

Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie

Nils C. Bandelow (erscheint in APuZ B 33-34/2003)

Spätestens nachdem Norbert Blüm in den 1980er Jahren die deutsche Gesundheitspolitik mit einem „Wasserballett im Haifischbecken“ verglichen hat, sind die Probleme der Durchsetzung grundlegender Gesundheitsreformen in das Zentrum der politischen Diskussion gerückt. Als Hintergrund der scheinbar unüberwindbaren Reformblockaden gilt vor allem die besondere Ausprägung der sogenannten „Verhandlungsdemokratie“ in diesem Politikfeld. Mit dem Begriff der Verhandlungsdemokratie werden Einschränkungen des Mehrheitsprinzips in der parlamentarischen Demokratie bezeichnet.¹ Entscheidungen in Verhandlungssystemen zielen auf den Konsens aller Beteiligten. Solche Konsenszwänge entstehen etwa durch die Einbindung der Länderregierungen in die Gesetzgebung des Bundes über den Bundesrat. Da Verhandlungssysteme jedem Beteiligten eine Vetomöglichkeit einräumen, gilt die Durchsetzung grundlegender Veränderungen in solchen Systemen als besonders schwierig.²

Im Folgenden soll diskutiert werden, ob sich vor dem Hintergrund der komplexen Entscheidungsstrukturen und gegensätzlichen Interessen grundlegende Reformen des deutschen Gesundheitswesens überhaupt durchsetzen lassen. Dazu werden in einem ersten Schritt die wichtigsten Verhandlungsgremien der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung im Hinblick auf die jeweils beteiligten Akteure und die behandelten inhaltlichen Fragen typologisiert. Der zweite Abschnitt benennt die strukturellen Defizite und Probleme der Verhandlungsgremien aus politikwissenschaftlicher Sicht. Anschließend werden die wichtigsten Ziele der Parteien und Interessenverbände dargestellt, um Konfliktlinien und Kompromissmöglichkeiten zu verdeutlichen. Im Anschluss an eine Darstellung bisheriger Folgen der Verhandlungsdemokratie für die Entwicklung des Gesundheitswesens werden abschließend Rahmenbedingungen und politische Strategien vorgestellt, die zu einer grundlegenden Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens führen können.

¹ Vgl. Arend Lijphart, *Patterns of Democracy*, New Haven/London 1999.

² Vgl. etwa Fritz W. Scharpf, *Die Politikverflechtungsfälle: europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich*, in: *Politische Vierteljahresschrift* 26 (1985) 4, S. 323-356, Georg Tsebelis, *Veto Players. How Political Institutions Work*, New York et al. 2002, Rolf G. Heinze, *Die Berliner Räterepublik – Viel Rat, wenig Tat?* Wiesbaden 2002, Burkard Eberlein/Edgar Grande, *Entscheidungsfindung und Konfliktlösung*, in: Klaus Schubert/Nils C. Bandelow (Hrsg.), *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, München 2003, S. 175-201.

Vielzahl verhandlungsdemokratischer Arenen

Konsenszwänge in der deutschen Gesundheitspolitik basieren einerseits auf den Besonderheiten des politischen Systems und andererseits auf den spezifischen Strukturen der Interessenvermittlung des Gesundheitssystems. Auf der Ebene des politischen Systems lassen sich vor allem zwei Bereiche der Verhandlungsdemokratie benennen:³ Der erste Bereich ist die interne Entscheidungsfindung in den Koalitionsregierungen des Bundes und der Länder. Die Politikwissenschaft macht vor allem das deutsche Verhältniswahlrecht dafür verantwortlich, dass absolute Mehrheiten einer Partei eine seltene Ausnahme darstellen. Da in Deutschland zudem (im Gegensatz etwa zu Dänemark) Minderheitsregierungen in der politischen Kultur nicht verankert sind, kommt es fast immer zu Koalitionsregierungen.

Während Koalitionsregierungen meist durch den Konsenszwang zwischen einer großen Regierungspartei und einem (oder mehreren) kleineren Partner(n) geprägt sind, führt der deutsche Verbundföderalismus als zweiter Bereich oft zu Verhandlungszwängen auch zwischen den beiden großen politischen Lagern. Gemeinsame politische Initiativen von Union und SPD lassen sich in Anlehnung an den Politikstil in den Niederlanden und in der Schweiz als Parteienkonkordanz bezeichnen.

Eine solche Parteienkonkordanz ist allerdings mit wesentlichen Problemen verbunden. Nach der ersten Bundestagswahl hat sich in Folge der Entscheidung Konrad Adenauers für eine kleine Koalition auf Bundesebene unter Ausschluss der SPD und der Entscheidung Kurt Schumachers für eine klare Oppositionsstrategie der Sozialdemokraten das bis heute vorherrschende Muster eines bipolaren Parteienwettbewerbs herausgebildet. Angesichts der häufig unterschiedlichen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat wurden dadurch die Verhandlungen zwischen diesen beiden Institutionen oft vom Parteienwettbewerb überlagert. Die Vermengung von Parteienwettbewerb und Verbundföderalismus hat sowohl während der sozialliberalen Bundesregierungen als auch (mit umgekehrten Vorzeichen) in der Endphase der Ära Kohl zu Blockaden in vielen Politikfeldern geführt.⁴ Auch die aktuellen Auseinandersetzungen um ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz wurden angesichts der erneut unterschiedlichen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat zunächst vom Wettbewerb zwischen den beiden großen politischen Lagern begleitet.

Innerhalb des Gesundheitswesens lassen sich nicht nur zwei, sondern eine Vielzahl von Arenen benennen, in denen unter Konsenszwang Entscheidungen gefällt werden. Diese

³ Vgl. Everhard Holtmann/Helmut Welzkow, Einleitung, in dieselben (Hrsg.), Zwischen Wettbewerbs- und Verhandlungsdemokratie, Wiesbaden 2000, S. 9-21.

⁴ Vgl. für die begriffliche, theoretische und historische Grundlegung der politischen und politikwissenschaftlichen Diskussion dieses Problemfeldes Gerhard Lehmbruch, Parteienwettbewerb im Bundesstaat, 3. Auflage, Wiesbaden 2000.

Arenen sind zwei Typen zuzuordnen. Der erste dieser Typen ist die dauerhafte und institutionalisierte Einbindung von Spitzenverbänden des Gesundheitswesens in die Formulierung und Umsetzung bindender Entscheidungen (politikfeldspezifischer Neokorporatismus bzw. Mesokorporatismus⁵). Diese Beteiligung gesellschaftlicher Eliten an der staatlichen Politik geht über das klassische Lobbying hinaus. Die beteiligten Verbandseliten sollen Entscheidungen korporatistischer Gremien jeweils gegenüber ihrer Klientel durchsetzen und somit den Staat entlasten.

Das bekannteste korporatistische Gremium dieses Politikfelds, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), wurde mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 auf Bestreben von Ärzteverbänden und CDU/CSU-Bundestagsfraktion eingeführt und hat 1978 erstmals getagt. Ebenso wie die gesamtwirtschaftliche Konzertierte Aktion (1967-1977) verfügte auch das gesundheitspolitische Gremium über keine verbindlichen Steuerungskompetenzen. Es wurden lediglich Empfehlungen ausgehandelt, deren Wirksamkeit von der ungeteilten Zustimmung aller beteiligten Akteure abhängig war. Dabei hat die KAiG zwei Funktionen wahrgenommen: Bei den Frühjahrssitzungen wurden Empfehlungen zu den Steigerungsraten der Kassenausgaben verhandelt, während bei den Herbstsitzungen Vorschläge für Strukturreformen im Gesundheitswesen diskutiert wurden.⁶

Während die KAiG ein Plenum darstellte, in dem staatliche und verbandliche Akteure ihre Strategien aufeinander abstimmen sollten, finden im Rahmen der verschiedenen Selbstverwaltungsgremien Verhandlungen zwischen den Verbänden ohne direkte Beteiligung des Staates statt. Insbesondere die Verbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften öffentlichen Rechts nehmen dabei staatliche Aufgaben in Eigenverantwortung – allerdings unter staatlicher Aufsicht – wahr. Angesichts der Tatsache, dass in diesen Gremien die staatlichen Akteure nicht (primär) als Verhandlungspartei auftreten, sondern lediglich Moderations- und/oder Aufsichtsfunktionen übernehmen, ist es sinnvoll, die Selbstverwaltungsgremien als zweiten Typus von korporatistischen Gremien zu unterscheiden.⁷

Die deutsche Gesundheitspolitik findet somit in einem Geflecht unterschiedlicher Verhandlungsgremien statt, in denen jeweils verschiedene Akteurstypen aufeinander treffen und dabei sowohl über Steuerungsfragen innerhalb des Systems (also etwa die Auswahl

⁵ Vgl. Ulrich von Alemann/Rolf G. Heinze (Hrsg.), *Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus*, Opladen 1979 und Wolfgang Streeck (Hrsg.), *Staat und Verbände (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 25)*, Opladen 1994.

⁶ Vgl. Nils C. Bandelow, *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?* Opladen 1998, S. 124-130.

⁷ Vgl. Renate Mayntz, *Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens*, in: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 1 (1990) 3, S. 283-307, hier S. 288.

erstattungsfähiger Behandlungsformen und die jeweilige finanzielle Bewertung von Leistungen innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen) als auch über eine mögliche grundlegende Weiterentwicklung des Systems entscheiden (vgl. Tabelle 1).⁸

Tabelle 1: Verhandlungsdemokratische Arenen im Gesundheitswesen

		Ziele der Verhandlungen	
		Formulierung von Gesundheitsreformen	Ressourcenverteilung und Qualitätssicherung innerhalb des Systems
Beteiligte Akteure	Parteien – Parteien („Parteienkonkordanz“)	Lahnsteiner Kompromiss zum Gesundheitsstrukturgesetz 1992	Verabschiedung zustimmungspflichtiger Rechtsverordnungen
	Staat – Verbände („Mesokorporatismus“)	Runder Tisch, früher Herbstsitzungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	früher Frühjahrssitzungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
	Verbände – Verbände („Selbstverwaltung“)	z. B. Modellversuche	z. B. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Strukturelle Probleme der Verhandlungsdemokratie

Eine genauere Untersuchung der verschiedenen Felder der Tabelle 1 verdeutlicht die Schwächen der gegenwärtigen Verhandlungsstrukturen. Im Mittelpunkt der Aushandlung grundlegender Reformen steht seit den 1970er Jahren die mittlere Ebene des Mesokorporatismus, also der Versuch, Spitzenverbände in die Formulierung neuer Reformvorhaben einzubeziehen. Dieser Mesokorporatismus wurde bis Mitte der 1990er Jahre vor allem in der KAiG verwirklicht. Die Konzertierte Aktion litt aber unter wesentlichen strukturellen Problemen. So stellte sie ein Entscheidungsgremium dar, dessen Teilnehmer weder demokratisch gewählt noch wegen ihrer fachlichen Kompetenz benannt worden waren. Zudem bestand ein asymmetrisches Machtverhältnis zwischen den beteiligten Akteuren. Einer Vielzahl unterschiedlicher Positionen der Krankenkassen und der Tarifparteien in der Selbstver-

⁸ Die Einordnung nimmt Elemente vorliegender Klassifikationen von Roland Czada und Marian Döhler auf. Vgl. Roland Czada, Konzertierung in verhandlungsdemokratischen Politikstrukturen, in: Sven Jochem/Nico S. Siegel (Hrsg.), Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat, Opladen 2003, 35-69; Marian Döhler, Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: Winand Gellner/Markus Schön (Hrsg.), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden 2002, S. 25-40, hier insbesondere S. 28.

waltung einzelner Kassen standen zunächst die einheitlichen KVen gegenüber, die bis Ende der 1980er Jahre relativ erfolgreich die Interessen aller niedergelassenen Ärzte bündelten.⁹

Ein weiteres grundlegendes Problem der KAiG bestand in ihrer Zusammensetzung. Bei der Einrichtung des Gremiums wurden wichtige Interessengruppen nicht berücksichtigt (etwa die Pflegeberufe, die Verbände der freien Wohlfahrtsverbände und Behindertenverbände). Vor allem diese Gruppen kritisierten in der Folge, dass die Empfehlungen der KAiG häufig zu ihren Lasten gingen. Um dieses Problem zu reduzieren, wurde 1993 das Verhandlungsgremium deutlich ausgeweitet. Allerdings fehlten weiterhin die (ohnehin mitgliederschwachen) Patientenvereinigungen. Vor allem hatte die Ausweitung aber zur Folge, dass eine Konsensfindung praktisch unmöglich wurde. Angesichts dieser Probleme hat die Konzertierte Aktion zu Beginn der 1990er Jahre jegliche Bedeutung verloren und seit 1994 nicht mehr getagt.

Im Bereich der Durchsetzung grundlegender Reformen knüpfte die rot-grüne Bundesregierung trotz der negativen Erfahrungen mit dem Mesokorporatismus der KAiG an diese Form der Entscheidungsfindung an und richtete 1999 mit dem Runden Tisch ein teilweise analoges Gremium ein. Ähnlich wie bei der Konzertierten Aktion sind Krankenkassen und Ärzte, Krankenhäuser, Pflege- und Heilmittelverbände, Arbeitgeber, Gewerkschaften und Pharmaindustrie vertreten. Auch dieses Gremium wurde nach Interventionen einzelner Gruppen ausgeweitet, sodass statt der ursprünglich geplanten zwölf nun 24 Gäste der Ministerin vertreten sind. Hinzu kommen die Bundesministerin Ulla Schmidt und zwei ihrer Staatssekretäre. Ziel des Runden Tisches ist es, möglichst alle Betroffenenengruppen frühzeitig an Reforminitiativen partizipieren zu lassen. Dazu wurden sechs (ab 2002 sieben) Arbeitsgruppen eingerichtet, denen nicht nur die Mitglieder des Runden Tisches, sondern teilweise über 40 Personen angehörten. Es ist wenig überraschend, dass der Runde Tisch bei seinen vier Treffen zwischen Mai 2001 und April 2002 keine grundlegenden Kompromisse für eine Gesundheitsreform erzielen konnte. Bisher wurden lediglich Empfehlungen zu Spezialthemen (etwa dem elektronischen Handel mit Arzneimitteln) verabschiedet.¹⁰

Während mesokorporatistische Strategien bei der Politikformulierung wieder im Mittelpunkt stehen, werden die anderen Arenen der Verhandlungsdemokratie wenig genutzt, um Gesundheitsreformen durchzusetzen. Dies ist zunächst überraschend: Die bisher umfassendste

⁹ Vgl., Helmut Wiesental, Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Praxis des modernen Korporatismus, Frankfurt a. M./New York 1981, S. 32-33 und Gerhard Lehmbuch, Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 11-32.

¹⁰ Zur Zusammensetzung und Arbeit des Runden Tisches siehe Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Runder Tisch – Grundinformationen, <http://194.145.122.33/deu/gra/themen/gesundheit/tisch/index.cfm> vom 8. Juni 2003.

Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde nämlich 1992 in der überlagerten Arena der Parteienkonkordanz unter Ausschluss der Verbände durchgesetzt: Nur durch die mittlerweile legendäre Einigung zwischen dem CSU-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer und dem gesundheitspolitischen Verhandlungsführer der SPD, Rudolf Dreßler, Ende 1992 in Lahnstein („Lahnsteiner Kompromiss“) konnten unter anderem der Einstieg in die Fallpauschalen bei der Krankenhausfinanzierung und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung auch gegen den Widerstand der Lobbyisten verabschiedet werden.

Auch die Ebene der Selbstverwaltung wird in Deutschland kaum einbezogen, um grundlegende Reformen anzustoßen. Die Vernachlässigung der möglichen Innovationskraft der Selbstverwaltung bei der Entwicklung neuer Reformkonzepte steht im Widerspruch zum Bedeutungszuwachs, den die Selbstverwaltung durch die Reformen seit 1977 bei der Umsetzung der gesetzlich formulierten Ziele erhalten hat.¹¹ Insbesondere die paritätisch besetzten Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (BAK) bzw. der Zahnärzte und Krankenkassen (BZAK) haben in den letzten 20 Jahren eine Schlüsselstellung bei der Verteilung von Ressourcen innerhalb des Systems erlangt.¹² Die Ausschüsse entscheiden heute unter anderem über Behandlungsformen, die im Rahmen des GKV-Systems abgerechnet werden dürfen. Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Entscheidungen der Ausschüsse innerhalb von zwei Monaten widersprechen. Tut sie das nicht, werden die Entscheidungen verbindlich.¹³

Gerade die Bundesausschüsse verdeutlichen, dass die Politik bei der Stärkung der Selbstverwaltung in ihren bisherigen Reformen primär die wenig innovativen Monopolverbände im Gesundheitswesen, nämlich die Krankenkassenverbände und vor allem die KVen, gestärkt hat. Diese können so auch Maßnahmen, die sie bei der Gesetzesformulierung nicht blockieren konnten, bei der Umsetzung verzögern oder sogar ganz verhindern. Gerade die KVen wurden aber andererseits auch in den letzten Jahren geschwächt. Diese Schwächung war unter anderem eine indirekte Folge der Kostendämpfungspolitik insbesondere des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992, die zu einer verstärkten innerärztlichen Konkurrenz geführt hat. Die Vielzahl neuer Ärzteverbände für einzelne Arztgruppen erschwert eine einheitliche Interessenvertretung der KVen, deren

¹¹ Für einen Überblick über die konkreten Maßnahmen zur Ausweitung kollektivvertraglicher Regelungen in den verschiedenen Reformen vgl. die Tabelle bei M. Döhler (Anm. 8), S. 32.

¹² Vgl. Nils C. Bandelow, Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung, in: Uwe Schimank/Stefan Lange (Hrsg.), Governance und gesellschaftliche Integration, Opladen (im Erscheinen 2003).

¹³ Für Selbstdarstellungen der Bundesausschüsse und anderer wichtiger Selbstverwaltungsgremien vgl. http://www.arge-koa.de/htdocs/ba_aek abgerufen am 22. Juni 2003.

mächtigstes politisches Instrument, der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, wohl im Zuge der nächsten Reformen aufgegeben wird. Die Schwächung vor allem der KVen könnte in Zukunft verstärkt „Bottom-up-Reformanstöße“ ermöglichen, indem etwa alternative Versorgungsmodelle zwischen einzelnen Leistungsanbietern und einzelnen Krankenkassen erprobt werden. Andere europäische Länder haben mit Modellversuchen, mit denen die Auswirkungen neuer Reformkonzepte zunächst geprüft und verdeutlicht werden können, gute Erfahrungen gemacht.¹⁴

Nicht berücksichtigt in Tabelle 1 ist die Rolle von Experten außerhalb der Interessenverbände, die zunehmend an den Aushandlungen von Reformen beteiligt werden. Verbandlich nicht gebundene Experten nehmen über verschiedene Gremien Einfluss auf die Politikformulierung. Dabei spielt seit 1985 vor allem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Das Gremium arbeitet seit der „kalten Auflösung“ der KAiG vor allem dem zuständigen Bundesministerium und den Gremien der Selbstverwaltung zu. Da die Experten von der Bundesministerin benannt und die Fragestellungen der Studien vom Ministerium vorgegeben werden, entspricht die grundsätzliche Ausrichtung der Studien überwiegend der jeweiligen Zielsetzung des Ministeriums. Allerdings enthalten die fachlich fundierten Arbeiten auch umfassende empirische Hintergründe und innovative Vorschläge, die nicht unbedingt die jeweiligen Positionen der Auftraggeberin im Detail stützen müssen.¹⁵

Neben dem Sachverständigenrat bestehen weitere einflussreiche Verhandlungsgremien unter Beteiligung externer Fachleute. Das bekannteste davon ist die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“). Die Kommission wurde von der Regierung einberufen und umfasst sowohl Experten als auch Verbandsvertreter.¹⁶

Gesundheitspolitik als Interessen- und Ideologienkonflikt

An der Aushandlung von Gesundheitsreformen ist eine Vielzahl von Interessenverbänden beteiligt.¹⁷ Bei einer ersten Klassifikation lassen sich zunächst die Verbände der

¹⁴ Einen Überblick über die Reform Erfahrungen anderer europäischer Länder bietet das European Observatory on Health Care Systems, das verschiedene Berichte auch im Internet bereit stellt. Vgl. <http://www.who.dk/observatory/Studies/TopPage> abgerufen am 22. Juni 2003.

¹⁵ Vgl. N. C. Bandelow (Anm. 6), S. 114.

¹⁶ Die mit der regierungsnahen Rürup-Kommission konkurrierende Kommission „Soziale Sicherheit“ des CDU-Bundesvorstands unter dem Vorsitz von Roman Herzog („Herzog-Kommission“) beteiligt im Gegensatz zur Rürup-Kommission offiziell keine Verbandsvertreter, sondern umfasst Unionspolitiker aus Bund und Ländern sowie externe Sachverständige. Vgl. <http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/inhalt.htm> abgerufen am 22. Juni 2003.

¹⁷ Für einen Überblick vgl. N. C. Bandelow (Anm. 6) S. 74-102.

Leistungserbringer und der Nachfrager von Gesundheitsleistungen unterscheiden. Im Gegensatz etwa zu den USA (und auch etwa zu dem sonst sehr ähnlichen System Österreichs) sind diese beiden Gruppen in Deutschland (noch) durchgängig getrennt, da die Finanzierung von Gesundheitsleistungen weitgehend über die Krankenkassen geregelt ist, diese jedoch kein eigenes Angebot an Gesundheitsleistungen anbieten dürfen. Zu den Verbänden der Leistungserbringer gehören neben den Körperschaften (KVen und Ärztekammern) die vielen freien Ärzteverbände, von denen der Hartmannbund und der Marburger Bund die bekanntesten sind. Eine analoge Organisationsstruktur weisen auch die Zahnärzte auf. Neben den Ärzten gehören die Apotheker, die Krankenhausträger, die Pharmaindustrie und die Pflegekräfte zu den wichtigsten Leistungsanbietern. Ein wichtiges Ziel der jeweiligen Verbände liegt in der Sicherung der Einkommen der jeweiligen Statusgruppe. Dieses Ziel bedeutet nicht unbedingt, dass die Verbände eine Abdeckung der von ihnen erbrachten Leistungen über die GKV befürworten. Dies ist zwar etwa bei der Pharmaindustrie der Fall, die Ärzte und Zahnärzte plädieren dagegen oft eher für eine Ausgliederung ihrer Leistungen aus dem Leistungskatalog der Kassen, um so höhere Einkommen erzielen zu können und weitere Finanzierungsquellen neben den Kassenbeiträgen zu erschließen. Zudem wird die Politik von Hartmannbund und KVen von dem Ziel des Statuserhalts als Freiberufler geprägt.¹⁸

Zwischen den verschiedenen Anbietergruppen haben sich in Folge der Sparmaßnahmen zunehmend Verteilungskonflikte entwickelt, die sich immer weniger im Rahmen der Selbstverwaltung durch Verhandlungen lösen lassen. Auch der Konflikt zwischen den Leistungsanbietern und Krankenkassen sowie zwischen den Tarifparteien innerhalb der Kassenselbstverwaltung hat sich verschärft. Die primär wirtschaftlich begründeten Konflikte zwischen den Interessengruppen werden auch in das Parteiensystem übertragen. Dabei stehen traditionell die Sozialdemokraten den Ortskrankenkassen und Gewerkschaften nahe, während Union und vor allem FDP vorwiegend den Interessen der Kassenärzte verbunden sind. Quer zu dieser Konfliktlinie liegen Eigeninteressen von Länderregierungen. Diese sind einerseits primär an einer gesicherten Finanzierung der Krankenhäuser interessiert. Andererseits liegt es vor allem im Interesse der Pharmastandorte Hessen, NRW und Rheinland-Pfalz, Sparmaßnahmen zu Lasten der großen, forschenden Arzneimittelunternehmen zu verhindern. Neben diesen materiellen Interessenkonflikten prägen auch gegensätzliche ideologische Vorstellungen die Gesundheitspolitik. In den 1980er und 1990er Jahren waren es vor allem die Konflikte um unterschiedliche Verständnisse von Solidarität, Subsidiarität und

¹⁸ Vgl. Frieder Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg/Br. 1967.

Eigenverantwortung. Dieser Konflikt hat ab 1999 angesichts der Annäherung der Regierungskonzepte an bisherige Positionen von CDU/CSU und FDP zwischen den Parteien an Brisanz verloren und wurde seitdem zunehmend zum innerparteilichen Konfliktfeld. Zwischen den Parteien ist zum Teil der Konflikt um das richtige Verhältnis von Wettbewerb und staatlicher Steuerung an die Stelle des alten Solidaritätskonflikts geraten. Dies wird etwa bei dem Regierungsvorschlag zur Einrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ deutlich, das unter anderem Behandlungsleitlinien für häufig auftretende Krankheiten entwickeln soll. Dieser Vorschlag wird von der Opposition als „Staatsmedizin“ abgelehnt. Auch der Konflikt um eine Beurteilung alternativer Behandlungsmethoden außerhalb der Schulmedizin, die insbesondere von den Bündnisgrünen befürwortet wird, blockiert zunehmend umfassende Einigungen in der Parteienarena. Dies wird bei der Diskussion um die Anhänge zur vorgeschlagenen Positivliste für Arzneimittel, die zukünftig noch von den Kassen bezahlt werden sollen, sichtbar. Der Anhang wird von der Union abgelehnt, da er schulmedizinisch nicht anerkannte Mittel enthält.

Neben den inhaltlichen und ideologischen Konflikten spielt im Parteiensystem stets auch der Wettbewerb um Machterwerb und Machterhalt eine zentrale Rolle. Angesichts der regelmäßig stattfindenden Bundestags- oder Landtagswahlen besteht nur selten Gelegenheit für die konkurrierenden Parteienblöcke, inhaltliche Übereinstimmungen auch tatsächlich in gemeinsame Entwürfe umzusetzen. Ein weiteres Problem liegt darin, dass sich in den meisten Verhandlungsgremien die verschiedenen Konfliktlinien überlagern. Besonders in mesokorporatistischen Arenen werden die Verteilungskonflikte zwischen den Interessengruppen mit der inhaltlichen Suche nach effizienteren und nachhaltigeren Finanzierungs- und Organisationsstrukturen verbunden. Dieses Problem schlägt sich in den Ergebnissen bisheriger Reformen nieder.

Reformergebnisse der Verhandlungsdemokratie

Selbstverständlich sind Gesundheitsreformen auch in der deutschen Verhandlungsdemokratie durchsetzbar. Dies verdeutlicht allein die Reformbilanz der letzten Jahrzehnte: Zwischen 1977 und Mitte 2003 wurden allein 36 größere Gesetzespakete zur Änderung der gesetzlichen Grundlagen der Krankenversicherung in Deutschland verabschiedet.¹⁹ Allerdings ist es mit

¹⁹ Eine Chronik aller Reformpakete seit 1977 und der jeweils verantwortlichen Regierungsmehrheiten im Bundestag bietet folgende Internetseite: http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/1_politik/chronik_krankenversicherung.htm abgerufen am 24. Juni 2003. Für eine Darstellung der wichtigsten Maßnahmen in den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens vgl. Nils C. Bandelow, Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar?, in: Gesellschaft – Wirtschaft – Politik 51 (2002) 1, S. 109-131, hier S. 124.

keiner bisherigen Reform gelungen, die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu begrenzen, die Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich zu verbessern und/oder das Problem mangelhafter Prävention grundlegend zu lösen. Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitswesen (hinter den USA und der Schweiz) gemessen an den Anteilen der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt das drittteuerste der Welt, erzielt dabei aber bei den meisten Leistungskennziffern lediglich mittlere Werte. Dabei sind sich Experten, Parteien und Verbänden bei der Analyse einzelner Strukturprobleme durchaus einig: Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist weiterhin ungenügend, die Qualitätskontrollen vor allem in der ambulanten Versorgung sind lückenhaft und es besteht ein zu großes und unübersichtliches Angebot zugelassener Arzneimittel, deren Wirksamkeit vielfach umstritten ist. Trotz der Einigkeit aller Akteure bei einzelnen Problemanalysen ist aber der „Große Wurf“, die nachhaltige Umgestaltung des Gesundheitswesens, bisher nicht gelungen. Selbst das Minimalziel einer Stabilisierung der Gesundheitsausgaben wurde nur eingeschränkt erreicht (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteile der GKV-Ausgaben am BIP und Anteile der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland²⁰

Jahr	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
GKV	6,5	6,7	6,6	6,9	6,9	7,0	6,6	6,7	6,6	6,5	6,3
gesamt	9,1	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7

Die in Tabelle 2 dargestellten Zahlen stützen die Vermutung, dass die wirklichen Struktureffekte der Kostendämpfungsgesetze gering waren. Kürzungen der relativen Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sind, wie die Zahlen zeigen, nicht immer gleichbedeutend mit einem Rückgang der gesamten Gesundheitsausgaben. So ist es insgesamt zwar gelungen, den Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt nach der deutschen Einheit zu senken. Diese Senkung basierte aber offenbar allein auf einer Verlagerung von Gesundheitsausgaben aus der GKV auf die privaten Haushalte, deren Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben deutlich gestiegen ist.²¹

²⁰ Erste Spalte: Anteile der GKV-Ausgaben am BIP, Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft (IWD): Deutschland in Zahlen, Köln, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen. Zweite Spalte: Anteil der gesamten Ausgaben für gesundheitliche Sachleistungen am BIP, Quelle: OECD Health Data, Paris, 2002 und 2003. Zu beachten ist, dass die GKV-Ausgaben im Gegensatz zu den OECD-Daten (noch) Lohnersatzleistungen enthalten.

²¹ Eine exakte Bezifferung des Anteils privater Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben ist schwierig, da die verschiedenen Datenquellen unterschiedliche Berechnungsgrundlagen verwenden und daher jeweils

Die aktuellen Reformkonzepte sowohl der Regierung als auch der Opposition setzen diese Strategie der Verlagerung von Gesundheitsausgaben von der solidarisch finanzierten Krankenversicherung auf Arbeitnehmer und Patienten fort. Im Mittelpunkt der Konzepte stehen dabei gleichermaßen erhöhte Zuzahlungen bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen sowie beim Zahnersatz und erstmals auch die Auslagerung ganzer Leistungsbereiche aus dem Angebot der GKV. Sowohl Regierung als auch Opposition haben ihre Konzepte jeweils eng mit den Interessenverbänden abgestimmt. Gleichzeitig streben mittlerweile auch die großen Parteien ein gemeinsames Reformkonzept an. Solange aber hier neben den Parteien auch die egoistischen Interessengruppen beteiligt werden, bleibt eine grundlegende Umgestaltung außerhalb des Rahmens der (wenig bewährten) Kostendämpfungsgesetze unwahrscheinlich.

Ausblick

Für eine nachhaltige Reform des deutschen Gesundheitswesens bestehen zwei Optionen. Die erste Option ist eine Fortführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992. Diese Option würde eine schrittweise Anpassung des bestehenden Systems an die neuen Herausforderungen bedeuten. Sie setzt eine dauerhafte Annäherung der Gesundheitspolitik der großen Parteien voraus, die angesichts der nach wie vor im Verhältnis zwischen Union und SPD dominierenden Orientierung an der Konkurrenz um Wählerstimmen und politische Macht nicht unproblematisch ist. Eine notwendige, allerdings nicht hinreichende Voraussetzung für eine weitere Annäherung liegt in der Entwicklung konkreter Leitbilder für das zukünftige Gesundheitswesen. Diese Leitbilder müssen auf ideologisch umstrittene Elemente (etwa: „Wettbewerb“ oder „Solidarität“) verzichten und sich auf gemeinsame Ziele, vor allem hinsichtlich der Qualität medizinischer Versorgung konzentrieren. Der Vorteil dieser Möglichkeit einer schrittweisen Weiterentwicklung des Systems liegt darin, dass auf lange Sicht individuelle Akteure mit eingefahrenen gesundheitspolitischen Ideologien ausgetauscht und dadurch kollektive Lernprozesse möglich werden.²²

Die zweite Option ist der oft beschworene „große Wurf“, also die umfassende Gesundheitsreform. Diese Option nimmt eine mittelfristige Fortführung der Strategie der Leistungskürzungen und erhöhten Selbstbeteiligungen an, bis die Grenze des solidarischen Grundkonsenses der Gesellschaft erreicht wird. Erst wenn medizinisch notwendige und mögliche Leistungen nur noch für einen Teil der Bevölkerung bereitgestellt werden, wird der

eigene Vergleichszahlen erhalten. Legt man aber beispielsweise die Daten der OECD (Anm. 19) zu Grunde, dann sind die Anteile der privaten Haushalte seit 1980 um vier Prozentpunkte auf heute etwa 25 % gestiegen.

Problemdruck für eine umfassende Reform ausreichen. Allein der Problemdruck garantiert aber noch keine sachbezogene Reform. Notwendig ist auch dann ein ausgereiftes und zwischen den großen Parteien konsensfähiges Alternativmodell zur bisherigen GKV.

Beide Optionen gehen von einer Auflösung der bestehenden Blockaden sachbezogener Lösungen aus. Eine grundlegende Voraussetzung für einen solchen Erfolg von Verhandlungssystemen liegt in der Bereitschaft der Verhandlungsführer, sich nicht allein als Vertreter von Partikularinteressen zu sehen, sondern gemeinsame Ziele anzustreben.²³ Eine solche Umorientierung ist nicht ausgeschlossen: So zeigen Erfahrungen anderer Politikfelder, etwa der Europapolitik, dass der Parteienwettbewerb bei ausgewählten politischen Fragen auch ausgesetzt werden kann. In solchen Fällen kann sich die sonst blockierende deutsche Verhandlungsdemokratie sogar zum Motor für innovative Lösungen entwickeln.²⁴

²² Zu den theoretischen Hintergründen langfristiger Lernprozesse vgl. Nils C. Bandelow, *Lernende Politik. Advocacy-Koalitionen und politischer Wandel am Beispiel der Gentechnologiepolitik*, Berlin 1999.

²³ Fritz W. Scharpf spricht hier von „integrativen“ bzw. „kooperativen“ Handlungsorientierungen. Vgl. Fritz W. Scharpf, *Versuch über Demokratie im verhandelnden Staat*, in: Roland Czada/Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Verhandlungsdemokratie, Interessenvermittlung, Regierbarkeit*, Opladen 1993, 25-50.

²⁴ Vgl. Nils C. Bandelow, *Kollektive Lernprozesse durch Vetospieler? Konzepte britischer und deutscher Kernexekutiven zur europäischen Verfassungs- und Währungspolitik in den 1980er und 1990er Jahren*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Bochum 2003.