompetenzen und konnte nur Empfehlungen aussprechen. Diese Empfehlungen sollten sowohl Rahmendaten für Kassenausgaben als auch Strukturreformen betreffen. Stimmberechtigte Teilnehmer waren zunächst die Bundesverbände der Krankenkassen, die Körperschaften der Ärzte und Zahnärzte, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, die Bundesverbände der Pharmaindustrie, die Tarifparteien und staatliche Akteure aus Bundesländern und Kommunen.

Die Vielfalt und Heterogenität der Beteiligten erschwerte angesichts des Erfordernisses einstimmiger Entscheidungen das Zustandekommen von Empfehlungen. Außerdem wurde kritisiert, dass die Teilnehmer weder demokratisch noch fachlich ausreichend legitimiert waren. Weitere Probleme bestanden in der strukturellen Unterlegenheit der Krankenkassen gegenüber den Kassenärzten und der Nicht-Beteiligung „schwacher“ Interessen wie etwa der Patientenverbände (Lehmbruch 1988).

Diese Kritik trifft auch auf die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen zu, die seit den 1980er Jahren an Bedeutung gewinnt. Bereits in der Weimarer Republik existierte ein Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen. An dessen Stelle ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (sowie dessen Schwesterorganisation, der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen) getreten (vgl. Döhler/Manow-Borgwardt 1992). Die Strukturen und Kompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung sind gesetzlich festgelegt. Das Plenum des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bestand aus jeweils neun Vertretern der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie drei neutralen Mitgliedern. Diese wurden üblicherweise vom zuständigen Bundesministerium gestellt. Die Vorlagen wurden in zehn Arbeitsausschüssen vorbereitet. Entscheidungen wurden jeweils mit einfacher Mehrheit getroffen. Allerdings hatte der Bundesausschuss bis 1988 nur begrenzte Bedeutung. Die Beschlüsse hatten lediglich empfehlenden Charakter. Außerdem waren zunächst auch nur die Primärkassen (also keine Ersatzkassen) vertreten. Die Ersatzkassen handelten zunächst außerhalb der Richtlinien des Bundesausschusses Verträge mit der KBV aus. Seit 1989 entwickelte sich der

Bundesausschuss aber zur wichtigsten Verhandlungsarena bei der Ressourcenverteilung des Gesundheitswesens. Die Ersatzkassen wurden einbezogen und die Verbindlichkeit der Entscheidungen erhöht. Außerdem bekam der Bundesausschuss zusätzliche Kompetenzen bei der Umsetzung von Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich (Urban 2001, 21-24).

Bereits in dieser ersten Phase der Kostendämpfungspolitik zeigt sich also die Strategie einer Verlagerung der konkreten Verantwortung für Kürzungsmaßnahmen vom Staat auf die Selbstverwaltung. In der Selbstverwaltung dominierten aber zunächst die Kassenärzte, denen es gelang, wesentlich Strukturreformen zu ihren Lasten zu verhindern.

3.2 Machtverschiebungen als Folge der verstärkten Anbieterkonkurrenz 1992 bis 2003

Das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz hat in einigen Bereichen grundlegende Veränderungen der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung eingeleitet (Rosenbrock/Gerlinger 2004, 247-251). Einerseits enthält zwar auch dieses Gesetz eine weitere Verlagerung von Kompetenzen an die Selbstverwaltung. Andererseits zeigt sich aber beim Zustandekommen des Gesetzes durch eine große Sachkoalition zwischen Union und SPD der Versuch, die Verbände bei der Durchsetzung grundlegender Strukturreformen zu entmachten. Inhaltlich ist es dabei stärker als zuvor gelungen, auch Einsparungen bei den Leistungsanbietern durchzusetzen. Das Gesetz verschärfte die Konkurrenz vor allem zwischen verschiedenen Ärzteguppen und schwächte so nachhaltig die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Auch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde verändert, indem Vertreter der Behinderten- und Verbraucherverbände, der Pflegeberufe und verschiedener kleinerer Gruppen von Leistungsanbieter aufgenommen wurden (siehe die Übersicht bei Bandelow 1998, 128). Diese Maßnahme stärkte zwar die Legitimation des Gremiums, reduzierte dessen Entscheidungsfähigkeit aber noch weiter, sodass die KAiG nach dem Gesundheitsstrukturgesetz vollkommen an Bedeutung verlor und seit 1994 nicht mehr tagte. Mitte 2001 versuchte das Gesundheitsministerium mit der Einberufung eines (nicht gesetzlich verankerten) konsensorientierten „Runden Tisches“ mit den Interessengruppen an die Struktur der KAiG anzuknüpfen. Der Runde Tisch hat 2002 insgesamt acht Empfehlungen zu verschiedenen Detailfragen (etwa zum elektronischen Versandhandel von Arzneimitteln) beschlossen. Er war aber bei der Vorbereitung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2003 entgegen seiner ursprünglichen Zielsetzung wenig bedeutsam. Hier spielten die Vorschläge der Rürup-Kommission (die nicht die traditionellen Interessengruppen des Gesundheitswesens umfasste)

und der parteiübergreifenden Verhandlungen letztlich eine größere Rolle als die Abstimmung mit den Verbänden.

Im Gegensatz zur KAiG wurde der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen seit den 1990er Jahren schrittweise weiter aufgewertet. So wiesen vor allem das zweite KGV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) von 1997 und die GKV-Gesundheitsreform 2000 dem Bundesausschuss zusätzliche Aufgaben zu (Urban 2001, 27-28, 31-32). Die Gesundheitsreform 2000 stellte dem Bundesausschuss mit einem Ausschuss Krankenhaus zudem für den stationären Sektor ein ähnliches Gremium unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer zur Seite. Im stationären Bereich blieb der Spielraum der Selbstverwaltung allerdings aufgrund engerer staatlicher Vorgaben geringer als im ambulanten Sektor (Rosenbrock/Gerlinger 2004, 149). Außerdem nutzten die Verbände ihre Kompetenzen bisher nicht immer. So konnte sich die Selbstverwaltung etwa auf keine Grundlagen für die neuen Fallpauschalen zur Krankenhausvergütung einigen, sodass diese 2002 vom Bundesministerium auf dem Verordnungsweg erlassen wurden. Die regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung der Regelungen zur Krankenhausfinanzierung soll aber durch ein 2001 gegründetes gemeinsames Institut der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenverbände erfolgen.

Eine Ausweitung hat die gemeinsame Selbstverwaltung auch durch den ebenfalls 2000 eingesetzten Koordinierungsausschuss erfahren. In diesem Gremium sollten Kassen, Krankenhausträger und Ärzte gemeinsam „evidenzbasierten Leitlinien“ zur Qualitätssicherung verabschieden. Außerdem sollte der Koordinierungsausschuss eine gemeinsame Geschäftsführung aller Bundesausschüsse gewährleisten.

Seit 1992 wurde die gemeinsame Selbstverwaltung also schrittweise nicht nur gestärkt, sondern auch auf den stationären Sektor und auf die Qualitätssicherung ausgeweitet. Allerdings hat der Gesetzgeber gleichzeitig den faktischen Entscheidungsspielraum der Selbstverwaltung vor allem die verordneten Ausgabenobergrenzen eingeschränkt. Gleichzeitig haben sich die Machtverhältnisse zwischen den Verhandlungspartnern zu Gunsten der Krankenkassenverbände verändert. Diese Veränderungen haben einerseits den Spielraum für Leistungskürzungen der Krankenkassen erweitert. Das zweite Ziel, nämlich den Sachverstand der Interessengruppen für eine Qualitätssicherung zu nutzen, wurde dagegen nicht immer erreicht. In den Verhandlungen dominierten eher wirtschaftliche Interessen gegenüber medizinischen Argumenten (Urban 2001, 37-41). Zudem ist es den verantwortlichen Politikern nicht gelungen, durch die Verlagerung von Entscheidungen in die Selbstverwaltung der öffentlichen Kritik zu entgehen. Um die öffentliche Zustimmung zur

Kostendämpfungspolitik zu sichern, sollte daher mit dem 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Legitimation der Selbstverwaltung erhöht werden.

3.3 Staatlich verordnete Neuordnung der Selbstverwaltung seit 2004

Das Ende 2003 gemeinsam von Regierung und Union beschlossene Gesundheitsmodernisierungsgesetz wird in der Öffentlichkeit vor allem im Hinblick auf die enthaltenen Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen diskutiert. Weniger beachtet wurden die Auswirkungen der Reform auf die Beteiligungsmöglichkeiten der Interessengruppen.

Die wichtigste Veränderung betrifft die Reform der Bundesausschüsse. Im Januar 2004 wurde ein Gemeinsamer Bundesausschuss eingesetzt, der die Rechtsnachfolge der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, der Zahnärzte und Krankenkassen, des Bundesausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses angetreten hat. Mit diesem Schritt wurde die Ausweitung der Selbstverwaltung auf den stationären Bereich und die Qualitätssicherung sowie die verstärkte Koordination zwischen den Selbstverwaltungsorganen weitergeführt. Eine qualitative Veränderung war die Einbindung von (nicht stimmberechtigten) Vertretern von Behinderten-, Patienten- und Verbraucherverbänden in den Ausschuss. Stimmberechtigte Vertreter entsenden wie in den Vorgängerausschüssen die Verbände der sieben Krankenkassenarten, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Zudem gibt es weiterhin drei unparteiische Mitglieder. Während aber der Vorsitzende des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen noch vom Ministerium gestellt wurde, wurde als erster „unparteiischer“ Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses der langjährige KBV-Vorsitzende Rainer Hess ernannt.

Die Auswahl der Dachverbände, von denen Patientenvertreter in den neuen Bundesausschuss entsendet werden dürfen, wurde von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung vorgenommen. Die Aufteilung zwischen den Verbänden und die Auswahl der Personen haben die benannten Verbände selbst bestimmt. Danach stellt der Deutsche Behindertenrat 6 Mitglieder, während der Bundesverband der Verbraucherzentralen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und die Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen je ein Mitglied benennen. Der 1999 gegründete Deutsche Behindertenrat ist eine Plattform von 43 eingetragenen überregionalen Vereinen. Ihm ist unter anderem auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte angeschlossen, die ihrerseits ein Dachverband von 50 Selbsthilfegruppen ist. Die Dachverbände sind in den ersten Monaten ihrer Vertretung im Bundesausschuss bemüht, diese Heterogenität ihrer Mitglieder produktiv zu nutzen. So sollen

bei den jeweiligen Sitzungen unterschiedliche Fachleute entsendet werden. Allerdings scheint es fraglich, ob die Behindertenverbände ohne Stimmrecht und mit ihren bisher wenig erfahrenen und wenig vernetzten Vertretern tatsächlich die Entscheidungen wirksam beeinflussen können. Sie haben aber zumindest bereits in den ersten Monaten eine deutliche Erhöhung der Transparenz der Entscheidungsprozesse erreicht. Sie sollen dabei von der ebenfalls 2004 neu eingesetzten Patientenbeauftragten der Bundesregierung unterstützt werden.

Die Ausweitung des Bundesausschusses erinnert zunächst an die Ausweitung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1993, die ja letztlich zu deren Blockade beigetragen hat. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind derartige Folgen aber nicht zu erwarten, da hier die Entscheidungen nicht einstimmig, sondern mit einfacher Mehrheit getroffen werden.

Die Kompetenzen des Bundesausschusses wurden mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz weiter ausgebaut. So wurde dem Bundesausschuss Rechtsfähigkeit verliehen, um Bedenken gegen die Geltung der Beschlüsse entgegen zu treten. Außerdem soll der Bundesausschuss Träger des neu einzurichtenden unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit sein. Dieses Institut soll Bewertungen von Arzneimitteln vornehmen und Leitlinien für die Behandlung bestimmter Krankheiten vorschlagen, die der Bundesausschuss in seinen Entscheidungen berücksichtigt. Ursprünglich hatte die Bundesregierung ein staatliches Institut vorgesehen, erst durch den Druck von CDU/CSU einigte man sich auf die Lösung im Rahmen der Selbstverwaltung.

4. Fazit

Im vorliegenden Beitrag wurden die Interessenverbände des deutschen Gesundheitswesens sowie die Strukturen und Entwicklungen der Verhandlungsgremien unter Beteiligung dieser Verbände vorgestellt. Dabei wurde deutlich, dass Entscheidungen über die Mittelverteilung und die Qualitätssicherung zunehmend auf Verhandlungsgremien von Kassen und Leistungsanbietern verlagert werden. Der Staat ist in diesen Gremien üblicherweise keine Verhandlungspartei, gibt aber die Rahmenbedingungen und Ziele vor. Ob diese Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht als Korporatismus bezeichnet werden sollte, ist in der Politikwissenschaft umstritten (Schubert in diesem Heft).

Entsprechend sind auch die Voraussetzungen erfolgreicher korporatistischer Steuerung strittig. Folgt man dem klassischen Konzept Schmitters, dann müssen größere Gruppen (etwa die Kassenärzte) über gemeinsame Interessen und Problemwahrnehmungen verfügen, die so

zentral sein müssen, dass die individuellen Akteure (also etwa einzelne Ärzte) bereit sind, interne Interessenkonflikte den von der Verbandführung vorgegebenen gemeinsamen Zielen unterzuordnen. Jüngere Befürworter veränderter Formen korporatistischer Steuerung bezweifeln dagegen, ob zentralisierte Akteure mit Vertretungsmonopol und interner Verpflichtungsfähigkeit als Voraussetzung für erfolgreiche sektorale korporatistische Arrangements notwendig sind (Siegel/Jochem 2003, 348). So gesehen gibt es mit dem Tauschkorporatismus und dem Wettbewerbskorporatismus zwei unterschiedliche Verständnisse erfolgreicher korporatistischer Steuerung: Das klassische Konzept geht davon aus, dass Korporatismus auf freiwilligen Zugeständnissen der beteiligten Akteure beruht. Aus dieser Perspektive bedeutet Korporatismus „Tausch“ zwischen den Akteuren (vgl. Molina/Rhodes 2002, 309). So bietet etwa der Staat den Ärzten gesicherte Einkommenszuwächse und Stuserhalt, während die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Staat die Verteilung der Ressourcen zwischen der Ärzteschaft abnehmen. Ein solcher „Schmitterscher“ Korporatismus kann vor allem dann erfolgreich sein, wenn in einem Politikfeld „Gewinne“ (also etwa zusätzliche Einkommen) zu verteilen sind. Die aktuell angestrebten Kürzungen sind dagegen kaum in einem freiwilligen Konsens der Beteiligten durchzusetzen.

Ein die Stelle des Tauschkorporatismus ist ein Wettbewerbskorporatismus getreten (Jochem/Siegel 2003, 16). Die Interessenverbände sind nicht mehr gleichberechtigte Partner des Staates, sondern zunehmend Auftragsempfänger. Hierzu bedarf es nicht mehr zwingend starker und zentralisierter Verbände. Im Gegenteil: Vergleicht man die internationalen Erfolge korporatistischer Arrangements in verschiedenen Wohlfahrtsstaaten, dann scheinen zersplitterte und schwache Verhandlungspartner (wie etwa in Portugal oder in Spanien) eher zu erfolgreicher Konzertierung zu führen, als starke Verbände (wie sie etwa in Österreich oder in Schweden existieren; Siegel/Jochem 2003). Aus dieser Sicht ist die beschriebene Schwächung etwa der Kassenärztlichen Vereinigungen kein Hindernis für erfolgreichen Korporatismus, sondern dessen Voraussetzung.

Der Korporatismus im Gesundheitswesen war und ist dennoch mit großen Problemen verbunden. Zwei dieser Probleme haben mittlerweile an Bedeutung verloren: Die einseitige Dominanz der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gefahr von Entscheidungsblockaden durch Einstimmigkeitserfordernisse. Andere Probleme bestehen aber weiterhin. Vor allem ist die Legitimation der Gremien politisch und juristisch umstritten. Außerdem hat sich ein exklusives Elitenkartell von Kassen und bestimmten Leistungsanbietern entwickelt, das andere Interessen ausschließt.

Die Erweiterung der Gemeinsamen Selbstverwaltung als „von oben“ verordnete Partizipation der Behindertenverbände ist zur Lösung dieser Probleme wenig aussichtsreich. Weiterhin bleiben wichtige Interessengruppen (etwa die Pflegenden und auch die Masse der Versicherten) ausgeschlossen. Außerdem verfügen Behindertenverbände nicht über ausreichende Ressourcen für eine effektive Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Es liegt in der Natur korporatistischer Gremien, dass nicht alle gesellschaftlichen Gruppen berücksichtigt werden. Eine Verlagerung von Aufgaben an die Selbstverwaltung steht damit grundsätzlich dem Ziel breiter Partizipation entgegen. Manche Beobachter vermuten, dass sie dazu dient, öffentliche Kritik an umstrittenen Kürzungen vom Staat abzulenken (Urban 2001, 7). Sollte dies das Ziel gewesen sein, so wurde es bisher nicht erreicht, wie die durchgängig schlechten Umfragewerte vor allem für die Gesundheitsministerin und ihre Vorgänger zeigen.

Der Wettbewerbskorporatismus steht in Deutschland vor weiteren speziellen Problemen: So setzt er zwar keine starken Verbände voraus, bedarf aber eines starken Staates, um die Umsetzung seiner Vorgaben durch die Verbände zu garantieren (vgl. Schubert 1995, 419). Ob dies angesichts der spezifischen deutschen Form der Gewaltenverflechtung, des Bedeutungszuwachses der Europäischen Union und der wohlfahrtsstaatlichen Tradition in Deutschland dauerhaft umsetzbar und wünschenswert ist, darf bezweifelt werden.

Internet-Empfehlungen des Autors (inhaltlich geordnet)

Leistungsanbieter

www.bundesaeztekammer.de (Bundesärztekammer)
www.kbv.de (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
www.marburger-bund.de (Marburger Bund)
www.hartmannbund.de/index.php (Hartmannbund)
www.bzaek.de (Bundeszahnärztekammer)
www.kzbv.de (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)
www.fvdz.de (Freier Verband Deutscher Zahnärzte)
www.dkgev.de (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
www.abda.de (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)
www.bpi.de (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie)
www.vfa.de (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)
www.bah-bonn.de (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller)
www.dbfk.de/bv (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe)
www.verdi.de (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft)

Krankenkassenverbände

www.aok-bv.de (AOK-Bundesverband)
www.vdak-aev.de (Verband der Angestellten-Ersatzkassen/Arbeiter-Ersatzkassenverband)
www.bkk.de (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
www.ikk.de/ikk/generator/ikk/unternehmen/ikk-gemeinschaft/4374.html
(Innungskrankenkassen-Bundesverband)
www.bundesknappschaft.de (Bundesknappschaft)
www.see-bg.de (See-Berufsgenossenschaft)
www.lsv.de/verbaende/03blk/index.html (Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen)

Patientenverbände

www.behindertenrat.de (Deutscher Behindertenrat)
<http://patientenstellen.de> (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen)
www.diabetikerbund.de (Deutscher Diabetikerbund)
www.vkvd.de (Verband der Krankenversicherten Deutschlands)
www.dgvp.de (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten)
www.patienten-verband.de (Allgemeiner Patienten Verband)
www.vzbv.de (Verbraucherzentrale Bundesverband)

Staat und Verhandlungsgremien

www.bmggesundheit.de (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)
www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/tisch/index.cfm (Runder Tisch im Gesundheitswesen)
www.soziale-sicherungssysteme.de („Rürup-Kommission“)
www.g-ba.de (Gemeinsamer Bundesausschuss)
www.kuehn-mengel.de (Patientenbeauftragte der Bundesregierung)

Literatur

- Bandelow, Nils C. 1998: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Leske + Budrich.
- Bandelow, Nils C. 2002: Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar?, in: Gesellschaft - Wirtschaft - Politik (GWP) 51/1, 109-131.
- Döhler, Marian 2003: Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: Gellner, Winand/Schön, Markus (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden: Nomos, 25-40.
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip 1992: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Nr. 3, 64-106.
- Hassenteufel, Patrick 1997: Les Médecins Face À L'État. Paris: Presses de Sciences Po.
- Jochem, Sven/Siegel, Nico A. 2003a: Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und wohlfahrtsstaatliche Reformpolitik, in dieselben (Hrsg.): Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Opladen: Leske + Budrich, 7-32.
- Jochem, Sven/Siegel, Nico A. (Hrsg.) 2003: Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Opladen: Leske + Budrich.
- Lehmbruch, Gerhard 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die ‚Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen‘, in: Gäfgen, Gérard (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.
- Mayntz, Renate 1990. Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden. Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesen, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1/3, 283-307.
- Molina, Oscar/Rhodes, Martin 2002: Corporatism: The Past, Present, and Future of a Concept, in: Annual Review of Political Science 5, 305-331.
- Naschold, Frieder 1967: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Freiburg: Rombach.
- Offe, Claus 1971: Politische Herrschaft und Klassenstrukturen, in: Kress, Gisela/Senghaas, Dieter (Hrsg.): Politikwissenschaft. Frankfurt a. M.: Europ. Verl.-Anst.
- Olson, Mancur 1968: Die Logik kollektiven Handelns. Tübingen: Mohr.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas, 2004: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern et al.: Huber.
- Schmitter, Philippe C. 1979: Interessenvermittlung und Regierbarkeit, in: Alemann, Ulrich von/Heinze, Rolf G. (Hrsg.): Verbände und Staat, Opladen: Westdeutscher Verlag, 92-114.

- Schubert, Klaus 1995: Korporatismus versus Pluralismus, in: Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf: Politische Theorien (Lexikon der Politik Band 1). München: Beck, 407-423.
- Siegel, Nico A./Jochem, Sven 2003: Konzertierung im Wohlfahrtsstaat, in: Jochem, Sven/Siegel, Nico A. (Hrsg.): Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Opladen: Leske + Budrich, 331-359.
- Süllow, Bernd 1982: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Frankfurt a. M./Bern: Lang.
- Urban, Hans-Jürgen 2001: Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die Gesundheitspolitische Wende. WZB-Paper P1/206. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2001/p01-206.pdf>).