

Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik

Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie

dem Fachbereich Gesellschaftswissenschaft
und Philosophie

der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Hans-Jürgen Urban

(Vor- und Zunahme)

Neuwied am Rhein

aus:

(Geburtsort)

2003

(Einreichungsjahr)

Vom Fachbereich Gesellschaftswissenschaften
und Philosophie als Dissertation angenommen am:
(Datum Annahme durch die Prüfungskommission)

Tag der Disputation /mündlichen Prüfung:

Gutachter:
.....

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	6
Kapitel A	
Gesundheitspolitik und europäische Integration: Theoretische Reflexionen und historischer Stand	
I. Sozialpolitik im europäischen Mehrebenen-System	14
1. <i>Regimevielfalt und Politikverflechtungsfälle</i>	15
2. <i>Sozialpolitisches „Spillover“ und Ende der Verflechtungsfälle</i>	17
3. <i>Forschungsfragen</i>	19
II. Gesundheitspolitik im europäischen Integrationsprozess	21
1. <i>Gesundheitspolitik als Domäne der Nationalstaaten</i>	21
2. <i>Bisherige gesundheitspolitische Integrationsansätze</i>	26
2.1. <i>Ansätze einer positiven Integration</i>	27
2.2. <i>Ansätze einer negativen Integration</i>	32
2.3. <i>Kontextgesteuerte Integration</i>	38
Kapitel B	
Gesundheitspolitik im Prozess der wettbewerbspolitischen Restrukturierung der Europäischen Union	
III. Die neue „strategische Zielsetzung“ in der EU und die Europäisierung der Gesundheitspolitik	39
1. <i>Koordinierende Regulierung in europäischen Politikfeldern</i>	39
1.1. <i>Das Koordinierungsverfahren in der Wirtschaftspolitik</i>	39
1.2. <i>... in der Fiskalpolitik</i>	40
1.3. <i>... in der Beschäftigungspolitik</i>	42
2. <i>Die strategische Neuausrichtung des Integrationsprozesses durch die Lissabonner Wettbewerbsstrategie</i>	43
3. <i>Die offene Methode der Koordinierung (OMK) als Regulierungstyp</i>	45
4. <i>Das OMK in der Gesundheitspolitik</i>	53
5. <i>Das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)</i>	58
6. <i>Exkurs: Das Maastrichter Defizitkriterium und die Finanzierungsregeln der deutschen Krankenversicherung</i>	61
IV. Die Europäisierung der Gesundheitspolitik und das Neue Europäische Sozialmodell	69
1. <i>Antriebskräfte und Konturen der Europäisierung der Gesundheitspolitik</i>	69
1.1. <i>Der gesundheitspolitische Europäisierungstyp</i>	69
2. <i>Das Euro-Finanzregime, die wettbewerbspolitische Restrukturierung</i>	

<i>Europas und das Neue Europäische Sozialmodell</i>	76
2.1. <i>Vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus auf nationaler Ebene</i>	78
2.2. <i>Vom alten zum neuen Sozialmodell auf europäischer Ebene</i>	81

Kapitel C

Europäisierung des gesundheitspolitischen Feldes und Reformpolitik im deutschen Gesundheitssystem

V. Mögliche Implikationen für Reformdebatte und –prozess im deutschen Gesundheitssystem	85
1. <i>Europäisierung und nationaler Wandel in der Gesundheitspolitik</i>	85
2. <i>Mögliche stabilisierende Implikationen</i>	90
2.1. <i>Entdramatisierungseffekte</i>	90
2.2. <i>Ordnungspolitische Warnungen</i>	91
2.3. <i>Hinweise auf Effizienz- und Qualitätsdefizite</i>	92
3. <i>Mögliche destabilisierende Implikationen</i>	93
3.1. <i>Folgeprobleme der Ambivalenzen und Defizite der OMK</i>	94
3.2. <i>Stärkung der Kosten- über die Versorgungsperspektive</i>	104
3.3. <i>Konsolidierung der Ausgaben statt Stabilisierung der Einnahmen</i>	106
3.4. <i>Vertiefung wettbewerbspolitischer Paradoxien</i>	110
3.5. <i>Negative Rückkoppelungen</i>	123

Kapitel D

Soziale Dynamik und politische Regulation im deutschen Gesundheitssystem: Theoretische Reflexionen und historischer Stand

VI. Soziale Dynamiken, institutionelle Kontexte und Pfadabhängigkeiten in der Gesundheitspolitik: sozialwissenschaftliche Deutungsversuche	126
1. <i>Selbststimulierte Expansionsdynamik und systemisches Steuerungsversagen</i>	129
2. <i>Ausdifferenzierung sozialer Handlungssysteme und institutionelle Kontexte als Steuerungsvariablen</i>	134
3. <i>Wohlfahrtsstaatlicher Wandel im Prozess des kapitalistischen Formationswechsels</i>	142
4. <i>Zwischen Pfadabhängigkeit und Transformationsdruck: gesundheitspolitischer Wettbewerbskorporatismus</i>	148
VII . Leistungsregulierung im gesundheitspolitischen Mehrebenen-System	157
1. <i>Das Regulierungsmodell des deutschen Gesundheitswesens: “Selbstorganisation im Schatten staatlicher Hierarchie“</i>	157
2. <i>Akteurskonstellationen im Mehrebenen-System</i>	160
2.1. <i>Die Makroebene: die Arenen der Gesetzgebung</i>	161

2.2. Die Mesoebene: die Verhandlungssysteme der Verbände....	162
2.3. Die Mikroebene: die Arzt - Patient – Beziehung	166
3. Ressourcen, Typen und Reichweiten staatlicher Regulierung	169

Kapitel E

Wettbewerbskorporatistische Regulierung im deutschen Gesundheitssystem: Das Beispiel des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

VIII. Zur Funktion des Bundesausschusses bei der Regulierung des GKV-Leistungskatalogs	171
1. Soziale Selbstverwaltung und „wettbewerbskorporatistische Beauftragung“ im deutschen Gesundheitssystem	171
2. Aufgaben und Zusammensetzung des Bundesausschusses	175
3. Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	178
4. Der Bundesausschuss als korporatistisches Regulierungsgremium	180
IX. Indienstnahme, Ermächtigung und Kontextsteuerung: Stufen und Maßnahmen der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des Bundesausschusses	183
1. Der Bundesausschuss vor dem Gesundheits-Reformgesetz	183
2. Die Herausbildung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitssystem	184
3. Der Bundesausschuss als Agentur des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels?	187
4. Die neue institutionelle Regulierungsstruktur	192
X. Interessenlagen und Handlungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur	198
1. Die „konsolidierungskompatible“ Akteurskonstellation im Bundesausschuss	198
2. Mit EbM-orientierter Qualitätssicherung zum „puristischen Leistungskatalog“?	201
3. Widersprüche und potenzielle Entscheidungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur	204
Zusammenfassung und Ausblick	208
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	219
Literaturverzeichnis	235

Einleitung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit Fragen der Gesundheitspolitik. Damit ist sie einem Gegenstand gewidmet, der üblicherweise mit einer doppelten Aufmerksamkeit rechnen kann. Einmal sind Fragen der Gesundheitspolitik und der Entwicklung des Gesundheitssystems von hohem *politischen* Interesse. Das gilt aus Sicht aller an der Produktion, Distribution und Konsumtion von Gesundheitsgütern Beteiligten. Denn die verschiedenen Bevölkerungsgruppen sind in mehrfacher Hinsicht in das Gesundheitssystem involviert. Einmal als Versicherte und somit als Beitragszahler; in dieser Rolle besitzen sie ein Interesse an einem optimalen Versicherungsschutz, also einem optimalen Versorgungsangebot zu möglichst niedrigen Beitragssätzen. Zugleich sind sie als Patienten betroffen, deren Interesse insbesondere auf eine qualitativ möglichst hochwertige Versorgung gerichtet sind. Schließlich sind Teile der Bevölkerung, immerhin etwa vier Millionen Personen, als Beschäftigte in Gesundheitsberufen aller Art im Gesundheitssystem erwerbstätig und in ihrem Lebensunterhalt von seiner Entwicklung abhängig. Aber auch aus Sicht der kollektiven Akteure, von denen es im Gesundheitssystem mehr als in den meisten anderen Politikfeldern gibt, sind Fragen der Gesundheitssystementwicklung von mitunter existentieller Bedeutung. Das gilt für die Organisationen der organisierten Ärzteschaft und andere Verbände der Anbieter gesundheitlicher Leistungen sowie für die Organisationen der Versicherten, der Patienten und der Krankenkassen. Schließlich ist das Politikfeld Gesundheit für den Staat und die jeweilige Regierung von besonderer Bedeutung. Dies wird bereits an der Tatsache deutlich, dass sich das Gesundheitssystem nahezu allen Regierungen als politische „Dauerbaustelle“ präsentiert. Dies hat seine tieferen Ursachen in den Spezifika des Gesundheitssystems, durch die es für politisch rechenschaftspflichtige und legitimationsempfindliche Regierungen eine besondere Rolle erhält. Das Gesundheitssystem ist zum einen durch eine besondere Entwicklungsdynamik geprägt, die offensichtlich von einer starken Antriebskraft getragen wird. Es ist zugleich aus Sicht der (Wahl-)Bevölkerung mit hohen Erwartungen und Ansprüchen versehen, da eine hochwertige Gesundheitsversorgung auf der Agenda der Erwartungen an den Sozialstaat und damit an die Regierungspolitik ganz oben steht. Schließlich ist das Gesundheitssystem für den demokratischen, verhandelnden Staat eine schwieriges Terrain für seine Versuche, die Eigendynamik des Systems und die Erwartungen der Bevölkerung mit den ökonomischen, vor allem den wettbewerblichen und fiskalischen, Imperativen im Gleichgewicht oder zumindest in einem Verhältnis zu halten, das nicht allzu sehr an den oftmals knappen Legitimationsressourcen des Staates bzw. der jeweiligen Regierung zehrt.

Doch das Gesundheitssystem besitzt nicht nur aus politischer, sondern auch aus *politikwissenschaftlicher* Perspektive besondere Relevanz. Vor allem mit der Etablierung der aus dem angelsächsischen Diskussionszusammenhang stammenden Policy-Forschung in der deutschen Politikwissenschaft nahm das fachspezifische Interesse am Politikfeld Gesundheit zu. Zum einen gewann das gesundheitspolitische Feld als Zielgebiet und Terrain staatlicher Steuerungsambitionen an Aufmerksamkeit, die hier auf besonders komplexe und verflochtene Konstellationen von Akteuren und

Institutionen treffen. Nicht ohne Grund ist das Gesundheitssystem als ein „System komplexer Vielfachsteuerung“ (Alber 1992: 157) bezeichnet worden, das durch eine kaum überschaubare Anzahl von Steuerungs- und Regulierungsproblemen geprägt ist.

In der Analyse dieser Probleme dominieren im deutschen Diskussionszusammenhang vor allem zwei unterschiedliche theoretische bzw. analytische Ansätze. Zum einen die vor allem auf Niclas Luhmann zurückgehende autopoietische Systemtheorie; zum anderen das Konzept des „akteurzentrierten Institutionalismus“, das von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf am Kölner Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung entwickelt wurde (Mayntz/Scharpf 1995b und Scharpf 2000). Luhmann bezieht das Gesundheitssystem explizit in die von ihm formulierte Auffassung von der Selbstreproduktion autopoietischer Funktionssysteme ein und begreift es als ein soziales Funktionssystem, das auf der Grundlage einer selbststimulierten Entwicklungsdynamik jene Anspruchsspirale in der Bevölkerung in Gang setze, die sich ebenso als systemevolutorische Antriebskraft wie als Hürde staatlicher Steuerungsambitionen konstituiere (etwa: Luhmann 1981, 1983a und b sowie 1990). Mit der Adaption und Etablierung der Denkfigur der Anspruchsspirale gelang es Luhmann, eine der zentralen Topoi der politischen und wissenschaftlichen Debatte um die Entwicklungsprobleme von Gesundheitssystem und –politik zu setzen, der immer wieder zur Begründung und Rechtfertigung leistungsbegrenzender oder –kürzender Interventionen in das Gesundheitssystem herangezogen wurde (und wird). Der Ansatz des „akteurzentrierten Institutionalismus“ konstituierte sich – im Rahmen der „Steuerungsdebatte“ in der deutschen Politikwissenschaft – vor allem in Abgrenzung zur Luhmann’schen Systemtheorie (dazu etwa: Luhmann 1988 und Scharpf 1988). Tragende Elemente dieses primär handlungstheoretisch orientierten Ansatzes wurden seit den späten 1980er Jahren explizit auf das Gesundheitssystem angewandt. Dabei ging es um die analytische Interpretation der empirisch nachgewiesenen Eigendynamik des Gesundheitssystems mit Hilfe eines theoretischen Ansatzes, der die Entwicklung des Gesundheitssystems und seine internen Antriebskräfte als Prozess der Ausdifferenzierung eines sozialen Handlungssystems im Sinne einer voranschreitenden Rollendefinition und Spezialisierung von interaktiven Akteuren interpretiert (etwa: Mayntz 1988 und 1990, Döhler/Manow 1995 und 1997). Während die Luhmann’sche Systemtheorie über die von ihm bereitgestellten Interpretationen hinaus kaum empirische Analysen über gesundheitspolitische Steuerungsprobleme anzuregen vermochte, stellte der Ansatz des „akteurzentrierten Institutionalismus“ den Rahmen für eine Reihe einschlägiger Untersuchungen über Reformspielräume und –blockaden in der deutschen Gesundheitspolitik dar (z.B. Manow 1994; Döhler/Manow 1997; Wasem 1997).

Diese Untersuchungen, die aus einem eher theoretischen Kontext stammen, wurden durch Arbeiten ergänzt, die sich der Gesundheitspolitik stärker aus Sicht der empirischen bzw. komparativen Politikwissenschaft näherten. Auch sie befassten sich entweder mit spezifischen Reformblockaden des deutschen Gesundheitssystems (vgl. etwa: Webber 1988, 1989 und 1992; Rosewitz/Webber 1990; Alber 1992; Bandelow 1998; Simon 2000) oder bearbeiteten (im Sinne der komparativen Sozialsystemforschung) Fragen der Gesundheitssysteme oder Kerninstitutionen

einzelner Staaten (z.B. in der Europäischen Union) zumeist anhand gesamtwirtschaftlicher Indikatoren (vgl. etwa: Alber 1989, Alber/Bernadi-Schenkluhn 1992, Schmidt 1999a und b, Schneider 1998 und 1999, Hartmann 2002). Die hier aufgearbeiteten Indikatoren wurden mitunter in diversen Untersuchungen aufgenommen, die sich der Gesundheitspolitik und ihren internen Aushandlungsprozessen und Interessenkonflikten aus der Perspektive der Politischen Ökonomie näherten (vgl. etwa: Kühn 1997 und 2001, Braun/Kühn/Reiners 1998, Rosenbrock 1999; H.-U. Deppe 2000; Stegmüller 1996; Kania/Blanke 2000). Hier standen oftmals Probleme der Durchsetzung ökonomischer Interessen wichtiger Akteure, der Ökonomisierung des Gesundheitssystems oder der Kritik gängiger Krisendeutungen und Politikempfehlungen im Vordergrund.

Von besonderer Bedeutung für die empirische Untersuchung von Steuerungs- und Regulierungsproblemen im Gesundheitswesen sind schließlich die wissenschaftlichen Analysen, die im Rahmen der staatlich implementierten Politikberatung erstellt werden. Hier sind vor allem die im Regierungsauftrag regelmäßig vorgelegten Gutachten des „Sachverständigenrates in der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ (dazu etwa: SVRKAiG 2000a-c, 2001 und 2003) sowie die immer wieder einmal erfolgten gesundheitspolitischen Analysen des ebenfalls im Regierungsauftrag tätigen „Sachverständigenrate zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“ (dazu etwa: SVR 2000, 2001 und 2002). Auch wenn insbesondere der SVRKAiG im Rahmen der ihm erteilten Aufträge immer wieder medizinisch-naturwissenschaftlich geprägte Aspekte der Versorgungsqualität favorisierte, liefern diese gemeinsam mit den gesundheitsökonomisch orientierten Studien beider „Räte“ unverzichtbares Material für problembezogene Analysen des Gesundheitssystems. Das gilt nicht zuletzt für Fragen der Finanzierung des Gesamtsystems und der Steuerung einzelner gesundheitspolitischer Versorgungssektoren.

Alle diese Quellen stehen einer Untersuchung zur Verfügung, die sich mit aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik beschäftigt. Allerdings: Trotz der großen öffentlichen und der anwachsenden wissenschaftlichen Aufmerksamkeit für die Gesundheitspolitik ist die im engeren Sinne politikwissenschaftliche Gesundheitsforschung in Deutschland noch nicht allzu weit entwickelt bzw. mit deutlichen Leerstellen versehen. Zwei dieser Leerstellen sollen hier hervorgehoben werden: Zum einen ist für die größte Zahl der bisher vorgelegten Studien eine theoretisch-methodische Trennung zwischen Steuerungszielen und –ergebnissen einerseits sowie Steuerungs- und Interessenvermittlungsformen andererseits charakteristisch. Die Dialektik von Inhalt und Form gesundheitspolitischer Regulierungsbemühungen wird also kaum einmal in den Blick genommen. Genau aus dieser Vermittlung erschließt sich aber – wie zu zeigen sein wird – das Verständnis für den tiefgreifenden Wandel, den dieses Politikfeld in Deutschland wie auf supranationaler Ebene gegenwärtig durchläuft. Zum anderen ist bisher kein Versuch unternommen worden, die sich abzeichnende Europäisierung der Gesundheitspolitik unter *politikwissenschaftlichen* Fragestellungen zu interpretieren. Zwar wird in der Literatur die wachsende Bedeutung der europäischen Handlungsebene registriert, jedoch geschieht dies weitgehend unter Beschränkung auf sozialrechtliche

Folgewirkungen und deren versorgungspolitische Implikationen (vgl. etwa Lüschen 2000, McKee/Mossialos/Baeten 2002; Busse/Wismar/Berman 2002; Busse 2002). Was fehlt ist jedoch der Versuch, den gesundheitspolitischen Wandel mit dem allgemeineren Prozess der Neuorientierung des europäischen Integrationsprojektes zu verknüpfen. Auf beiden Feldern sind wissenschaftliche Forschungs- und Erkenntnislücken zu konstatieren, zu deren Schließung die vorliegende Untersuchung einen Beitrag leisten will.

Für ein Themenfeld, das so eindeutig politische *und* wissenschaftliche Relevanz für sich reklamieren kann und für eine Fragestellung, die zur Behebung der benannten forschungspolitischen Leestellen beitragen möchte, drängt sich ein *politikwissenschaftlich* orientierter Analyseansatz geradezu auf. Mit einem solchen sollen in der vorliegenden Studie vor allem zwei Problemkomplexe diskutiert werden, die sich mit der Entwicklung der Gesundheitspolitik in Deutschland *und* Europa befassen. Diese doppelte Sicht auf das Thema ist keineswegs selbstverständlich. Denn trotz teils hektischer Betriebsamkeit in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) und der deutschen Gerichte zu Fragen der wechselseitigen Beeinflussung von europäischem Gemeinschafts- und deutschem Sozialrecht, galt die Sozialpolitik bisher weitgehend als ein Politikfeld, in dem die Nationalstaaten den Ton angaben. Spiegelbildlich dazu wurde immer wieder (durchaus mit Recht) und vor allem im Vergleich mit anderen Politikfeldern ein bloß rudimentärer Entwicklungsstand der europäischen Sozialpolitik diagnostiziert. Das galt vor allem für die Gesundheitspolitik.¹ Gerade die Gesundheitspolitik wird im Allgemeinen als Domäne der Mitgliedstaaten wahrgenommen. Doch ist diese Sicht der Dinge noch zutreffend? In der vorliegenden Studie soll jedenfalls – erstens – die These entwickelt werden, dass sich auch das Politikfeld Gesundheit zunehmend als europäisches Feld konstituiert; und dass sich auch hier eine transnationale Mehrebenen-Struktur herauszubilden beginnt, in der die europäische Ebene an Bedeutung gewinnt. Auch wenn dieser Prozess erst im Werden begriffen ist, wird zu fragen sein, wie und weshalb sich die Gesundheitspolitik aus den nationalstaatlichen Arenen herauszulösen beginnt, welche Kräfte diese Entwicklung vorantreiben und über welche Mechanismen sie sich vollzieht?

Parallel zu dieser Entwicklung, die hier als Europäisierung der Gesundheitspolitik bezeichnet werden soll, vollzieht sich im deutschen Gesundheitssystem ein Prozess, dessen Anfängen bis in die 1970er Jahre zurückreichen. In dieser Phase begann, was seither – nicht selten mit eher kritischem Unterton – als „Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen“ bezeichnet wird; eine Politik, die nach geraumer Zeit einen Paradigmenwechsel erlebte und in eine Sequenz von „Gesundheitsstrukturreformen“ überging. Im Zentrum standen seitdem Strukturveränderungen im System, die erfolgreicher als bisher auf Maßnahmen zur Kostendämpfung und zur Begrenzung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung abstellen wollten. Da, wie ein kurzer Blick in die Tagespresse bestätigt, diese immer wieder formulierten Politikziele

¹ An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass in der vorliegenden Studie der Begriff der Gesundheitspolitik aus forschungspragmatischen Gründen auf die Organisation und Finanzierung des Systems der Krankenversorgung beschränkt wird und daher etwa das weite Feld der Präventionspolitik weitgehend unberücksichtigt bleibt.

offensichtlich verfehlt wurden, stellt sich unter anderem die Frage: Welche Spuren hinterließen diese „Strukturreform-Projekte“? Als – zweite – Kernthese soll hier die Auffassung entfaltet und begründet werden, dass die staatliche Politik insbesondere in der Phase der gesundheitspolitischen Strukturreformen eine Transformation des Regulierungsmodells im deutschen Gesundheitswesen einleitete und dass sich im Zuge dieser Entwicklung Elemente einer „wettbewerbskorporatistischen Regulierung“ herausbildeten, die den korporatistischen Entwicklungspfad des deutschen Gesundheitssystems nicht abbrechen, wohl aber neu orientieren und modifizieren. Belegt werden soll diese Auffassung exemplarisch am staatlich induzierten Funktionswandel des „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ (BÄK), einer zentralen Regulierungsinstanz des deutschen Gesundheitssystems, die sich in besonderer Weise als Akteur des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels eignet. Auch hier ist zu fragen, woher die Bewegungsenergie dieser Entwicklungen stammt, auf welchen Pfaden sie sich ihren Weg bahnt und zu welchen Ergebnissen sie führen dürfte.

Zweifelsohne vollzogen sich die hier zu thematisierenden Entwicklungen bisher relativ unabhängig voneinander, was schon an den unterschiedlichen Entwicklungsständen beider Prozesse offenbar wird. Während die Transformation des Korporatismus im deutschen Gesundheitssystem bis in die 1980er Jahre zurückreicht, scheint der Prozess der Europäisierung der Gesundheitspolitik erst am Anfang zu stehen. Doch trotz dieser Ungleichzeitigkeit verbindet sie eine gemeinsame Klammer. Beide folgen der gleichen Drehrichtung und beiden liegt, und auch diese – dritte – These wird im Folgenden zu begründen sein, der Prozess der wettbewerbspolitischen Restrukturierung des europäischen Entwicklungsmodells sowie der nationalen Wohlfahrtsregime in den Mitgliedstaaten der EU zugrunde. Dabei handelt es sich um Prozesse, die sich in ihrem konkreten Vollzug entsprechend der jeweiligen institutionellen Kontexte, Machtverhältnisse und Sozialkulturen unterscheiden, die aber gemeinsam und „in letzter Instanz“ als Reaktion auf die Krise des fordistischen Kapitalismus und als Teilprozesse der Herausbildung einer neuen Formation kapitalistischer Entwicklung in Europa zu begreifen sind.

Entwicklung, Begründung und Diskussion dieser drei Kernthesen sollen im Zentrum der vorliegenden Studie stehen. Inhaltlich gliedert sie sich in fünf Kapitel. *Kapitel A* soll kurz zwei einschlägige theoretische Ansätze skizzieren, die in der gegenwärtigen politikwissenschaftlichen Debatte zur Analyse sozialpolitischer Entwicklungen im europäischen Integrationsprozess herangezogen werden. Dabei handelt es sich um einen eher akteurs- und institutionenorientierten sowie einen eher ökonomisch-funktionalistischen Ansatz (*Abschnitt I*). Beide finden im weiteren Fortgang als Hintergrundfolien für die Analyse der Entwicklungsphasen der Gesundheitspolitik in Europa Anwendung. Im Anschluss folgt eine kurze Skizze des gegenwärtigen Standes der gesundheitspolitischen Integration und des bisherigen Stellenwertes von Gesundheitspolitik im Integrationsprozess (*Abschnitt II*). Dabei wird die übliche Differenzierung zwischen „positiver“ und „negativer“ Integration (im Anschluss an Stefan Leibfried) um den Modus der kontextgesteuerten Integration erweitert, dem in

der Europäisierung der Gesundheitspolitik und ihrer politikwissenschaftlichen Analyse eine zentrale Bedeutung zukommt.

Im folgenden *Kapitel B* steht der Stellenwert der Gesundheitspolitik im Rahmen des wettbewerbspolitischen Restrukturierungsprozesses Europas im Zentrum. Zunächst werden (in *Abschnitt III*) mit der kursorischen Darstellung der Koordinierungsverfahren in den Feldern der Wirtschafts-, Fiskal- und Beschäftigung und des politischen Programms der „Lissabonner Strategie“ europäische Vorläuferentwicklungen und der politökonomische Kontext der Europäisierung der Gesundheitspolitik dargestellt. Dem folgt die politikwissenschaftliche Bewertung der „offenen Methode der Koordinierung“ als dem zentralen integrationspolitischen Vehikel der Entwicklung in der Gesundheitspolitik. Im anschließenden Exkurs soll der – in der wissenschaftlichen wie der öffentlichen Debatte bisher weitgehend unbeachtete – Umstand erläutert werden, dass ein entscheidender Antrieb für die Herausbildung eines gesundheitspolitischen Feldes in Europa aus den Restriktionen des Euro-Finanzregimes, insbesondere aus den Zwängen der unbedingten Haushaltskonsolidierung, resultiert. Dieser Problemkomplex soll anschließend (in *Abschnitt IV*) intensiver in den Kontext der wettbewerbspolitischen Neuausrichtung des gesamten Integrationsprozesse, des Europäischen Sozialmodells und der nationalen Wohlfahrtsregime eingeordnet werden.

In *Kapitel C* wird dann systematisch nach möglichen Implikationen der Europäisierung der Gesundheitspolitik für die Entwicklung in Deutschland gefragt (*Abschnitt V*). Hier geht es um die Formulierung begründeter Vermutungen, die in die Zukunft weisen. Zentral ist dabei die Dialektik zwischen der europäischen Ebene und denen des deutschen Gesundheitssystems, die den gesundheitspolitischen Integrationstyp entscheidend prägt. Dieser wird nicht als eindimensionale Verlagerung von Souveränitätsrechten von den Mitgliedstaaten auf die EU-Institutionen, sondern als Prozess der Ausdifferenzierung einer transnationalen Mehrebenen-Struktur gefasst, in der die europäischen Arenen einerseits an Bedeutung gewinnen, in der sich aber auch für korporative Akteure aus den Mitgliedstaaten neue Handlungsfelder und Einflusskanäle eröffnen. Diese lassen sich, so wird argumentiert werden, mitunter zur Durchsetzung von „Reformvorhaben“ instrumentalisieren, die zuvor an den Widrigkeiten des institutionellen Systems oder der Macht organisierter Veto-Player gescheitert sind. Insgesamt werden die möglichen Implikationen der Europäisierung der Gesundheitspolitik ambivalent eingeschätzt. Gleichwohl legen die Resultate der bis dahin angestellten Überlegungen die Vermutung nahe, dass in der deutschen Gesundheitspolitik eher wettbewerbs- und privatisierungsorientierte Politikstrategien gestärkt und die mit ihnen verbundenen Probleme verschärft werden dürften.

Diese Entwicklungen könnten sich als Katalysator eines Umbruchs in der deutschen Gesundheitspolitik erweisen, der lange vor den Ansätzen einer europäischen Gesundheitspolitik begonnen hat. *Kapitel D* wendet sich deshalb der Analyse bereits in Gang befindlicher Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem zu. Dabei werden (in *Abschnitt VI*) zunächst drei theoretische Ansätze zur sozialwissenschaftlichen Analyse des Stellenwertes eigendynamischer Entwicklungsprozesse und politischer Steuerungsmöglichkeiten bzw. des Zusammenspiels zwischen beiden

skizziert. Nach der Abwägung spezifischer Stärken und Schwächen der jeweiligen Ansätze soll mit dem Konzept des „gesundheitspolitischen Wettbewerbskorporatismus“ ein akteurs- und regulationstheoretisch orientierter Ansatz dargestellt werden, der interne und externe Erklärungsfaktoren integriert und die theoretische Verortung des Wandels des BÄK ermöglicht. Da der Wandel einer politischen Institution ohne den institutionellen Kontext, in dem sie funktioniert, nicht hinreichend erklärt werden kann, wird daraufhin (in *Abschnitt VII*) das Mehrebenensystem des deutschen Gesundheitswesens skizziert. Dies geschieht durch die Beschreibungen der Akteurskonstellationen innerhalb der Ebenen des deutschen Gesundheitssystems sowie der Verflechtungen zwischen ihnen.

Kapitel E dient der Fallbeschreibung der wettbewerbskorporatistischen Regulierung anhand der funktionalen Aufwertung des BÄK. Einer Darstellung der Zusammensetzung und der zentralen Rolle des BÄK für die Regulierung des GKV-Leistungskataloges (und damit für die Gesundheitsversorgung der Versicherten) (in *Abschnitt VIII*) folgt dann die Skizze seines institutionellen Wandels im Rahmen der Gesundheitsreformen der 1990er Jahre. Dabei wird die strategische Beziehung zwischen Regierungen und BÄK mit dem Topos der „wettbewerbskorporatistischen Beauftragung“ gefasst, die die strategische Einbindung des BÄK in die staatlichen Kostendämpfungs- und Reformbemühungen begrifflich zu erfassen sucht (*Abschnitt IX*). Zugleich wurde der BÄK in eine neue institutionelle Regulierungsstruktur eingebettet, die durch mitunter prekäre Interessen- und Akteurskonstellationen geprägt ist. Sie soll daher in ihren Eckpunkten beschrieben werden (*Abschnitt X*). Auf der Basis der Analyse der internen Interessenlagen und Blockadefahren werden erste Einschätzungen über Stabilität und Leistungsfähigkeit dieser neuen Regulierungsstruktur formuliert.

Im Schlusskapitel, *Zusammenfassung und Ausblick*, sollen die zentralen Ergebnisse der Studie zusammengefasst und ein Ausblick in die nahe Zukunft gewagt werden. Dabei wird noch einmal das vermutete Zusammenwirken zwischen der europäischen Entwicklung und den spezifischen Verarbeitungsformen, mit denen das deutsche System auf diese reagieren könnte, thematisiert. Trotz der sichtbar werdenden Risiken wird der Hoffnung Ausdruck verliehen, dass die Europäisierung der Gesundheitspolitik nicht der Demontage, sondern der reformpolitischen Erneuerung des deutschen Gesundheitssystems zugute kommt.

Das Material, auf das sich die vorliegende Studie stützt, besteht vor allem aus offiziellen parlamentarischen und regierungsamtlichen Dokumenten sowie einer umfangreichen „grauen Literatur“; diese umfasst die Entschlüsse und Verlautbarungen, Dokumentationen, Berichten und Darstellungen, Positionspapieren und Meinungsäußerungen, Analysen und Strategiepapieren der beteiligten Akteursgruppen und ihrer Repräsentanten. Diese Materialien wurden mit den Instrumenten der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Darüber hinaus wurden bei der Analyse der Entwicklung des BÄK vereinzelt Expertengespräche mit Vertretern beteiligter Akteursgruppen geführt, die dazu dienten, deren Problemsicht und

Handlungspräferenzen zu erfassen und in die Interpretation der empirisch vorzufindenden Entwicklungen einzubeziehen.

Wie alle Studien, die sich gegenwärtigen Phänomenen widmen, hat sich auch die vorliegende dem Wettlauf mit der aktuellen Entwicklung zu stellen. Soll dieser nicht von vornherein verloren gegeben werden, ist eine zeitliche Grenzziehung unabdingbar. Mit Blick auf die Analyse des BÄK wurden die Entwicklungen bis zum Beginn des Jahres 2001 berücksichtigt. Dies ist jener Zeitraum, ab dem wichtige Tendenzen hinsichtlich der Umsetzung der – zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Studie – letzten großen Gesundheitsreform sichtbar geworden waren; dabei handelte es sich um die Reformen, die durch des „GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000“, das zum 1. Januar 2000 in Kraft trat, implementiert wurden. Mit Blick auf die Europäisierung der Gesundheitspolitik floss der Entwicklungsstand bis zur Mitte des Jahres 2002 in die Untersuchung ein; damit wurde jener Zeitraum erfasst, in der gleichsam die Startphase für die konzeptionelle Entwicklung einer neuen europäischen Strategie bei der Koordinierung nationalstaatlicher Gesundheitspolitiken abgeschlossen wurde.

Seitdem haben sich für die hier zu analysierenden Problemstellungen relevante Entwicklungen vollzogen, die im Folgenden keine Berücksichtigung mehr finden konnten: Verwiesen sei auf den langsamen, doch merklichen Fortgang der Herausbildung eines europäischen Politikfeldes Gesundheit, wie er etwa in zwei neuen Mitteilungen der EU-Kommission und den nun wohl folgenden politischen Initiativen zum Ausdruck kommt. Zum einen hat die EU-Kommission erneut eine Initiative zur Weiterentwicklung der offenen Methode der Koordinierung im Rahmen der Umsetzung der Lissabonner Strategie ergriffen. In ihrer Mitteilung vom Mai 2003 „Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie: Straffung der offenen Koordinierung im Bereich Sozialschutz“ [KOM (2003) 261 endg.] formuliert sie das Ziel einer „Straffung“ der Methode durch die Schaffung eines integrierten Rahmens für die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Bereich des Sozialschutzes. Mit Blick auf die Gesundheitspolitik und Altenpflege rekurriert sie auf das Ersuchen des Europäischen Rates an die EU-Kommission um die Ausarbeitung einer Mitteilung, die weitere Vorschläge für die Intensivierung des kooperativen Austauschs in diesen Bereichen formulieren soll. Zugleich wird auf eine „Hochrangige Reflexionsgruppe“ verwiesen, die, so die Vermutung der EU-Kommission, gegen Ende des Jahres 2003 Schlussfolgerungen zu Fragen der Patientenmobilität und der Gesundheitsversorgung vorlegen wird. Darüber hinaus wurde im Januar 2003 der Vorschlag der EU-Kommission für einen gemeinsamen Bericht „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“ vorgelegt [KOM (2002) 774 endg.] vorgelegt, der die Ergebnisse einer Befragung der Mitgliedstaaten zusammentragen soll. Mit Hilfe eines Fragebogens wurde eruiert, wie die Mitgliedstaaten an die drei vorgegebenen Ziele der Gesundheitspolitik – Sicherung von Zugänglichkeit, Hochwertigkeit und langfristiger Finanzierbarkeit der Versorgung – heranzugehen gedenken. Schon diese Ereignisse sprechen dafür, dass sich der in der vorliegenden Studie analysierten Startphase der Europäisierung der Gesundheitspolitik

weitere Entwicklungsetappen anschließen werden, die zu Gegenständen weiterer Untersuchungen zu machen wären.

Auch in der deutschen Gesundheitspolitik ist die Zeit nicht stehen geblieben. Längst haben die politischen Akteure Anlauf zu einer weiteren „Gesundheitsstrukturreform“ genommen, und wieder ist eine „Jahrhundertreform“ angepeilt. Welche Veränderungen des Gesundheitssystems damit verbunden sein werden, zeichnet sich heute allenfalls in Umrissen ab. Zudem ist zu berücksichtigen, dass im Politikfeld Gesundheit der Weg von der gesetzlichen Normierung bis zur Implementation wegen der Vielzahl der beteiligten Akteure, ihrer unterschiedlichen Interessen und den Widrigkeiten der institutionellen Konfigurationen besonders weit und hindernisreich ist. Wenn diese gesetzlichen Veränderungen die Tendenz zum wettbewerbs- und privatisierungsorientierten Umbau des deutschen Gesundheitssystems weiter vorantreiben und wenn sich gar Einflüsse aus Europa dabei ausfindig machen lassen sollten, dann würde dies die zentralen Befunde, die in dieser Studie mit Blick auf die Zukunft der deutschen Gesundheitspolitik entwickelt werden, grosso modo stützen.

Kapitel A

Gesundheitspolitik und europäische Integration: Theoretische Reflexionen und historischer Stand

I. Sozialpolitik im europäischen Mehrebenen-System

Die Europäische Integration ist bis heute ein Prozess signifikanter Ungleichzeitigkeiten geblieben. Reichweite, Intensität und Geschwindigkeit des Integrationsprozesses haben sich in den einzelnen Politikfeldern äußerst unterschiedlich entwickelt. So hat sich die ehemals in der Autonomie der nationalen Akteure liegende Wirtschafts-, Fiskal- und Geldpolitik spätestens mit der Vollendung der Europäischen Währungsunion weitgehend europäisiert. Die Regeln des mit dem Euro etablierten „Wachstums- und Stabilitätspaktes“ enthalten verbindliche Vorgaben für die Haushaltspolitik der Nationalstaaten und durch die rechtlich fixierte Aufgaben- und Kompetenzdefinition der Europäischen Zentralbank haben die nationalen Zentralbanken die Möglichkeit zu einer autonomen Geldpolitik weitgehend eingebüßt. Gänzlich anders sieht es hingegen im Feld der Sozialpolitik aus. Konturen eines Europäischen Wohlfahrtsstaates sind bisher nicht erkennbar, und die historischen Versuche einer Angleichung leistungsrechtlicher Standards und institutioneller Arrangements im Sinne einer „Harmonisierung der Sozialschutzsysteme“ können als gescheitert gelten. Trotz erster Ansätze einer politischen Koordinierung nationaler Maßnahmen gilt die Sozial- resp. Sozialstaatspolitik in der Europäischen Union nach wie vor und nicht zu Unrecht als Domäne der Mitgliedsstaaten.² Während bezüglich der Feststellung dieser „Asymmetrie zwischen ökonomischer und sozialpolitischer Integration“ (Scharpf 2002b) in der

² Aus der Fülle der Literatur zum aktuellen Stand der Europäischen Integration im Bereich der Sozialpolitik sei hier lediglich auf einige Darstellungen sowie die dort rezipierte Literatur verwiesen: Lessenich/Ostner 1998, Leibfried/Pierson 1998, Falkner 1998, Bieling/Steinhilber 2000, Kraus/Geisen 2001 sowie Leibfried 2000.

Integrationsforschung ein weitgehender Konsens festzustellen ist, wird die Frage nach den Ursachen und der Wahrscheinlichkeit einer nachholenden Entwicklung der europäischen Sozialpolitik durchaus unterschiedlich beantwortet.

1. Regimevielfalt und Politikverflechtungsfalle

Auf der einen Seite stehen Auffassungen, die mit Blick auf Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit einer Europäisierung der Sozialpolitik eher skeptisch sind (Scharpf 1999 und 2002a, Schulte 2001, Streeck 1998). Nicht, dass keine Notwendigkeit gesehen würde. Im Gegenteil: Die Globalisierung der Finanzmärkte, die gewachsene Mobilität des Realkapitals, die Deregulierungs- und Privatisierungsvorgaben des europäischen Wettbewerbsrechts und nicht zuletzt die angebots- und geldwertorientierte Wirtschafts- und Währungsunion beschneiden, so eine Grundthese, die Handlungsfähigkeiten der keynesianischen Wohlfahrtsstaaten. Damit verlieren sie die Möglichkeit, durch eine aktive Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik, die traditionell über die Belastung der ehemals weitgehend immobilen Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital durch Steuern und Abgaben finanziert wurde, wirtschaftlicher und sozialer Fehlentwicklung entgegenzuwirken. Vielmehr treiben Globalisierung und Europäisierung die Nationalstaaten mit ihren Wohlfahrtsregimen in einen Systemwettbewerb, in dem mit möglichst niedrigen Steuer- und Beitragslasten und möglichst attraktiven Ansiedlungsbedingungen um zunehmend mobiles Kapital und knappe qualifizierte Arbeitskräfte konkurriert wird. So werden Arbeitskosten und -plätze sowie Sozialstandards ab- und die Gefahren struktureller Unterbeschäftigung sowie sozialer Unterbietungswettläufe („race-to-the-bottom“) aufgebaut.

Da es sich nun im Falle von Globalisierung und Europäischer Integration um irreversible Entwicklungen handelt und die Beschränkungen nationaler Wohlfahrtspolitiken anhalten werden, käme als Antwort auf die Gefahren struktureller Arbeitslosigkeit, gesellschaftlicher Spaltungen und sozialer Marginalisierungen nur eine soziale Re-Regulierung auf supranationaler, vor allem auf europäischer Ebene, infrage. Doch hier wird große Skepsis angemeldet. Diese gründet sich teils auf die äußerst heterogenen Ausgangsbedingungen in den wohlfahrtsstaatlichen Welten der Mitgliedsstaaten, teils auf die als gering veranschlagte Problemlösungsfähigkeit des europäischen Institutionensystems. Mit Blick auf die Vielfalt der nationalstaatlichen Wohlfahrtsregime wird vor allem verwiesen auf: *erstens* die unterschiedlichen ökonomischen Leistungsniveaus der nationalen Volkswirtschaften und die damit verbundenen unterschiedlichen Spielräume für die Finanzierung sozialer Leistungen; *zweitens* die Beharrungsvermögen der institutionellen Arrangements und die Stabilität einmal eingeschlagener Entwicklungspfade und schließlich *drittens* die differenten normativen Präferenzen der korporativen Akteure sowie die unterschiedlichen Wohlfahrtskulturen in den Mitgliedsstaaten. Diese differenten Ausgangsbedingungen generieren entsprechend heterogene Interessenlagen der Mitgliedsstaaten, die kaum zu überwinden sind. Somit erscheint die Einigung auf ein gemeinsames Projekt „Sozialstaat Europa“ eine kaum zu bewältigenden Aufgabe. Bisher jedenfalls, so die Einschätzung, haben sich diese Spezifika einer umfassenden Annäherung der nationalen

Sozialsysteme und der Herausbildung eines europäischen Wohlfahrtsstaates weitgehend widersetzt und, so die Vermutung, dies dürften sie auch in Zukunft tun.

Verstärkt wird das Problem divergierender Ausgangsbedingungen in den Nationalstaaten nach Auffassung der Skeptiker durch „Pathologien“ (Scharpf 1985) im Gefüge des europäischen Institutionensystems. Dieses hält gerade in Fragen der sozialen Integration hohe Entscheidungshürden bereit, die seine Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit erheblich herabsetzen. Fritz W. Scharpf hat diese Problemkonstellation in der These von der „Politikverflechtungsfälle“ (Scharpf 1985) zugespitzt.³ Demnach lassen sich fehlende Fortschritte in sozialpolitischen Angelegenheiten auf europäischer Ebene weniger auf fehlenden Einigungswillen oder allgemeine Probleme bei der Konsensfindung unter den handelnden Akteuren, sondern vor allem auf Defizite in den institutionellen Strukturen in der EU zurückführen, die das Verhältnis der Staaten untereinander bzw. das Verhältnis zwischen Mitgliedsstaaten und Gemeinschaft entscheidungshemmend ausgestalten. Zwei Pathologien seien zu konstatieren, die Stagnationszustände oder zumindest suboptimale Ergebnisse begünstigten: zum einen die hohe Abhängigkeit der Entscheidungen der höheren (europäischen) Ebene von der Zustimmung der Regierungen der unteren (nationalstaatlichen) Entscheidungsebene (Scharpf spricht hier von der Pathologie: „Regierungsinteressen“); zum zweiten die Abhängigkeit dieser Zustimmung von Einstimmigkeit oder Fast-Einstimmigkeit (Pathologie: „Einstimmigkeit“; Scharpf 1985: 334-338). In diesen Strukturen könnten die Akteure zwar in manchen Einzelfragen mehr oder minder befriedigende Lösungen aushandeln. Aber Strukturveränderungen in Richtung von institutionellen Verhältnissen, die auch bei fehlendem Konsens ein hohes Maß an Handlungsfähigkeit gewährleisten, oder gar der generelle Ausbruch aus dieser Handlungskonstellation, seien nur schwer denkbar. Im Kern besagt die These der „Politikverflechtungsfälle“ also, dass Regierungen, die in verflochtenen Entscheidungsstrukturen zur Kooperation gezwungen und auf Konsenslösungen angewiesen sind, da ihnen die Entscheidungsverfahren der hierarchischen Steuerung und der Mehrheitsentscheidung nicht zur Verfügung stehen⁴, an Handlungs- und Problemlösungsfähigkeit verlieren und kaum in der Lage sind, sich aus dieser pathologischen Struktur zu befreien. Da nun aber gerade sozialpolitische Regulierungen in der EU auf einen hohen Konsens angewiesen sind, könne der geringe Ertrag an sozialpolitischen Entscheidungen kaum verwundern.⁵

³ „Die ‚Politikverflechtungsfälle‘ kann (...) zusammenfassend beschrieben werden als eine zwei oder mehr Ebenen verbindende Entscheidungsstruktur, die aus ihrer institutionellen Logik heraus systematisch (...) ineffiziente und problem-unangemessene Entscheidungen erzeugt, und die zugleich unfähig ist, die institutionellen Bedingungen ihrer Entscheidungslogik zu verändern – weder in Richtung auf mehr Integration noch in Richtung auf Desintegration.“ (Scharpf 1985: 349-350).

⁴ Zu dieser Unterscheidung und zur inneren Logik der Interaktionsmodelle „hierarchische Steuerung“ und „Mehrheitsentscheidung“ vgl. Scharpf 2000: 251-318.

⁵ Scharpf selbst hat den zunächst recht umfassend formulierten Geltungsanspruch der Politikverflechtungsfälle-These später durch den Hinweis relativiert, dass natürlich auch unter solch widrigen Bedingungen erfolgreiche Problemlösungen denkbar seien. „Offensichtlich kommt es (...) auf die zugrundeliegende Interessenkonstellation und die ideologische Präferenz der Verhandlungspartner an; und jede Prognose des Erfolgs und Misserfolgs europäischer Lösungen hängt deshalb vom richtigen Verständnis eben dieser Konstellation ab.“ (Scharpf 1999: 96f.) Von besonderer Wichtigkeit für den

2. Sozialpolitisches „Spillover“ und Ende der Verflechtungsfalle

Diesen mit Blick auf die sozialpolitische Integration pessimistischen Auffassungen steht eine eher optimistische Sichtweise gegenüber, die ihr größeres Zutrauen in die Entwicklungspotentiale der europäischen Sozialpolitik letztlich aus den Folgeproblemen des nach neoliberalen Prämissen gestalteten Binnenmarktprojektes selbst ableitet. Auch aus dieser Sicht werden die ökonomische Marktintegration und die sie begleitende „marktschaffende“ Deregulierungspolitik („market making“) als Kernprozesse der europäischen Einigung aufgefasst, die die Handlungspotenziale der nationalen Wohlfahrtsstaaten, ihre Souveränität und Autonomie untergraben (Leibfried 1996)⁶. Während die pessimistische Sichtweise aber (neben den institutionellen Pathologien) die Dominanz der „marktschaffenden Politik“ über eine „marktkorrigierende Politik“ („market correcting“) als zentrale Restriktion für eine Re-Etablierung wohlfahrtsstaatlicher Strukturen auf europäischer Ebene ausmacht, sieht der eher optimistische Interpretationsansatz gerade in den mit der Marktintegration verbundenen Zwängen wichtige Antriebskräfte einer supranationalen sozialpolitischen Regulierung. Die bisherige europäische Sozialpolitik sei, so die Kernthese, funktional auf die dominierende Marktintegration bezogen. Die bisherigen Erfolge in der europäischen Sozialpolitik seien nicht als Ausfluss der politisch gewollten Errichtung eines europäischen Sozialstaates, sondern als Ergebnisse von „Spillovers“ beim Aufbau des Binnenmarktes sowie der europäischen Währungsunion zu werten. „Die europäische Größenordnung der Marktdynamik bringt Verwerfungen eigenständiger Art hervor, die inzwischen Ausgangspunkt für die Artikulierung einer genuin europäischen Sozialpolitikprogrammatis geworden sind.“ (Leibfried 2000: 82) Diese Entwicklung führe zwar nicht zu einem „Sozialstaat Europa“, treibe aber die „funktionale Verflechtung von europäischer Integration und nationaler Sozialpolitik“ voran und mache es immer schwieriger, „soziale Fragen aus dem Themenkatalog der EU herauszuhalten“ (Leibfried 2000: 81-82). Mehr noch: Aufgrund der funktionalen Interdependenz zwischen Markt- und Sozialintegration dürfte sich die Ungleichzeitigkeit zwischen beiden letztlich als ein temporäres Phänomen erweisen. „Der Wirtschaftsraum Europa mit seinen vier Marktfreiheiten - freier Güter- und Kapitalverkehr, Dienstleistungsfreiheit, Freizügigkeit – wird langsam aber sicher von politischer Regulierung mit sozialen Vorzeichen wieder eingeholt. Das liegt gewissermaßen in der Natur der Sache (...)“ (Rieger/Leibfried 2001: 67)⁷ In dem

Einzelfall ist nach Scharpf die Bedeutung der Transaktionskosten als Hindernis für einvernehmliche Entscheidungen (Scharpf 1999: 73-74, FN 32).

⁶ Leibfried unterscheidet mit Blick auf den Wohlfahrtsstaat „zwei Arten von Einschränkungen staatlichen Handlungspotentials“: „Entwicklungen, die die staatliche *Souveränität* (...) beeinträchtigen, also die *formelle* Kompetenz, selbstständig über Wohlfahrt zu entscheiden; und Entwicklungen, die die staatliche *Handlungsautonomie* einengen, also die *materielle* Fähigkeit, Wohlfahrtsleistungen selbstständig zu gewähr(leist)en.“ (1996: 455, Hervorh. im Orig.) Die Unterscheidung zwischen Souveränität und Autonomie entspricht im Kern dem Unterschied zwischen rechtlichem „Dürfen“ und faktischem „Können“.

⁷ Rieger/Leibfried (2001) sehen vor allem in der Herausbildung einer „transnationalen Wohlfahrtsdemokratie“ im Zuge der Demokratisierung und Parlamentarisierung Europas und der dadurch entstehenden Möglichkeit der Bürger, im eigenen Interesse soziale Rechte etablieren zu können, die entscheidende Voraussetzung und zugleich Ursache für Etablierung der Sozialpolitik im europäischen Raum.

Maße, in dem sozialpolitische Themen nicht nur auf der nationalstaatlichen, sondern auch auf der europäischen Ebene verhandelt werden und sich die funktionale Notwendigkeit einer sozialpolitischen Absicherung der ökonomischen Integration Geltung verschafft, bildet sich (auch) in der Sozialpolitik ein „europäisches Mehrebenen-System“ heraus und wird Sozialpolitik in Europa zur Mehrebenen-Politik, die durch unterschiedliche Akteure in unterschiedlichen Arenen betrieben wird.⁸ Nationale Sozialpolitik wird nicht ersetzt oder entmachtet, aber sie ist mit der Politik auf EU-Ebene „in einem feingesponnen Netz aus Wettbewerb und wechselseitiger Anpassung verwoben“ (Pierson/Leibfried 1998b: 424).

Durch die funktionale Interdependenz zwischen Marktintegration und Sozialpolitik, so eine weitere These, verstärkt sich zugleich der Druck, die Entscheidungsunfähigkeit des EU-Institutionensystems aufzulösen oder zumindest ihre Problemlösungsfähigkeit in sozialpolitischen Fragen durch institutionelle Reformen zu erhöhen. Dies sei, so argumentiert etwa Gerda Falkner (2000), durch die Reformen des Maastrichter (in Kraft seit November 1993) sowie des Amsterdamer Vertrages (in Kraft seit Mai 1999) weitgehend geschehen. Mit der nun vorhandenen Möglichkeit zur Verabschiedung wichtiger sozialpolitischer Richtlinien in Mehrheitsabstimmungen sei in der Sozialpolitik das „Ende der Politikverflechtungsfälle“ (Falkner 2000: 287) zu vermelden.⁹ Dass der Output der EG-Sozialpolitik seither jedoch auch nicht „optimal“ ausgefallen sei, habe ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre weniger mit institutionellen Widrigkeiten als mit einem Mangel an sozialpolitischen Visionen für die EU auf Seiten

⁸ Das analytische Bild vom europäischen Mehrebenensystem hat in der Integrationsforschung mittlerweile weite Verbreitung gefunden und ist keinem der hier skizzierten Interpretationsansätze alleine zuzuordnen. Der Begriff des „Mehrebenen-Systems“ bzw. der „Mehrebenen-Regulation“ wurde zuerst in der Analyse des deutschen Föderalismus (Benz/Scharpf/Zintl 1992), dann der Europäischen Integration (Jachtenfuchs/Kohler-Koch 1996, Leibfried/Pierson 1998a und b, Scharpf 1999) entwickelt, um die theoretischen und praktischen Probleme vertikal und horizontal verflochtener Politikarenen bzw. Verhandlungssysteme zu analysieren. „Die theoretische Herausforderung liegt darin, das wechselseitige Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsebenen und die darin angelegte Eigendynamik zu verstehen; das praktische Problem besteht in der Tatsache, dass gesellschaftliche Akteure mit diesen komplexen Zusammenhängen umgehen und sich auf die dadurch verursachten Unsicherheiten, Informations- und Koordinationsprobleme einstellen müssen.“ (Benz 1992: 147). In der Europaforschung werden analytisch in der Regel mit der EU, dem Nationalstaat und der Region drei Ebenen unterschieden. Im Kern und im Kontext der Integrationsforschung besagt der Begriff des Mehrebenensystems vor allem, „dass die Strukturen der EU anders sind als alle bisher bekannten Formen des Staates und von internationalen Regimen bzw. internationalen Organisationen.“ (Benz 1998: 559). Obwohl der Begriff immer häufigere Verwendung findet, ist er, wie Arthur Benz zu Recht vermerkt, „bislang wenig präzise und weist bestenfalls die Richtung für die Analyse“ (Benz 1998: 559).

⁹ Die generelle Gültigkeit der Politikverflechtungsfälle-These wurde auch aus einer explizit institutionalistisch-verhandlungstheoretischen Sicht infrage gestellt. So konstatierte Arthur Benz, dass die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur europäischen Politik zeigten, „dass es um die Handlungsfähigkeit der EU nicht so schlecht bestellt ist (...), zumindest wenn man diese mit den Leistungen nationaler Politiken vergleicht.“ (Benz 1998: 559). Im Zuge der Ausdifferenzierung des europäischen Mehrebenensystems und des Bedeutungszuwachs der regionalen Ebene sei eine „institutionelle Dynamik“ zu beobachten, die die europäischen Entscheidungsprozesse weniger anfällig für Politikverflechtungsfälle mache. „Das Auftreten von Blockaden der Kooperation und Koordination kann hier nicht nur durch konfliktvermeidende Entscheidungen, sondern auch durch Differenzierung und Variabilität von lose gekoppelten Strukturen verhindert werden. Durch lose Koppelung werden Kooperationszwänge vermieden, gleichzeitig werden Anpassungs- und Innovationsprozesse über Informations- und Kommunikationsbeziehungen, Promotoren und Vermittler sowie Wettbewerb induziert.“ (Benz 1998: 560).

der handelnden Regierungen zu tun. „In dieser Zeit stand der ernsthaften Diskussion von innovativen sozialpolitischen Projekten auf Unionsebene vor allem ein *mainstream* von neo-liberalen und monetaristischen Wirtschaftsschulen einerseits und von national orientiertem ‚Subsidiaritätsdenken‘ andererseits entgegen. Damit waren die primären Hindernisse für den Ausbau der sozialen EG-Dimension eher *ideelle* denn *institutionelle* Aspekte.“ (Falkner 2000: 287f.; Herv. im Orig.). Sollten sich in den Nationalstaaten die Gewichte zwischen den „Wirtschaftsschulen“ und den politisch-normativen Orientierungen der handelnden Schlüsselakteure verändern, so entstünden, folgt man dieser Argumentationslogik, durchaus neue Chancen für weitere Fortschritte in der sozialen Integration Europas.

3. Forschungsfragen

Diese Interpretationsansätze, die Optionen und Restriktionen der europäischen Sozialpolitik recht unterschiedlich bewerten, sollen im vorliegenden Beitrag, der sich mit einigen aktuellen Trends im Feld der Gesundheitspolitik befasst, als Hintergrundfolie dienen. Dabei wird nicht das Ziel verfolgt, einen der Ansätze zu verwerfen oder zu bestätigen. Vielmehr spricht einiges dafür, dass wohl keiner von beiden als gänzlich falsch oder richtig zu bewerten ist, sondern dass ihr spezifischer Erklärungswert je nach Thema und Politikfeld variiert. So könnten sich die optimistischen Erwartungen des ökonomisch-funktionalistischen Ansatzes etwa durch den doch beachtlichen Fortschritt im europäischen Arbeits- und Gesundheitsschutz (Gerlinger 2000), die pessimistischen des akteursorientiert-institutionalistischen Ansatzes¹⁰ durch das faktische Scheitern der Harmonisierungsbemühungen im Bereich der sozialen Sicherungssysteme (Schulte 2001) bestätigt fühlen.¹¹

Wenn aber Analysepotenzial und Erklärungswert der analytischen Ansätze nach sozialpolitischen Politikfeldern variieren, so sollte auch nicht ausgeschlossen sein, dass sie im Zeitablauf in ein und demselben Politikfeld unterschiedlich ausfallen. Um diese Möglichkeit soll es im Folgenden mit Blick auf die Gesundheitspolitik¹² gehen. Damit steht ein Feld der Sozialpolitik im Fokus, das bisher in der europäischen Integrationsforschung weitgehend unbeachtet blieb. Zwar existiert ein umfangreiches juristisches Schrifttum, das sich etwa mit den Auswirkungen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes auf das Leistungsrecht und das Vertragssystem des

¹⁰ Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf bezeichnen den von ihnen entwickelten theoretischen Ansatz, der auch den Hintergrund für die These von der Politikverflechtungsfälle liefert, als „akteurzentrierten Institutionalismus“ (Mayntz/Scharpf 1995 und Scharpf 2000).

¹¹ Auch Scharpf (1999: 81-139) und Falkner (2000: 288-295) weisen auf die bisher unterschiedlichen Fortschritte und zukünftigen Erfolgsaussichten in den unterschiedlichen Bereichen der Sozialpolitik hin.

¹² Die Erörterungen dieser Studie konzentrieren sich – wie bereits erwähnt - auf Gesundheitspolitik im engeren Sinne und umfassen lediglich das System der Krankenversorgung; es geht also um den Sektor des Gesundheitswesens, der etwa in Deutschland als „gesetzliche Krankenversicherung“ bezeichnet und durch die Regelungen des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) reguliert wird. Damit bleiben Bereiche wie Verbraucherschutz, Teilbereiche des Umweltschutzes, öffentliche Gesundheitsdienste oder Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, die auf europäischer Ebene gelegentlich als Teilfelder der Gesundheits- bzw. Sozialpolitik thematisiert werden, ausgeblendet.

deutschen Gesundheitssystem beschäftigt¹³; und auch an Vergleichen zwischen den Gesundheitspolitiken und -systemen der europäischen Mitgliedsstaaten mangelt es mittlerweile nicht mehr.¹⁴ Aber die Fragen, ob sich im Rahmen des voranschreitenden Integrationsprozesses auch eine „europäische Gesundheitspolitik“ herausbildet, ob sich also auch im Politikfeld Gesundheit eine europäische Mehrebenen-Struktur mit eigenständigen nationalen und europäischen Arenen, eigenen Akteuren und eigenen Spielregeln abzeichnet, sind bisher höchstens randständig diskutiert worden.

Mit diesen Fragen und mit der These, dass sie weitgehend positiv zu beantworten sind, will sich die vorliegende Studie beschäftigen. Es spricht einiges für die Vermutung, dass auf der EU-Ebene ein neues Interesse an den nationalen Gesundheitspolitiken erwacht ist und die Union am Beginn der Konstituierung eines neuen europäischen Politikfeldes Gesundheit steht. Diese Entwicklung ist vor allem auf den Bedeutungszuwachs der Gesundheitspolitik für die nationalen Fiskal-, Beschäftigungs- und Wettbewerbspolitiken in Europa zurückzuführen. Den strategischen Kontext stellt das Ziel der Transformation des europäischen Wirtschafts- und Sozialmodells in Richtung einer dynamischen Tertiärökonomie mit einem Neuen Europäischen Sozialmodell dar. Zwar begrenzen der EG-Vertrag und die Rechtsprechung des EuGH den Einfluss der Gemeinschaft auf die Gesundheitspolitik und weisen den Mitgliedsstaaten weitreichende Souveränität bei der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu; und zugleich dürfte die institutionelle, versorgungspolitische und wohlfahrtskulturelle Vielfalt in den Gesundheitssystemen und -politiken der Mitgliedsstaaten auf absehbare Zeit erhalten bleiben. Doch der Druck, der aus der wettbewerbspolitischen Formierung des Wirtschaftsraumes Europa auf die nationalen gesundheitspolitischen Regulierungssysteme ausgeht und der mit einer neuen „offenen Methode der Koordinierung“ seinen politischen Vermittlungsmechanismus gefunden hat, setzt eine neue Integrationsdynamik in der Gesundheitspolitik in Gang und wirkt in Richtung einer Europäisierung dieses Politikfeldes.

Die folgenden Ausführungen sollen diese Behauptungen erläutern und begründen. Dies geschieht in vier inhaltlichen Blöcken. Zunächst soll dargelegt werden, dass sich Gesundheitspolitik in Europa bis in die jüngere Vergangenheit weitgehend in den nationalen Arenen ereignete und dass die relativ unbeschadete gesundheitspolitische Autonomie der Mitgliedsstaaten von diesen politisch gewollt und bewahrt wurde (*Abschnitt II.*). Daraufhin wird in (*Abschnitt III.*) zu zeigen sein, wie im Zuge der strategischen Neuausrichtung der EU, unterstützt durch die „offene Methode der Koordinierung“, die Gesundheitspolitik als europäisches Thema an Bedeutung gewinnt und dass sich (wie bereits zuvor in der Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik) auch in der Gesundheitspolitik eine europaweite koordinierende Regulierung der nationalen Politiken abzeichnet. Anschließend wird die wettbewerbspolitische Restrukturierung Europas als eine zentrale Triebkraft der sich abzeichnenden Europäisierung der Gesundheitspolitik beschrieben und der gesamte Prozess in den Kontext der sukzessiven

¹³ Vgl. etwa Bieback 1999 und 2001, Ebsen 2000, Hirsch 2000, Hänlein/Kruse 2000, Eichenhofer 2001, Schulte 2001/2002, Neumann 2002, Zentrum für Europäisches Wirtschaftsrecht 2002.

¹⁴ Vgl. etwa Alber 1989, Alber/Bernadi-Schenkluhn 1992, Schneider 1998, 1999 und 2002, Buchner/Wasem 2000, Freeman 2000, Freeman/Moran 2000, DIW 2002, Leidl 2001 und Light 2001.

Etablierung eines Neuen Europäischen Sozialmodells gestellt (*Abschnitt IV.*). Der anschließende Abschnitt (*V.*) widmet sich den Fragen nach den Wechselwirkungen zwischen der Integrationsdynamik und dem Wandel des nationalen Institutionensystems bzw. zwischen den Politiken der nationalen und der europäischen Ebene. Dazu sollen einige begründete Vermutungen formuliert werden, welche Implikationen sich aus der Europäisierung der Gesundheitspolitik für die Reform des deutschen Gesundheitssystems bzw. die Debatte um diese ergeben könnten.

II. Gesundheitspolitik im europäischen Integrationsprozess

1. Gesundheitspolitik als Domäne der Nationalstaaten

Traditionell ist das Politikfeld Gesundheit in Europa, dies ist eine in der Forschung weitgehend geteilte Auffassung, durch die Nationalstaaten besetzt. Gesundheitspolitik gilt, wie andere Bereiche der Sozialpolitik auch (Pierson/Leibfried 1998a), als eine Angelegenheit nationalstaatlicher Politik. In allen Mitgliedstaaten werden Fragen der Krankenversorgung und etwaiger versorgungspolitischer und institutioneller Reformen als nationale Angelegenheiten behandelt. Dabei entsprach es bisher durchaus dem Selbstverständnis der Institutionen der EU, in den nationalen Reformprojekten keine relevante Rolle zu spielen. Auf der Agenda der Politikfelder, für die die Institutionen der Europäischen Union eigenständigen Einfluss und Gestaltungsansprüche reklamieren, war die Gesundheitspolitik bisher nicht zu finden.

Dabei kann im Bereich der Gesundheitspolitik nicht einmal ein Europäisierungsrückstand der Politik gegenüber der Ökonomie festgestellt werden. Der nationalen Orientierung der Gesundheitspolitiken entspricht ein äußerst geringer Grad an Integration der Gesundheitsmärkte in Europa. Wechselseitige Austauschprozesse finden praktisch nicht statt. „Im fundamentalen Unterschied zu anderen Produktionsbereichen der Volkswirtschaft, deren Vorleistungs- und Absatzmärkte häufig sogar bereits weltweit verzahnt und deshalb erheblichen internationalen Wettbewerbseinflüssen ausgesetzt sind, kann es - bis auf wenige Ausnahmen - als typisches Merkmal der Gesundheitssysteme der EG-Mitgliedsstaaten gelten, dass die Leistungserbringung im Sinne des letzten Verbrauchs von Sach- und Dienstleistungen bisher in nur ausgesprochen geringem Umfang durch transnationale Austauschbeziehungen geprägt ist.“ (DIW 2002: 161). Der Anteil der grenzüberschreitenden Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der EU betrug im Jahre 1993 gerade einmal 0,24 Prozent (Leidl: 2001: 51). Auf allen Teilmärkten des Gesundheitssektors spielen transnationale Austausch- und Konkurrenzbeziehungen eine deutlich untergeordnete bis bedeutungslose Rolle. So findet ein Wettbewerb zwischen den nationalen Krankenversicherungsträgern (wo vorhanden) kaum statt, lässt sich auf den Märkten für ambulante Leistungen fast ausschließlich in grenznahen Räumen (z. B. bei Berufspendlern) eine partielle grenzüberschreitende Versorgung beobachten und lassen sich grenzüberschreitende Austauschbeziehungen im stationären Sektor kaum nachweisen. Eine relevante Ausnahme bilden lediglich die Märkte für Arzneimittel. Sie sind durch ausgeprägte

transnationale Strukturen und hohe, supranationale-makroregionale Konzentrationsgrade der Pharma- und Arzneimittelindustrie gekennzeichnet. Doch auch hier haben nationalstaatliche Regulierungen dieser Märkte (z. B. Festbetragsregelungen für Arzneimittel, Verbot von (Re-)Importen) eine umfassendere Integration der Wirtschaftsbeziehungen bisher verhindert. (DIW 2002: 172 ff)¹⁵

Das bisherige Verbleiben der Gesundheitspolitik in den nationalstaatlichen Arenen und die weitgehend unangefochtene gesundheitspolitische Souveränität der Nationalstaaten (sowie der niedrige Integrationsgrad der Gesundheitsmärkte) sind zweifelsohne auf vielfältige und komplexe Ursachen zurückzuführen. Dabei scheint der aktorsorientierte-institutionalistische Interpretationsansatz mit seinen Verweisen auf die Bedeutung von interessengeleitetem Akteurshandeln und institutionellen Beharrungskräften wichtige Hinweis für die Ursachenforschung zu liefern.

1. Das gilt zum einen für den Verweis auf die Stabilität historisch gewachsener Wohlfahrtsregime und ihre Resistenz gegenüber institutionellen Pfadwechseln. Nicht zuletzt daran sind die bisherigen Versuche gescheitert, die diversen Gesundheitssysteme auf einen gemeinsamen europäischen Entwicklungspfad zu bringen. Was für die sozialen Sicherungssysteme im Allgemeinen zu beobachten war, galt für die Gesundheitspolitik umso stärker (Schulte 1990). Die Gesundheitssysteme sind bis heute mit Blick auf die institutionellen, leistungsrechtlichen und normativen Strukturen in hohem Maße heterogen und zu Recht als „hochkomplexe Mehrebenennetzwerke von sektoralen und sektorenübergreifenden Strukturen unterschiedlich verfasster und organisierter Akteure mit unterschiedlichen Regelungskompetenzen und Handlungsspielräumen“ (DIW 2002: 164) bezeichnet worden (auch: Holland/Mossailos 1999).

Zur Beschreibung dieser Vielfalt werden in der Literatur unterschiedliche Typologisierungsmodele diskutiert, die die Gesundheitssysteme entlang unterschiedlicher Kriterien sortieren. So unterscheiden etwa Ansätze im Rahmen der Neuen Institutionenökonomik die Systeme nach den spezifischen Konstellationen, in denen sich die Schlüsselakteure des Gesundheitswesens auf einander beziehen. Als Schlüsselakteure werden etwa Patienten, Leistungserbringer, Finanzierungsträger und Staat (Schneider 1999) oder Politiker, Ärzte, Krankenversicherungen, Pharmaindustrie und Patienten/Bürger (Thurner/Kotzian 2001) angesehen. Aus dieser neoinstitutionalistisch-ökonomischen Perspektive steht die Grundthese im Zentrum, „that (...) to explain the aggregate ‚expenditure‘, ‚system effectiveness‘ and ‚reformability‘, we have to understand the incentive problems inherent to specific actor constellations and institutional designs“ (Thurner/Kotzian 2001: 3). Diesen auf die mikroökonomischen Anreizrationalitäten abzielenden Typologien stehen andere gegenüber, die sich eher an der klassischen Einteilung sozialer Sicherungssysteme nach Beveridge- bzw. Bismarck-Modellen orientieren. Hier ist entscheidend, ob sie staatlich

¹⁵ Zur Regulierung der Arzneimittelmärkte in ausgewählte OECD-Staaten siehe auch Feick 2000 und Rosian 2002.

getragen und als nationale Gesundheitssysteme¹⁶ organisiert oder von öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungssystemen¹⁷ getragen werden (DIW 2002: 163; auch *Abbildung 1*). Die Europäische Kommission ihrerseits hebt die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten in den nationalen Gesundheitssystemen hervor. Alle Systeme werden zu einem erheblichen Teil aus öffentlichen Mitteln finanziert, wobei dieser Anteil sich deutlich unterscheidet und in Griechenland mit 56,3 Prozent am niedrigsten und in Luxemburg mit ca. 92,9 Prozent am höchsten liegt; spiegelbildlich gestaltet sich der Anteil der privaten Ausgaben zur Finanzierung des Gesundheitswesens. Die öffentlichen Mittel lassen sich wiederum entlang der staatlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Organisationsform zwischen Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern unterscheiden und bilden somit Ansatzpunkte zur Unterscheidung verschiedener Systemvarianten (*Abbildung 2*).¹⁸

2. Dass der Versuch einer Harmonisierung dieser Institutionenvielfalt aufgegeben wurde, lag nicht nur in den Beharrungskräften institutioneller Arrangements begründet. Der Abschied vom Ziel einer Harmonisierung der Sozialversicherungssysteme, das noch in den 80er Jahren die Politik bestimmte (Schulte 1990)¹⁹, war auch darauf zurückzuführen, dass sich die Harmonisierungsambitionen der nationalen Regierungen aufgrund ihrer Interessenlagen in engen Grenzen hielten. Im europäischen Mehrebenensystem konkurrieren die Akteure der nationalen und der europäischen Ebene nämlich auch um die Besetzung attraktiver Politikfelder, in denen sich Ansehen und Legitimationsressourcen erwerben lassen. Da das Feld der Sozialpolitik traditionell durch die Nationalstaaten vorbesetzt ist, vermochten bisher ausschließlich sie, die Gewähr von Gütern der öffentlichen Daseinsvorsorge als „wertvolle Quelle politischer Legitimation“ (Pierson/Leibfried 1998: 31) zu nutzen.²⁰ Dies gilt gerade mit Blick auf die Gesundheitspolitik. In den entwickelten industriekapitalistischen Staaten gehört der Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung zum Kernbestand der Wohlfahrtskulturen und gilt geradezu als eine Art Staatsbürgerrecht. Den daraus sich ergebenden Verpflichtungen vermag sich kaum eine Regierung zu entziehen. „Health care matters. (...) Being able to go to the doctor is one of the hallmarks of citizenship in

¹⁶ Zu diesen zählt das DIW die Systeme in Griechenland, Spanien, Portugal, Italien, Irland, United Kingdom, Schweden, Dänemark und Finnland.

¹⁷ Zu diesen zählt das DIW die Systeme in Deutschland, Niederlande, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg.

¹⁸ So werden die nationalen Gesundheitssysteme in Dänemark, Irland, Portugal, Schweden und United Kingdom zum Teil ausschließlich aus Steuergeldern, die Sozialversicherungssysteme in Österreich, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden hauptsächlich aus Beiträgen finanziert.

¹⁹ Dieser Abschied wurde mit der Vertragsnovellierung in Nizza vertraglich festgeschrieben. Der neue Art. 137 Abs. 2 regelt nun explizit, dass der Rat zur Unterstützung und Ergänzung der sozialpolitischen Tätigkeiten der Mitgliedsstaaten Maßnahmen nur „unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten“ annehmen kann.

²⁰ Pierson/Leibfried (1998: 31-34) verweisen darauf, dass die Konkurrenz zwischen Gliedstaaten und EU um die Besetzung der attraktiven Felder der Sozialpolitik als ein „potenzieller Konflikttherd zwischen konkurrierenden Herrschaftszentren“ im Mehrebenensystem der EU zu begreifen ist und dass die „Vor-Besetzung“ dieser Felder durch die Nationalstaaten die Dynamik und Bedingungen der weiteren Entwicklungen in den Einzelbereichen prägt. Die noch zu diskutierende „offene Methode der Koordinierung“ kann insofern als ein pragmatischer Ansatz der Machterweiterung der EU gewertet werden, der ihre Akteure zu Mitspielern in den nationalen gesundheitspolitischen Arenen macht, ohne die nationalstaatliche Vor-Besetzung grundsätzlich infrage stellen zu müssen.

most advanced industrial countries.“ (Freemann/Moran 2000:35). Dass ein großes Interesse an der Bewahrung der nationalstaatlichen Souveränität und Autonomie in der Gesundheitspolitik bestand, ist also nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Gesundheitssysteme zwar als permanente „politische Baustellen“, zugleich aber auch als strategisch (vor allem wahlpolitisch) wichtige Politikfelder gesehen wurden (und werden), auf die die nationalen Regierungen bei ihren Profilierungsversuchen nicht verzichten wollen. Gerade die Gesundheitspolitik eignet sich wie kaum ein anderes Feld für den politischen Tausch von staatlichen (Sozial-)Leistungen gegen Akzeptanz bzw. Wählerstimmen zwischen Regierung und Bevölkerung; ein Sachverhalt der offensichtlich sichtbare Spuren hinterlässt. So verweist Schmidt (1999a) auf den Umstand, dass die Dauer von politischen Demokratien und die öffentlichen Gesundheitsausgaben positiv miteinander korrelieren. In Anlehnung an Alexis de Tocqueville führt er dies auf die Neigung legitimationsbedürftiger, demokratischer Regierungen zurück, das Wohlwollen des Souveräns durch die Zuwendung von Geld und öffentlichen Gütern bzw. Dienstleistungen zu erwerben und es in politische Akzeptanz zu transformieren. Dadurch kumulieren die dafür notwendigen Ausgaben und generieren einen Faktor der säkularen Steigerung öffentlicher Gesundheitsausgaben; somit ließe sich, so Schmidt, vor allem aus zeitlicher Perspektive eine deutliche Wechselwirkung zwischen demokratischen Verfahren und Gesundheitsausgaben konstatieren. „Es zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter der Demokratie die Gesundheitsausgaben signifikant höher sind; niedrige Gesundheitsausgaben hingegen charakterisieren eher Länder mit geringem Demokratiealter oder autoritärer Staatsverfassung, beispielsweise Griechenland, Portugal oder Spanien vor ihrer Demokratisierung in den 70er Jahren oder die Bundesrepublik und Japan noch zu Beginn der 60er Jahre.“ (Schmidt 1999a: 309)²¹ Es wundert daher kaum, dass demokratische, also legitimationsbedürftige Regierungen sich sehr schwer tun, ein solches Feld wahlpolitischer Profilierungen aus ihrer politischen Verfügungssphäre zu entlassen.

3. Diese Interessenlage der Nationalstaaten fand auch in der Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen EU-Institutionen und Mitgliedsstaaten im europäischen Gemeinschaftsrecht, insbesondere im EG-Vertrag (EGV), ihren Ausdruck. Dort haben sie eine institutionelle Absicherung erfahren. Demnach gelten Fragen der sozialen Sicherheit im Allgemeinen (Schulte 2002), der Gesundheitspolitik im Besonderen (Hirsch 2000) eindeutig als Domäne der Mitgliedsstaaten. Nach den Prinzipien der „begrenzten Einzelermächtigung“ verfügt die Europäische Gemeinschaft nur in den

²¹ Dieser „positive Demokratieeffekt auf die Gesundheitsausgaben“ gilt offensichtlich in verstärktem Maße für Staaten, an denen über längere Phasen linke politische Mehrheiten die Regierung stellten (Schmidt 1999a: 312 f). Schmidt (1999a: 309), verweist allerdings auch auf eine Alternativdeutung des Zusammenhangs zwischen Dauer der Demokratie und Höhe der Gesundheitsausgaben, die an eine These Mancur Olsons (1982) anknüpft. Nach Olson entstehen in pluralen Demokratien mit zunehmender Dauer Organisationen wohlorganisierter Sonderinteressen, so genannte „Verteilungskonkurrenzen“, die sich aufgrund ihres Konflikt- und Einflusspotenzials beträchtliche Teile des öffentlichen Reichtums anzueignen vermögen; ein Deutungsmuster, dem man etwa angesichts der Struktur- und Lobbykraft der Verbände der Leistungserbringer zumindest für Deutschland eine gewisse Plausibilität nicht absprechen kann.

Bereichen über Kompetenzen, in denen ihr diese explizit übertragen worden sind²²; nach dem Prinzip der „Subsidiarität“ wird die EU daher nur tätig, sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen auf Ebene der Mitgliedsstaaten nicht erreicht werden können und sich daher die Gemeinschaftsebene anbietet.²³ Dabei werden die EU-Maßnahmen explizit auf das zur Erreichung der Vertragsziele notwendige Maß beschränkt.

Mit Blick auf die Gesundheitspolitik sieht der EG-Vertrag zwar einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus als Tätigkeitsfeld der Gemeinschaft durchaus vor²⁴; ebenfalls wird für die „Feststellung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und –maßnahmen“ die Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus eingefordert.²⁵ Doch zugleich sind die Hürden für entsprechende gesetzliche Aktivitäten äußerst hoch. Nach der Revision des EG-Vertrages durch den Amsterdamer Vertrag (vom 2.10.1997), durch die das vormalige „Maastrichter Sozialprotokoll“ Vertragsbestandteil wurde (Bieback 1999: Aust 2000: 18-20), sind zwar die Bereiche der „Verbesserung der Arbeitsumwelt zum Schutz der Gesundheit und der Sicherheit der Arbeitnehmer“ sowie der Bereich der „Arbeitsbedingungen“ in das Mitentscheidungsverfahren einbezogen, an dem die Europäische Kommission und das Europäische Parlament beteiligt sind und in dem Mehrheitsentscheidungen getroffen werden.²⁶ Doch im Bereich der „sozialen Sicherheit und des sozialen Schutzes“, also der gemeinschaftlichen Generalkompetenz für die Sozial- und Gesundheitspolitik, blieb das Erfordernis der Einstimmigkeit von Ratsentscheidungen erhalten.²⁷ Hinzu kommt, dass die allgemeinen Aufgabenstellungen der Gemeinschaft in der Gesundheitspolitik keine eigenständige gesundheitspolitische Befugnis (Hirsch 2000: 587), sondern lediglich die Berechtigung zu Maßnahmen beinhaltet, die die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten ergänzen und fördern.²⁸ So regelt der EG-Vertrag in seiner gesundheitspolitischen Kernnorm explizit: „Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“²⁹

²² Art. 5 Abs.1 EGV.

²³ Art. 5 Abs. 2 und 3.

²⁴ Art. 2 Abs. 1 Buchst. p EGV.

²⁵ Art. 152 Abs. 1 EGV.

²⁶ Art. 137 Abs. 1 und 2 in Verb. m. Art. 251 EVG.

²⁷ Art. 137 Abs. 3 EVG.

²⁸ So sieht der Vertrag etwa vor: „Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedsstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. (...) Die Gemeinschaft ergänzt Maßnahmen der Mitgliedsstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugemaßnahmen.“ (Art. 152 Abs. 1) Nur in den Bereichen a.) der Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate, b.) in den Bereichen des Veterinärwesens und Pflanzenschutzes, die unmittelbar auf den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zielen, c.) bei Fördermaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, kann der Rat gemäß dem Verfahren nach Art. 251 EVG und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses sowie des Ausschusses der Regionen Maßnahmen ergreifen und Empfehlungen erlassen. (Art. 152 Abs. 4 EGV)

²⁹ Art. 152 Abs. 5 EGV.

Auch die Novellierung des EG-Vertrages durch den (noch nicht ratifizierten) „Vertrag von Nizza“ ändert daran nichts Grundsätzliches. Durch diesen Vertrag sollten insbesondere die in Amsterdam noch offen gebliebenen institutionellen Fragen abgeschlossen werden, die mit Blick auf die für Ende 2002 geplante Erweiterung der EU als unverzichtbar galten. Neben den Neuregelungen zur personellen Besetzung der Europäischen Institutionen liegt der Schwerpunkt des Vertrages auf Veränderungen des Beschlussfassungsprozesses und dabei vor allem der weiteren Ausdehnung der Beschlussfassung mit qualifizierter Mehrheit.³⁰ Die institutionellen Reformen des Vertrages von Nizza, die insbesondere auf die Effektivierung von Beschlussverfahren und die Beseitigung prozessualer Entscheidungsblockaden zielten, tangieren den Bereich der Sozialpolitik durchaus. So werden – entsprechend der neuen Strategischen Zielsetzung der Lissabonner Strategie - die „Bekämpfung sozialer Ausgrenzung“ sowie die „Modernisierung der Systeme des sozialen Schutzes“ in die Gebiete aufgenommen, auf denen die Gemeinschaft die Tätigkeiten der Mitgliedsstaaten unterstützen und ergänzen soll. Zu diesem Zweck kann der Rat Initiativen fördern, die die Verbesserung des Wissenstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren sowie die Förderung innovativer Ansätze und die Bewertung von Erfahrungen damit zum Ziel haben. Doch auch aus diesen Bestimmungen lässt sich keine genuine Kompetenzerweiterung der Gemeinschaft mit Blick auf die nationalen sozialen Sicherungssysteme ableiten. Der Schutz der sozial- und gesundheitspolitische Souveränität der Mitgliedsstaaten verbirgt sich zum einen in der Norm, nach der diese Maßnahmen „unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten“ stattzufinden haben.³¹ Zugleich wird festgestellt, dass die erlassenen Bestimmungen „nicht die anerkannte Befugnis der Mitgliedsstaaten (berühren), die Grundprinzipien ihres Systems der sozialen Sicherheit festzulegen“ und dass sie „das finanzielle Gleichgewicht dieser Systeme nicht erheblich beeinträchtigen (dürfen)“; schließlich hindern sie „die Mitgliedsstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder zu treffen“.³²

2. Bisherige gesundheitspolitische Integrationsansätze

Der geringe Integrationsgrad der europäischen Gesundheitsmärkte sowie die Kompetenzverteilung im Primärrecht der Europäischen Union vermitteln das Bild einer weitgehend unbeschadeten Gestaltungsfreiheit der Mitgliedsstaaten in der Gesundheitspolitik. Weder überschreiten die transnationalen ökonomischen

³⁰ Insgesamt wurde für 27 Bestimmungen des EG-Vertrages ganz oder teilweise die Beschlussfassung mit „qualifizierter Mehrheit“ eingeführt. Zu diesen gehören etwa die Bestimmungen zur Erleichterung der Freizügigkeit der Bürger (Art. 18), zum Abschluss internationaler Übereinkünfte betreffend den Handel mit Dienstleistungen sowie zu Handelsaspekten des geistigen Eigentums (Art. 133), zur Industriepolitik (Art. 157), zur wirtschaftlichen, finanziellen und technischen Zusammenarbeit mit Drittländern (Art. 181) und zum Statut der europäischen politischen Parteien (Art. 191, neue Bestimmung).

³¹ Art. 152 Abs. 4 sieht dies explizit mit Blick auf die Fördermaßnahmen des Rates vor, „die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben“.

³² Die hier dargestellten Regelungen finden sich im durch den Vertrag von Nizza neugefassten Art. 137 (vgl. Vertrag von Nizza zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft (2001/c 80/ 17-18)).

Austauschprozesse in größerem Umfange das Terrain, für das die nationalen Wohlfahrtsstaaten über Regulierungskompetenz verfügt, noch besitzt die Gemeinschaft in entscheidenden gesundheitspolitischen Fragen Rechtssetzungskompetenzen in relevantem Ausmaß. Doch die hier naheliegende Vorstellung einer uneingeschränkten Autonomie der Mitgliedsstaaten in Fragen der Gesundheitspolitik verzerrt die Wirklichkeit. Auch in diesem Politikfeld hat der Prozess der „funktionale(n) Verflechtung von europäischer Integration und nationaler Sozialpolitik“ (Leibfried 2000: 81) längst eingesetzt, und auch hier waren es vor allem Entwicklungen, die als funktionale Reflexe auf die voranschreitende Realisierung der marktbezogenen Grundfreiheiten der Europäischen Verträge („freier Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital“) gewertet werden können. Man muss die gesundheitspolitische Autonomie der Mitgliedsstaaten nicht gleich zur „Fiktion“ (Busse 2002: 7) erklären, um zu konstatieren, dass sich jenseits der relativ klaren primärrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Gemeinschaft und Mitgliedsstaaten seit längerem weitaus intensivere Interdependenzen herausgebildet haben, als dies auf den ersten Blick sichtbar sein mag. Von ihnen gingen bereits in der Vergangenheit verstärkte (positiv wie negativ) Integrationseffekte aus; und zugleich scheinen sie in der Gegenwart als Anknüpfungspunkte für das neu erwachte Gemeinschaftsinteresse an einer eigenen Regulierungskompetenz im Politikfeld Gesundheit zu dienen.

*2.1. Ansätze einer positiven Integration*³³

Aus der Perspektive des akteursorientiert-institutionellen Ansatzes ist mit Blick auf Maßnahmen und Erfolg der positiven Integration zunächst auf die hohen Hürden zu

³³ Die integrationstheoretischen Termini, die hier zur Analyse der funktionalen Verflechtungen zwischen nationaler und gemeinschaftlicher Gesundheitspolitik herangezogen werden, lehnen sich an die in der Wirtschafts- bzw. Integrationstheorie eingeführte Unterscheidung zwischen spezifischen wirtschaftspolitischen Interventionsformen bzw. Integrationsarten und Prozesstypen an. Sie beschreiben Dimensionen einer auf die Erweiterung eines Wirtschaftsraumes über nationalstaatliche Grenzen hinaus gerichteten staatlichen Politik im Allgemeinen bzw. Prozesse der Transformation der europäischen souveränen Wohlfahrtsstaaten in Elemente eines sie umgreifenden europäischen Mehrebenen-Systems im Besonderen (Scharpf 1999: 47-80, Leibfried 2000: 82-90). Mit Blick auf die Europäische Union sind unter der Integrationsart „positive Integration“ vor allem Reformen zu verstehen, die aus dem Zentrum der EU kommen und bei denen die Europäische Kommission, der Ministerrat bzw. der Europäische Rat oder der EuGH sozialpolitische Initiativen starten oder initiieren, die etwa in europäischen Rechtsnormen münden; es handelt sich hierbei vorwiegend um marktregulierende, mitunter –korrigierende Regelungen (ohne dass positive Integration mit marktkorrigierender Politik identisch wären, wie Scharpf 1999: 169 betont). Die Integrationsart „negative Integration“ beschreibt Integrationshindernisse beseitigende Reformen, durch die etwa die Europäische Kommission, der EuGH oder auch nationalen Gerichtsbarkeiten Regelungen aufheben oder korrigieren, die der Verwirklichung des Binnenmarktes und damit dem freien Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital entgegenstehen; es handelt sich hier also vorwiegend um marktschaffenden bzw. –erweiternde Interventionen. Schließlich benennt Leibfried einen Prozesstyp der „mittelbaren Zwänge“, der im Gegensatz zu den beiden zuvor genannten Typen nicht direkt, sondern indirekt (in rechtlich nicht bindender Form), gleichwohl über faktisch zwingende Einflüssen wirkt; dies etwa im Zusammenhang mit Entscheidungen des Europäischen Rates, die nationale Wohlfahrtsstaaten dahin zu drängen, ihre Sozialpolitiken zu verändern, um mögliche negative Auswirkungen wirtschaftlicher Integration zu vermeiden oder ggf. aufzufangen. Dieser Prozesstyp kann sowohl marktschaffend und –erweiternd als auch marktkorrigierend wirken. Da es für diesen Prozesstyp entscheidend ist, dass der Druck über Interventionen in den wirtschaftlichen, rechtlichen usw. Kontext der Sozialpolitik erzeugt wird, soll hier in diesen Fällen vom Prozesstyp „kontextgesteuerter Integration“ gesprochen werden.

verweisen, die ihnen in der EU entgegenstehen. Die unterschiedlichen ökonomischen Entwicklungsniveaus, die institutionelle Vielfalt sowie höchst unterschiedliche Wohlfahrtskulturen konstituieren sehr unterschiedliche Interessenlagen und Durchsetzungsbedingungen und drängen in Richtung grundlegender ökonomischer Konflikte, bei deren Lösung Gewinne und Verluste eindeutig verteilt und lösungsfördernde Koppelgeschäfte und Ausgleichszahlungen erschwert werden. Da aber vor allem die institutionalisierten Einstimmigkeits- und Mehrheitsregeln einen sehr hohen Konsensbedarf erzeugen und höchst anfällig gegenüber Vetopositionen sind, gleichzeitig jedoch die divergenten Ausgangslagen die Wahrnehmung von Vetooptionen der Regierungen zur Wahrung eigener Interesse befördern, sind recht früh im Entscheidungsfindungsprozess unüberbrückbare Blockaden wahrscheinlich. Fortschritte über den Modus der positiven Integration sind also schwer realisierbar und dürften entsprechend selten stattfinden.

Gleichwohl lassen die Entwicklungen in der EU Zweifel an der generellen Gültigkeit dieser Vermutung aufkommen. Denn Impulse für eine positive Integration gingen (trotz Einstimmigkeitserfordernis und nationalstaatlicher Gestaltungsautonomie) auch von den gesundheitsbezogenen Rechtsnormen und Aufträgen im EG-Vertrag an die Gemeinschaft aus³⁴. Sie fanden durchaus Eingang in das Selbstverständnis der Europäischen Kommission. Hierin artikuliert sich nicht zuletzt die Konkurrenz zwischen EU-Institutionen und Mitgliedsstaaten um Kompetenzen und Interventionsressourcen im Politikfeld Gesundheit; zugleich kommt die Neigung der EU zum Ausdruck, die Vorbesetzung des Feldes durch die Nationalstaaten und ein nationalstaatliches Zuständigkeitsmonopol nicht dauerhaft hinzunehmen. Bereits nach der Verabschiedung des „Maastrichter-Vertrages“ entwickelte die Europäische Kommission auf der Grundlage ihrer Kompetenzen einen Aktionsrahmen, der das durch die Gemeinschaft reklamierte Terrain absteckte und die Initiative für insgesamt acht Aktionsprogramme im Bereich der Gesundheitspolitik vorsah (Baer 1999: 695/696). Bei diesen Aktionsprogrammen, die in den folgenden Jahren beschlossen wurden und an deren Verabschiedung im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens auch das Europäische Parlament und der Ministerrat zu beteiligen waren, handelte sich um:

- das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996-2000) (Beschluss Nr. 645/96/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.03.1996);
- den Aktionsplan zur Krebsbekämpfung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996- 2000) (Beschluss Nr. 646/96/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.03.1996);
- das Aktionsprogramm zur Gemeinschaft zur Prävention von Aids und von bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten innerhalb des Aktionsrahmens im

³⁴ Mitunter wird gar die Position vertreten, dass „sich die Kompetenzen der EU zu einem eigenständigen sozialstaatlichen Auftrag auch im Bereich der Gesundheit (addieren).“ (Bieback 1999: 665).

Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000) (Beschluss Nr. 647/96/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.03.1996);

- das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Suchtprävention innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000) (Beschluss Nr. 102/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.12.1996);

- das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichtserstattung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1997 – 2001) (Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.06.1997);

- das Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend die Verhütung von Verletzungen innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999 – 2003) (Beschluss Nr. 372/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 08.02.1999);

- das Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend seltene Krankheiten innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999 – 2003) (Beschluss Nr. 1295/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.1999);

- das Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999 – 2001) (Beschluss Nr. 1296/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.1999).

In Ergänzung zu diesen acht Aktionsprogrammen im Bereich der öffentlichen Gesundheit verabschiedeten das Europäische Parlament und der Rat eine Reihe weiterer Empfehlungen, die sich insbesondere mit Fragen des Informationstransfers, der Herausbildung eines Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten der Gemeinschaft und schließlich mit Fragen über Frühwarn- und Reaktionssysteme für die Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten bezogen. Alle diese Aktivitäten der Kommission dienten vor allem dazu, der europäischen Gesundheitspolitik im Sinne einer aktiven Förderung und Koordinierung der Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten Konturen zu verleihen. So plädierte sie in der Mitteilung „Die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit“³⁵ aus 1998 dafür, die Gesundheitspolitik auf jene Felder zu konzentrieren, in denen durch das Handeln der Gemeinschaft ein „Mehrwert“ gegenüber dem Handeln der Mitgliedsstaaten zu erwarten sei.

Eine erneute Initiative ergriff die Europäische Kommission 1999 in der Mitteilung „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“³⁶, die als eines der Schlüsseldokumente der neuen Sozialpolitik der EU gelten kann. Deutlicher als zuvor wurden jetzt die Modernisierungsaktivitäten im Bereich des Sozialschutzes in den Kontext der strikten Haushaltskonsolidierung im Rahmen der Wirtschafts- und

³⁵ KOM(1998)230 endg.

³⁶ KOM(1999) 347 endg.

Währungsunion sowie der neuen beschäftigungspolitischen Ambitionen gestellt. Generell sei der „klar zum Ausdruck gebrachte Wunsch der Bürger, das erreichte Sozialschutzniveau beizubehalten, mit der Notwendigkeit in Einklang zu bringen, öffentliche Leistungen effizienter bereitzustellen und einer strengen Haushaltsdisziplin zu unterwerfen.“ Mit Blick auf die Entwicklungen, die eine Modernisierung der Sozialschutzsysteme unter der Ägide strenger Haushaltsdisziplin hervorrufen, werden sodann unter anderem „die zur Gewährleistung von Stabilität und Wachstum in der Wirtschafts- und Währungsunion erforderliche gesamtwirtschaftliche Disziplin“ sowie „die im Rahmen der europäischen Beschäftigungsstrategie eingegangenen Verpflichtungen“ benannt. Zugleich wird als eines der konkreten Modernisierungsziele benannt, „eine hohen Qualitätsansprüchen genügende und langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung zu sichern.“

Die Ausrichtung der Modernisierung der Sozialsysteme an fiskal- und beschäftigungspolitischen Zielen wurde auch in dem dann folgenden Bericht „Soziale Sicherheit in Europa 1999“ hervorgehoben. Unter den Gründen, die dafür verantwortlich sind, „dass die Kommission ihre neue Initiative gerade jetzt eingeleitet hat“, wurde „die Vollendung der Wirtschafts- und Währungsunion durch die Einführung der einheitlichen Währung sowie entsprechender Anforderungen an die Haushaltsdisziplin und gesunde öffentliche Finanzen“³⁷ benannt. Unter Bezugnahme auf die gesundheitspolitische Aufgabenbestimmung der Gemeinschaft im EG-Vertrag wurde die Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung zu einem der vier Schlüsselziele der europäischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit erklärt. Und in der Mitteilung aus dem Mai 2000 über „Die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft“³⁸ formulierte die Europäische Kommission, dass die Gemeinschaft dazu beitragen werde, freilich unter Anerkennung der uneingeschränkten Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Gesundheitssysteme und die medizinische Versorgung, die wichtigsten Herausforderungen zu bewältigen, mit denen die Gesundheitssysteme konfrontiert sind. Zur Unterstützung dieser Strategie sollte ein neues Aktionsprogramm für die Jahre 2002-2006 erstellt werden.

Die in diesen Kommissions-Mitteilungen deutlich werdenden Bemühungen einer verstärkten Koordinierung auf Gemeinschaftsebene wurden durch einen Prozess der Konvergenz der nationalstaatlichen Gesundheitspolitiken (nicht der Institutionen) unterfüttert, der ebenfalls in hohem Maße durch den gemeinsamen Zwang zur Konsolidierung der öffentlichen Finanzen im Zuge des „Stabilitäts- und Wachstumspaktes“ befördert wurde. Noch bis in die Mitte der 1980er Jahre ließ sich in den Gesundheitssystemen „keine allgemeine, in allen Ländern gleiche Entwicklungslogik“ ausmachen, was Jens Alber darauf zurückführte, dass verschiedene „institutionelle Kontexte oder phasenspezifische gesundheitspolitische Strategiewechsel (...) jeweils eigene, spezifische Entwicklungsdynamiken“ produzierten (Alber 1989: 280). Doch dies schient sich in den 1990er Jahren unter dem Druck der europaweiten

³⁷ KOM(2000) 163 endg.

³⁸ KOM(2000) 285 endg.

Hegemonie angebotsorientierter Wirtschafts- und restriktiver Fiskalpolitiken dahingehend geändert zu haben, dass es trotz weiterbestehender institutioneller Divergenzen zu einer Konvergenz in Form gemeinsamer politischer Strategien kam. Der Bericht „Soziale Sicherheit in Europa 1999“, der erste nach der Aufwertung der Gesundheitspolitik durch die „Konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“, stellt die Parallelen bei der Drosselung der Gesundheitskosten über Ausgabensenkungs- und Rationalisierungsmaßnahmen in den Mitgliedsstaaten fest: „Die gemeinsame Antwort der Regierungen bestand in dem Bestreben den Anstieg der Ausgaben und deren Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte Grenzen zu setzen, gleichzeitig aber zu versuchen, die Qualität der Leistungen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten.“ Doch nicht nur die politischen Strategien konvergierten, auch bei der Wahl der Regulierungsinstrumente ist ein hohes Maß an Gemeinsamkeiten zu beobachten. Von Bedeutung sind vor allem: die Einführung von Maßnahmen der Kontrolle über die Gesundheitsausgaben, die Verlagerung von Zuständigkeiten bei der Leitung der Dienste und bei Entscheidungen zur Mittelzuweisungen auf die regionale bzw. örtliche Ebene, die Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel und Behandlungen, die Aufstellung von Listen anerkannter Medikamente sowie die Einführung von Generika in die Behandlungen.

Während von der durch den Europäischen Rat von Köln (Juni 1999) in Auftrag gegebenen und anlässlich des Europäischen Rates von Nizza (Dezember 2000) durch den Rat, die Europäische Kommission und das Europäische Parlament feierlich proklamierten „Charta der Grundrechte der Europäischen Union“ kaum Impulse für eine weitere positive Integration ausgehen dürften³⁹, kommt der „Sozialpolitischen Agenda“⁴⁰ der Europäischen Kommission vom Juni 2000 sowohl mit Blick auf die Verbindlichkeit als auch des Konkretisierungsgrades der gemeinschaftlichen Gesundheitspolitik zentrale Bedeutung zu. Diese sind vor allem auf ihre Einbeziehung in einen qualitativ neuen Koordinierungsmechanismus zurückzuführen, der erstmals im Rahmen der neuen strategischen Zielsetzung der EU des Lissabonner Gipfels in die Politik der EU aufgenommen wurde. Doch dazu mehr weiter unten.

³⁹ Diese eher pessimistische Einschätzung ist in der Literatur, wie sollte es auch anders sein, keineswegs unumstritten. Für Pitschas stellt die Grundrechte-Charta gerade mit Blick auf die Gesundheitspolitik „einen weiteren wichtigen Schritt hin zu einer *europäischen Gesundheitsverfassung* dar, die für die Gemeinschaftsbürger einen EU-weiten ‚Gesundheitsschutz‘ sichern will.“(2002:76, Herv. im Org.). Doch selbst wenn der hier konstatierte gesundheitspolitische Wille als real gegeben unterstellt wird, sind durchaus Zweifel an der Wirkungsmächtigkeit dieses Willens angebracht. Dass die Charta faktisch kaum einen positiven Integrationsbeitrag zu einer gemeinschaftlichen Gesundheitspolitik, etwa im Sinne der Etablierung eines positiven Grundrechtes auf Gesundheit, erzeugen dürfte, ist vor allem auf zwei Aspekte zurückzuführen: Zum einen enthält Art. 35 „Gesundheitsschutz“ keinerlei Ansprüche, die Kompetenzen der Gemeinschaft in der Gesundheitspolitik in irgendeiner Art weiter zu entwickeln. So wiederholt Satz 2 lediglich die Verpflichtung der Gemeinschaft aus Art. 152 Abs. 1 EVG, bei allen Maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicher zu stellen.; und das in Satz 1 formulierte allgemeine Recht „auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung“ wird lediglich „nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“ gewährt, was einer Regelungstechnik entspricht, „die den eigenständigen Regelungsgehalt dieser gemeinschaftsrechtlichen Grundrechtverbürgungen weitgehend relativiert“ (Pache 2001: 481). Hinzu kommt, dass die Charta nicht in das EU-Recht aufgenommen, sondern lediglich als feierliche Erklärung proklamiert wurde, sodass ihr „im Gemeinschaftsrecht keine unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit und keine unmittelbare gerichtliche Anrufbarkeit zu (kommt)“ (Pache 2001: 485).

⁴⁰ KOM(2000) 379 endg.

2.2. Ansätze einer negativen Integration

Wie in anderen Bereichen der Sozialpolitik scheinen jedoch auch im Politikfeld Gesundheit die entscheidenden Integrationsimpulse eher vom Prozesstyp der negativen Integration als dem der positiven auszugehen (Pierson/Leibfried 1998b). Ersterer erwies sich bereits in anderen Feldern als ein wirksames Instrument „mit dem nationale Behinderungen des freien Verkehrs von Gütern, Dienstleistungen, Kapital und Arbeit unterbunden und Wettbewerbsverfälschungen korrigiert werden können.“ (Scharpf 1999: 169). Die bisherigen (aus Sicht der neoliberalen Position zu begrüßenden, aus interventionistischer Sicht zu kritisierenden) Erfolge der negativen Integration beruhen nicht nur darauf, dass sie der gleichen Drehrichtung wie der europäische Kernprozess, die Marktintegration, folgt; sie profitieren auch von der strukturellen Begünstigung im Institutionensystem der EU. Während Maßnahmen der positiven Integration durch interessenpolitische und institutionelle Vielfalt sowie die Zwänge der Einstimmigkeits- und Mehrheitsregeln erschwert werden, existieren zugleich „institutionelle Mechanismen, die es der Kommission und dem Gerichtshof erlaubten, die rechtliche Reichweite der negativen Integration erheblich und kontinuierlich auszudehnen, ohne auf Formen der politischen Legitimation angewiesen zu sein, die über die historische Zustimmung der Parlamente zum Text der ursprünglichen Verträge hinausgehen.“ (Scharpf 1999: 69). Zwar räumten diese Verträge stets, und der aktuell geltende EG-Vertrag in besonderem Maße, den ökonomischen Verkehrsfreiheiten und dem marktschaffenden europäischen Wettbewerbsrecht Priorität ein. Doch die Instrumente der negativen Integration werden nun durch die Kommission und den EuGH in immer mehr Feldern angewandt, und seit geraumer Zeit „nun auch zur Privatisierung und Liberalisierung einer großen Zahl von Dienstleistungs- und Infrastrukturen eingesetzt, die in allen Mitgliedsstaaten zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses (des europäischen Primärrechtes; d. Verf.) und noch für Jahrzehnte danach vom Marktwettbewerb ausgenommen waren.“ (Scharpf 1999: 169)⁴¹. Dies geschieht, ohne dass der EuGH oder die Europäische Kommission durch institutionelle Widrigkeiten oder demokratische Legitimationszwänge, die über die Geltung des europäischen Primärrechtes⁴² hinausgehen, behindert würde. Diese strukturelle Begünstigung des negativen gegenüber dem positiven Integrationstyp begünstigt allgemein marktöffnende gegenüber marktkorrigierenden Interventionen. Mit anderen Worten: Die Integration der europäischen Märkte hat es weitaus einfacher als ihre sozialpolitische Regulierung.

Die ausgreifende Dynamik der europäischen Marktintegration könnte in naher Zukunft auch in die Gesundheitspolitik ausstrahlen. Erste Sturmvoegel der nahenden Privatisierungswelle sind bereits sichtbar. Als wichtigstes Integrationsvehikel könnte sich die drohende Kollision zwischen dem europäischen Markt- und dem deutschen Sozialrecht erweisen, die Schritte in Richtung einer negativen Integration erzwingen könnte.⁴³ Zwar wird der Einfluss der Gemeinschaft auf die Regulierung (auch) des

⁴¹ Es handelt sich dabei etwa um die Bereiche Verkehr, Telekommunikation und Elektrizitätsversorgung.

⁴² Dabei wird die direkte Wirksamkeit des europäischen Primärrechtes insbesondere durch die Vorrangdoktrin gesichert (Scharpf 1999: 52-63).

⁴³ Als Überblick über die einschlägige Literatur sei hier auf die in Fußnote 12 genannten Beiträge m. w. H. verwiesen; als bisher systematischste und instruktivste Studie vgl. Jacobs/Wasem 2003.

deutschen Gesundheitssystem durch die (bereits skizzierten) Regelungen im EG-Vertrag begrenzt, nach denen Fragen der Systeme der sozialen Sicherheit und des sozialen Schutzes der Arbeitnehmer in die Kompetenzen der Nationalstaaten fallen und europäische Regelungen zu diesem Komplex der Einstimmigkeit bedürfen (Hirsch 2000, Eichenhofer 2001).⁴⁴ Doch vor allem über zwei andere Wege könnten sich Kollisionen zwischen der nationalstaatlichen Souveränität in der Gesundheitspolitik und europäischem Recht, insbesondere dem europäischen Marktrecht, ergeben:

1. Dies gilt zum einen mit Blick auf die im EG-Vertrag verankerten Grundfreiheiten, die zweifelsfrei als eine, vielleicht sogar die zentrale Säule des Europäischen Binnenmarkt-Projektes gelten können. Zu ihnen gehören die Freiheiten des Kapitalverkehrs (Art. 56ff. EGV), des Warenverkehrs (Art. 28ff. EGV), des Dienstleistungsverkehrs (Art. 49 EGV) und die beiden Personenverkehrsfreiheiten, die Freizügigkeit der Arbeitnehmer (Art. 39ff. EGV) und die Niederlassungsfreiheit (Art. 43 EGV). Diese Freiheiten sind, dem wirtschaftsliberalen Duktus des ganzen Binnenmarkt-Projektes entsprechend, im Kern vor allem Verbote der Diskriminierung wegen der Nationalität bei grenzüberschreitenden Austausch- und Niederlassungsprozessen bzw. mit Blick auf die Ausgestaltung der nationalen Rechtsordnungen Verbote der Behinderung ausländischer Anbieter auf heimischen Märkten (Bieback 2001: 3ff.). Dass diese auf die Freiheit und Funktionsfähigkeit von Marktprozessen ausgerichteten Rechte schnell mit den Prinzipien der europäischen Wohlfahrtsstaatskulturen und den Regularien der nationalen Arbeits- und Sozialordnungen kollidieren, kann nicht weiter verwundern. In dem hier zum Tragen kommenden Konflikt handelt es sich in der Tat letztlich „um den klassischen Konflikt zwischen Marktfreiheiten und Sozialstaat.“ (Bieback 2001: 3f.).

In der Gesundheitspolitik hat er seinen juristischen Ausdruck vor allem durch zwei Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH)⁴⁵ gefunden, die mit Blick auf die GKV Schlussfolgerungen für die Anwendbarkeit der Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs⁴⁶ nahe legen. Dort bestätigt der EuGH zwar, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten zur Ausgestaltung ihrer Sozialschutzsysteme unberührt lässt, gleichwohl verpflichtet er diese auf die Beachtung des Gemeinschaftsrechts bei der Ausübung der nationalen Regelungskompetenz.⁴⁷ Damit hat der EuGH insbesondere der von der deutschen Bundesregierung vertretenen Ansicht explizit widersprochen, wonach „die wesentlichen Strukturprinzipien, die die

⁴⁴ Diese Regelungen wurden auch auf der Regierungskonferenz von Nizza im Dezember 2000 nicht geändert, obwohl der Bereich der Mehrheitsentscheidungen mit Blick auf die anstehende „Ost-Erweiterung“ Europas deutlich ausgeweitet und zum Regelfall gemacht werden sollte (Hrbek 2001: 24ff).

⁴⁵ Es handelt sich dabei um die Urteile in Sachen N. Decker gegen Caisse de maladie des employes prives und R. Kohl gegen Union des causses de maladie vom 24.04.1998, in denen der EuGH jeweils den Verstoß von nationalen Regelungen gegen EG-Recht festgestellt hat; es handelte sich dabei um die Kostenerstattung für eine bei einem ausländischen Optiker erstandene Brille (N. Decker) und um die Erstattung von Kosten für Zahnbehandlung bei einem Zahnarzt in einem Mitgliedstaat (R. Kohl). Beide Male hatte die Krankenkassen. Kostenerstattung mit Verweis auf die finanziellen und ordnungspolitischen Folgen für das GKV-System abgelehnt.

⁴⁶ Nach Art. 28 und 49 EVG

⁴⁷ Zuletzt im Urteil des EuGH vom 12. Juli 2001 zur Rechtssache C-157/99 (Smits und Peerbooms) Randnummer 46 unter Verweis auf das Urteil vom 28. April 1998 in der Rechtsschutzsache C-158/96, (Kohl).

Erbringung von Leistungen der medizinischen Versorgung regeln, zur Ausgestaltung der Systeme der sozialen Sicherheit gehören und nicht unter die vom EG-Vertrag gewährleisteten wirtschaftlichen Grundfreiheiten fielen⁴⁸. Der EuGH stellt hingegen fest, dass der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr zwischen den Mitgliedsstaaten beeinträchtigt wird, wenn für Versicherte der Zugang zu Heil- und Hilfsmittel sowie zu ärztlichen Leistungen im EG-Ausland erschwert wird, was durch den Genehmigungsvorbehalt im deutschen Gesundheitsrecht der Fall ist.^{49 50} Zwar hat der EuGH einen solchen für den Fall einer sonst drohenden „erhebliche(n) Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts der sozialen Sicherheit“ faktisch für zulässig erklärt. Doch die hervorgehobene, prinzipiell sehr hoch bemessene Bewertung der Freizügigkeitsvorgaben stehen in einem deutlichen Spannungsverhältnis zu konstitutiven Regulierungselementen im deutschen System. Da die Kostenerstattung für im EG-Ausland in Anspruch genommene Leistungen grundsätzlich mit dem Sachleistungsprinzip der deutschen GKV und die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Geltungsbereichs der Versorgungsverträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Ärzte schnell mit der vertraglichen Leistungsregulierung in Konflikt gerät, wohnt der Entscheidungsbegründung eine Logik inne, aus der sich erhebliche Bedrohungen für das Sachleistungsprinzip sowie das System der Kollektivverträge im deutschen System ergeben können.

2. Die zweite Gefährdung ergibt sich aus dem europäischen Wettbewerbsrecht, das insbesondere dem Institut der sozialen Selbstverwaltung im deutschen System zu schaffen machen könnte (Hänlein/Kruse 2000, Ebsen 2000, Bieback 2001).⁵¹ Grundsätzlich kann das europäische Wettbewerbsrecht, in dem die Logik der Marktintegration juristisch verbindliche Gestalt annimmt, als „Kampfansage an die gemischte Wirtschaftsordnung“ (Scharpf 1999: 60) und insbesondere die dem freien Markt bisher entzogenen staatsnahen Sektoren gewertet werden. Seine Geltung, daran kann kein Zweifel bestehen, wirkt nicht nur über direkte europäische Vorgaben, sondern auf vielfältige Wege in die Machtverteilung in den Akteurskonstellationen der nationalen Wohlfahrtsstaaten und schwächt diejenigen Akteure, die an der nichtmarktlichen Form dieser Sozialsysteme festhalten wollen. Gerade in den letzten Jahren „hat sich das europäische Wettbewerbsrecht zu einem mächtigen Potential entwickelt, dass nationale Entscheidungen auch dann beeinflusst, wenn es zu direkten Eingriffen noch gar nicht gekommen ist – sei es durch die Antizipation solcher Interventionen, sei es durch seinen indirekten Einfluss auf das Gleichgewicht der

⁴⁸ Ebenda Randnote 51f.

⁴⁹ Nach § 18 SGB V setzt die Kostenübernahme bei Behandlungen im Ausland – vereinfacht gesagt – eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse und/oder einen Notfall voraus (Hirsch 2000: 588f).

⁵⁰ Eine spezielle, „sekundärrechtliche“ Regelung für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch EU-Bürger im EG-Ausland enthält Verordnung 1408/71, die von dem Prinzip ausgeht, dass Arbeitnehmer, Selbständige und Familienangehörige aus einem anderen Mitgliedstaat im Krankheitsfall und in der Gesundheitsvorsorge jeweils Anspruch auf die Leistungen haben, die den Staatsangehörigen des eigenen Landes zustehen (Hirsch 2000: 588, Langer 1999).

⁵¹ Seit 1998 sind mehrere Urteile deutscher Zivilgerichte ergangen, die sich anlässlich der Prüfung von Regelungen zur Festsetzung von Arzneimittel-Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. von Arzneimittelrichtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit EG-wettbewerbsrechtlichen Zweifeln gegenüber diesen Regelungen der sozialen Selbstverwaltung befassen.

politischen Kräfte auf nationaler Ebene.“ (Scharpf 1999: 63) Dies trug erheblich dazu bei, dass in politischen Feldern wie dem Güterverkehr, der Telekommunikation, dem Energiesektor mit Hilfe des europäischen Wettbewerbsrechts Deregulierungs- und Privatisierungserfolge in bisher öffentlich organisierten Sektoren erzielt wurden, an denen die nationalen Akteure (Regierungen, Kartellbehörden usw.) mitunter trotz heftiger Bemühungen gescheitert waren.

In diesem Sinne könnte über die europäische Integration auch dem deutschen Gesundheitssystem der Kampf angesagt werden. Dabei geraten weniger einzelne Leistungen als das ganze gesundheitspolitische Regulierungssystem unter Druck. Auch das Wettbewerbsrecht, dem unmittelbare Geltung in den Mitgliedsstaaten zukommt, enthält vor allem das Verbot „wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen und Verhaltensweisen“ (Art. 81 EGV). Als solche sind insbesondere Maßnahmen zu sehen, die Beeinträchtigungen des Handels zwischen den Mitgliedsstaaten und eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs innerhalb des Gemeinsamen Marktes bezwecken oder bewirken (können). Im Einzelnen geht es um die Verbote des Zusammenschlusses zu marktbeherrschenden Unternehmen, von Kartellabsprachen, von Diskriminierungen durch Markt beherrschende Unternehmen (Art. 81 und 82 EGV) und schließlich um das Verbot der Beeinträchtigung des Wettbewerbs in der Gemeinschaft durch öffentliche Beihilfen (Art. 87ff. EGV). Für das Gesundheitssystem und vor allem mit Blick auf die Krankenkassen und Leistungserbringer bzw. ihre Verbände sind vor allem die Verbote der Kartellabsprachen und der Diskriminierung durch marktbeherrschende Unternehmen relevant. Ob das EG-Wettbewerbsrecht mit allen seinen Implikationen jedoch Anwendung auf das deutsche Krankenversicherungssystem findet hängt vor allem von zwei Fragen ab. Zum einen davon, ob bzw. wann und in welchen Konstellationen die Krankenkassen, ihre Verbände oder andere Selbstverwaltungsträger der GKV als Unternehmen oder Unternehmensverbände i. S. d. Gemeinschaftsrechts zu werten sind, und ob zweitens - für den Fall einer Bejahung dieser Frage - eigentlich als wettbewerbsunverträglich verbotene Verhaltensweisen der Selbstverwaltungskörperschaften der GKV nicht doch gerechtfertigt sind, weil ihnen die Erfüllung besonderer Aufgaben übertragen wurden.

Gegenüber den Schlüsselakteuren des deutschen Gesundheitssystems gewinnt diese Problematik ihre besondere Brisanz durch deren Charakter als intermediäre Organisationen in einer spezifischen Mittellage zwischen Staat und Markt. Das deutsche System der staatlich regulierten sozialen Selbstverwaltung ist daher weitaus schwieriger in dieser rechtlichen Konstellation zu verorten als steuerfinanzierte, nationale Gesundheitssysteme oder weitgehend privatisierte Marktmodelle, in denen die Unternehmenseigenschaft einzelner Akteure offensichtlicher festgestellt oder verworfen werden kann. Auch wenn bisher kaum eine einschlägige Rechtsprechung des EuGH zur Anwendbarkeit des europäischen Marktrechts auf die Rechtsbeziehungen der Krankenversicherungsträger auf andere soziale Dienstleistungserbringer existiert, haben sich einige weitgehend konsensfähige Einschätzungen in der Literatur herausgebildet. Zunächst ist demnach darauf zu verweisen, dass das EG-Recht (wie das deutsche

Wettbewerbsrecht, dazu Ebsen 2000) von einem weiten „funktionalen“ Unternehmensbegriff ausgeht. Dieser stellt auf die Tätigkeit des jeweiligen Trägers und auf den Adressaten dieser Tätigkeit ab, sodass etwa der öffentlich-rechtliche Charakter nicht entscheidend ist. Ausschlaggebend ist vielmehr, ob die Tätigkeit des öffentlichen Trägers gegenüber dem jeweiligen Akteur als eine „wirtschaftliche Tätigkeit“ oder eine „Aufgabe sozialer Natur“ bzw. eine „hoheitliche“ Tätigkeit anzusehen ist. Im Sinne dieser Ausrichtung wird in der einschlägigen Literatur davon ausgegangen, dass die Krankenkassen gegenüber den Versicherten und den privaten Versicherungsunternehmen umso weniger als Unternehmen anzusehen sind, wenn etwa die folgenden Merkmale vorliegen:

- keine Gewinnorientierung;
- Abdeckung typischer Risiken;
- Verwirklichung des Solidarausgleiches durch Abweichungen von der versicherungstechnischen Äquivalenz und dem damit verbundenen Solidartransfer zwischen leistungsfähigeren und schwächeren Leistungsempfängern;
- Finanzierung des Systems über allgemeine Umlage- und nicht über private Kapitaldeckungsverfahren;
- Bestimmung der Beiträge und Leistungen durch staatliche Regulierung.⁵²

Mit Blick auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. ihren jeweiligen Verbänden kommt darüber hinaus einigen, teilweise in der Rechtsprechung des EuGH bereits ausgeformten Aspekten Bedeutung zu, die Ausnahmen von der Anwendbarkeit des Marktrechts konstituieren. So findet es keine Anwendung, wenn:

- die Leistungen weder gegenüber den Bürgern, noch gegenüber den andern Leistungsträgern gegen „Entgelt“ erstellt werden;
- das Verhältnis zwischen Leistungsträgern und -erbringern nicht marktlich organisiert, sondern stark hoheitlich eingebunden oder überwiegend als öffentliche Aufgabe erbracht wird;
- die öffentlichen Leistungsträger nicht über eigene Spielräume bei den anfallenden Entscheidungen verfügen oder Ausführungsorgane gesetzlich vorgegebener Programme sind. (Bieback 2001: 14f.)

Auch wenn diese Kriterien nicht explizit mit Bezug auf das deutsche GKV-System formuliert wurden, so treffen sie doch weitgehend auf dieses zu. Die Nähe der Strukturprinzipien der deutschen GKV zu diesen Merkmalen identifizieren es als ein „hoheitliches Steuerungssystem“ (Bieback 2001: 24), das sich dem gemeinschaftlichen Marktrecht entzieht. Zu diesen Strukturprinzipien lassen sich insbesondere zählen: das Sachleistungsprinzip, die weitgehend öffentlich-gesetzliche Regulierung der Leistungserbringung, sowie die Organisation in Form selbstverwalteter öffentlich-rechtlicher Körperschaften. Insofern können die Akteure des deutschen

⁵² Dazu Ebsen 2001: 308 ff. mit weiteren Nachweisen.

Regulierungssysteme zugleich als Unternehmen bewertet werden, die „mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse“ (Art. 86 EGV) betraut sind und für die die Wettbewerbsregeln insoweit nicht gelten, als sie die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgaben rechtlich oder tatsächlich verhindern würden. Dabei handelt es sich um eine Auffassung, die schlüssig und naheliegend, aber keineswegs unumstritten ist.⁵³

Insgesamt zeichnet sich somit eine doppelte Ausstrahlung der Europäischen Integration in das Regulierungssystem des deutschen Gesundheitswesens ab, die über zwei Konfliktstränge verläuft: zum einen dürfte die Kollision zwischen dem europäischen Markt- und dem deutschen Gesundheitsrecht den Druck auf die Akteure, insbesondere den Gesetzgeber erhöhen, bei zukünftigen Reformen die Konformität mit dem Gemeinschaftsrecht der EG in den politischen Zielkatalog mit aufzunehmen. Dabei weisen die Vorgaben der europäischen Grundsätze zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehr sowie die des Wettbewerbsrechts zweifelsohne in Richtung Liberalisierung, Deregulierung und Privatisierung des deutschen Gesundheitssystems, denen gerade jene Strukturelemente zum Opfer fallen könnten, die für den Solidarcharakter der GKV stehen. Dies gilt vor allem für die Regulierung der Produktion und Verteilung der Gesundheitsgüter über das Sachleistungsprinzip und das System kollektiver Verträge zwischen Kassenverbänden und Leistungsanbietern. Zweitens zeichnet sich mit dem EuGH ein neuer „externer“ Akteur in der deutschen Gesundheitspolitik ab, der trotz der primären Zuständigkeit der Nationalstaaten für die Gesundheitsversorgung zwar subsidiär, aber von außen und mit weitreichenden Folgen in das gesundheitspolitische Regulierungssystem interveniert. Somit scheint der EuGH nicht nur ein Motor der (insgesamt zweifelsohne nachrangigen und strukturell blockierten) Sozialintegration Europas, sondern als eine Art europäisch-intermediärer Akteur, der die Vermittlung zwischen den nationalstaatlichen Kompetenzen und den Liberalisierungs- und Deregulierungsintensionen, die den Kern der Politischen Ökonomie des Integrationsprozesses ausmachen, im Politikfeld Gesundheit organisiert.⁵⁴ Auf jeden Fall schränkt der durch den EuGH markierte Korridor, innerhalb dessen sich die nationalen Wohlfahrtsstaaten zu bewegen haben, ihre reformpolitische Autonomie stärker ein, als dies auf den ersten Blick erscheinen mag (siehe dazu Kap. V). Das gilt insbesondere für das deutsche System der sozialen Selbstverwaltung. Will der Staat dieses System nicht grundsätzlich gefährden, hat er sich mit seinen Reformoptionen im Kontinuum des EG-Rechts zu bewegen.⁵⁵

⁵³ Zur gegenteiligen Auffassung siehe etwa Heinze 2002; ähnlich Pitschas, der aus dem EG-Vertrag, vor allem aber aus der Rechtsprechung des EuGHs „ein *Rechtsgebot zur Liberalisierung der nationalen Gesundheitsmärkte*“ ableitet. Gleichwohl verweist auch er darauf, dass dieses Liberalisierungsgebot keine absolute Gültigkeit beanspruchen kann, sondern sich mit den Mindestvorgaben des ebenfalls in der EuGH-Rechtsprechung proklamierten sozialen Gesundheitsschutzes arrangieren muss. Aus diesen unterschiedlichen wirtschafts- und sozialrechtlichen Anforderungen entstehe, so die These, etwas Neues, was Pitschas als *europäisches Sozialwirtschaftsrecht im Gesundheitssektor* bezeichnet (2002: 83 und 88; Hervorh. im Org.).

⁵⁴ Zur Funktion des EuGH in der europäischen Sozialpolitik vgl. Leibfried/Pierson 1998a: 65/66, sowie Leibfried 2000: 87; zum funktionalen Kerninhalt des Binnenmarktprojektes und zur strukturellen Blockade einer umfassenden Sozialunion vgl. Streeck 1998.

⁵⁵ Bereits heute existieren im juristischen Schrifttum Ansichten, die vom unbedingten Vorrang des Gemeinschaftsrechts ausgehen und eine grundsätzlich marktmäßige Ausrichtung der Sozialpolitik im

2.3. Kontextgesteuerte Integration

Ist der Fortgang der hier skizzierten Konflikte nur schwer einzuschätzen, so zeigen sich allmählich politische Dynamiken, die mit Blick auf den Gesundheitssektor externen Ursprungs sind. Zukünftig könnte ein sehr wirksamer Integrations Schub in der Gesundheitspolitik von einem kontextgesteuerten Prozesstyp ausgehen. Diese Integrationsart vollzieht sich vor allem über einen Mechanismus, in dem „über die strategische Setzung von Integrationszwängen indirekt nationale Politik gemacht (wird).“ (Leibfried 2000: 90) Dies geschieht mit Blick auf die Sozialpolitik im Allgemeinen, die Gesundheitspolitik im Besonderen über den „Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakt“ und darin insbesondere über die Vorschriften zur Vermeidung übermäßiger öffentlicher Haushaltsdefizite. In das Gesundheitssystem hineintransportiert wird dieser Zwang vor allem über das Verfahren der „offenen Koordinierung“, über das im Zusammenhang mit neuen strategischen Ausrichtung der EU auf dem Gipfel von Lissabon noch zu reden sein wird. Zuvor soll jedoch kurz gezeigt werden, dass sich in benachbarten Politikbereichen durch einen neuen, koordinierenden Regulierungstyp europäische Politikfeldstrukturen ausgebildet haben, die die Kompetenzen der Mitgliedsstaaten zurückgedrängt haben und ihre Politiken in Richtung der Vorgaben der Wirtschafts- und Währungsunion konvergieren lassen. Bemerkenswert ist, dass es sich dabei um Bereiche handelt, die ehemals wie die Gesundheitspolitik zu den Kernkompetenzen der Nationalstaaten gehörten.

Allgemeinen und der Nachfrage der Leistungsträger nach sozialen Dienstleistungen im Besonderen gefordert sehen (etwa Heinze 2002, m. w. H.). Und schließlich sollte nicht übersehen werden, dass auch deutsche Gerichte, unter ihnen das Bundessozialgericht, die Rechtmäßigkeit von Festbeträgen bei Arzneimitteln in Zweifel gezogen und diese als Eingriffe in die Berufsfreiheit der Arzneimittelhersteller und als Bildung eines Preiskartells qualifiziert hat. Eine Entscheidung, die freilich das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 17.12.2002 revidiert hat, indem es die Vereinbarkeit der den eingeräumten Verbände zur Festsetzung der Festbeträge sowie die entsprechenden Verfahren für vereinbar mit dem Grundgesetz erklärte (BVerfG, 1BL 28/95 vom 17.12.2002). Doch auch die Kompetenzen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beim Erlass der Arzneimittelrichtlinien sind heftigst umstritten (Eichenhofer 2001). Insbesondere an die Richtlinien des Bundesausschusses werden in diesem Sinne umfassende Anforderungen gestellt, um die Kompatibilität mit dem Gemeinschaftsrecht zu gewährleisten. Sollte sich diese Rechtsprechung weiterentwickeln, könnten schnell alle Rahmenempfehlungen und Rahmenvereinbarungen im Bereich der stationären, vor- und nachstationären und ambulanten Versorgung, aber auch das gesamte Bedarfsplanungs- und Zulassungswesen sowie die Regeln der Honorierung, Preisregulierung oder Budgetierung als Diskriminierung durch marktbeherrschende Unternehmen eingestuft werden oder unter Kartellverdacht geraten (Ebsen 2000: 310ff., Bieback 2001: 11ff.) Der Verweis auf andere Sektoren der öffentlichen Daseinsvorsorge (Verkehr, Telekommunikation, Elektrizitätsvorsorge), in denen vormalig öffentliche Monopole (auch) unter Beachtung des Europäischen Kartellrechts dereguliert und privatisiert wurden, mag die potenzielle Sprengkraft mit Blick auf das GKV-Steuerungsmodells verdeutlichen.

Kapitel B

Gesundheitspolitik im Prozess der wettbewerbspolitischen Restrukturierung der Europäischen Union

III. Die neue „strategische Zielsetzung“ in der EU und die Europäisierung der Gesundheitspolitik

1. Koordinierende Regulierung in europäischen Politikfeldern

Dass ehemals den Mitgliedsstaaten obliegende Politikbereiche zu europäischen Politikfeldern mutieren können, lässt sich anhand der Wirtschafts- und Haushaltspolitik bzw. der Beschäftigungspolitik in der EU belegen.⁵⁶ In diesen Feldern haben die Koordinierungsregeln durch ihre Integration in das europäische Primärrecht einen „harten“ Status erreicht und gelten als verbindliche Vorgaben.⁵⁷

1.1. Das Koordinierungsverfahren in der Wirtschaftspolitik ...

Heute umfasst das durch die Europäische Wirtschafts- und Währungsunion geprägt Wirtschaftsregime der EU eine intensive Koordinierung der Wirtschaftspolitik der Mitgliedsstaaten und der Gemeinschaft durch gemeinschaftsrechtlich kodifizierte Inhaltsvorgaben und Prozessregeln. Zunächst verpflichtet der EG-Vertrag die Mitgliedsstaaten und die EU gemeinsam zur Einführung einer Wirtschaftspolitik, „die auf einer engen Koordinierung der Wirtschaftspolitik der Mitgliedsstaaten, dem Binnenmarkt und der Festlegung gemeinsamer Ziele beruht und dem Grundsatz einer offenen Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb verpflichtet ist.“⁵⁸ Die Koordinierung ihrer Wirtschaftspolitik, die die Mitgliedstaaten als „Angelegenheit von gemeinsamem Interesse“ zu betrachten haben, findet im Rat nach einem festgelegten Verfahren⁵⁹ statt, das sich grundsätzlich wie folgt gestaltet: Der Rat erstellt mit qualifizierter Mehrheit und auf Empfehlung der Kommission einen Entwurf für die Grundzüge der Wirtschaftspolitik der Mitgliedsstaaten und der Gemeinschaft und erstattet dem Europäischen Rat hierüber Bericht. Der Europäische Rat erörtert auf der Grundlage dieses Berichtes des Rates seine Schlussfolgerungen zu den Grundzügen der Wirtschaftspolitik, auf dessen Grundlage der Rat dann eine Empfehlung verabschiedet, in der diese Grundzüge dargelegt werden. Daraufhin unterrichtet der Rat das Europäische Parlament über seine Empfehlung. Um eine engere Koordinierung der Wirtschaftspolitik und die angestrebte Konvergenz der Wirtschaftsleistungen der

⁵⁶ Die Literatur zur Europäisierung dieser Politikfelder ist äußerst umfangreich. An dieser Stelle und im Rahmen des inhaltlichen Schwerpunktes der vorliegenden Studie mag der Hinweis auf die kritischen Analysen in den Beiträgen in Hein/Truger 2002 und auf die dort rezipierte Literatur genügen.

⁵⁷ Davon unterscheiden sich die Aktivitäten, die in einzelnen Feldern der Sozialpolitik nach den noch ausführlich zu diskutierenden Regeln der „offenen Methode der Koordinierung“ praktiziert werden. Diese greifen seit geraumer Zeit insbesondere in der Alterssicherung und der Bekämpfung sozialer Ausgrenzung Platz (Eckardt 2002, Schulz-Weidner 2002). Da sich diese Maßnahmen jedoch noch weitgehend in einem Anfangsstadium befinden und die juristischen Verbindlichkeitsgrade (noch?) schwach und das institutionelle Design noch labil sind, sollen sich die nachfolgenden, kurzen Ausführungen auf die bereits umfassend etablierten Regularien im EU-Vertrag beschränken.

⁵⁸ Art. 4 EVG.

⁵⁹ Art. 99 EVG.

Mitgliedsstaaten zu gewährleisten, überwacht der Rat anhand von Berichten der Kommission die wirtschaftliche Entwicklung in jedem Mitgliedsstaat und in der Gemeinschaft insgesamt sowie die Vereinbarkeit der Wirtschaftspolitik mit den vertraglich (in Art. 2 EVG) vorgegebenen Grundzügen und nimmt in regelmäßigen Abständen eine Gesamtbewertung vor. Zum Zwecke der sogenannten multilateralen Überwachung machen die Mitgliedsstaaten der Kommission Angaben zu wichtigen einzelstaatlichen Maßnahmen auf dem Gebiet der Wirtschaftspolitik und übermitteln weitere, von ihnen für wichtig erachtete Informationen. Wird im Rahmen des Verfahrens festgestellt, dass die Wirtschaftspolitik in einem Mitgliedsstaat nicht mit den beschlossenen Grundzügen vereinbar ist oder das Funktionieren der Wirtschafts- und Währungsunion zu gefährden droht, kann der Rat mit qualifizierter Mehrheit und auf Empfehlung der Kommission entsprechende Empfehlungen an den Mitgliedsstaat richten und diese auch veröffentlichen. Schließlich erstatten der Präsident des Rates und die Kommission dem Europäischen Parlament über die Ergebnisse der multilateralen Überwachung Bericht.

Dieses Verfahren, das weitgehend vom Rat gestaltet und durch die Einbindung des Europäischen Rates politisch aufgewertet wird, basiert auf einem Verständnis von Koordinierung, das auf eine Abstimmung der nationalen Wirtschaftspolitiken mit Blick auf gleiche Ziele, ein gemeinsames Controlling-Verfahren sowie Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte der Institutionen der EU hinausläuft. „Die grundsätzlich in die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten fallende Wirtschaftspolitik ist deshalb im Hinblick auf die damit einhergehende Entscheidungs- und Handlungsautonomie der Mitgliedsstaaten (...) immer stärker eingeeengt worden.“ (Schulte 2002: 1). Kein Zweifel, die Etablierung eines verbindlichen Koordinierungsverfahrens, das mit der dezidierten Einschränkung der Souveränität der Mitgliedsstaaten in einem wichtigen Politikbereich einher geht, beruht auf dem Ziel, die Konvergenz in den Wirtschaftsentwicklungen und -politiken der Mitgliedsstaaten zu erhöhen und damit der Zielvorgabe des Euro-Finanzregimes zu entsprechen.

1.2. ... in der Fiskalpolitik

Bestandteil der gemeinschaftsrechtlichen wirtschaftspolitischen Vorgaben für die Mitgliedsstaaten sind auch die Vorschriften zur Vermeidung „übermäßiger“ öffentlicher Defizite und zur Einhaltung einer strikten „Haushaltsdisziplin“.⁶⁰ Demnach dürfen das geplante oder tatsächliche öffentliche Haushaltsdefizit drei Prozent und der öffentliche Schuldenstand 60 Prozent des Bruttoinlandsproduktes nicht übersteigen, wobei zu den öffentlichen Haushalten sowohl der Zentralstaat, als auch regionale und lokale Gebietskörperschaften sowie Sozialversicherungseinrichtungen (also: Bund, Länder, Gemeinden sowie die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung in Deutschland) zu rechnen sind. Die Kommission überwacht die Entwicklung der Haushaltsslage und die Höhe des öffentlichen Schuldenstandes im Hinblick auf

⁶⁰ Vgl. Art. 104 EVG sowie das Protokoll über das Verfahren bei einem übermäßigen Defizit aus dem Jahre 1992.

schwerwiegende Fehler in der Politik und prüft die Einhaltung der Haushaltsdisziplin anhand der festgelegten Grenzwerte. Werden in einem Mitgliedsstaat nicht beide Kriterien erfüllt bzw. sieht die Kommission die Gefahr (!) eines übermäßigen Defizits, erstellt sie bzw. kann sie einen Bericht erstellen, zu dem der Wirtschafts- und Finanzausschuss⁶¹ eine Stellungnahme abgibt. Dieser Bericht hat zu berücksichtigen, ob das öffentliche Defizit die Ausgaben für öffentliche Investitionen übersteigt; zu berücksichtigen sind ferner alle sonstigen „einschlägigen Faktoren“, einschließlich der mittelfristigen Wirtschafts- und Haushaltslage des Mitgliedsstaates. Ist die Kommission der Auffassung, dass in einem Mitgliedsstaat ein übermäßiges Defizit besteht oder sich ergeben könnte, legt sie dem Rat eine Stellungnahme vor. Auf der Grundlage der Stellungnahme entscheidet der Rat unter Beachtung der Gesamtlage mit qualifizierter Mehrheit, ob ein übermäßiges Defizit besteht, Diese Entscheidung fällt unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Kommission und unter Berücksichtigung der Empfehlungen, die der Mitgliedsstaat gegebenenfalls abzugeben wünscht.

Wird ein solches festgestellt, richtet der Rat an den betreffenden Mitgliedsstaat eine Empfehlung mit dem Ziel, der Lage innerhalb einer bestimmten Frist abzuhelpfen, und veröffentlicht diese Empfehlung für den Fall, dass sie innerhalb der Frist keine wirksamen Gegenmaßnahmen ausgelöst haben sollte. Bleiben auch dann noch entsprechende Maßnahmen des Mitgliedsstaates aus, kann der Rat dem Mitgliedsstaat Sanierungsmaßnahmen zum erforderlichen Defizitabbau aufgeben sowie ihn zur Vorlage von Umsetzungsberichten nach einem bestimmten Zeitplan zu Überprüfung der Anpassungsbemühungen ersuchen. Solange der Mitgliedsstaat diese Beschlüsse nicht befolgt, kann der Rat unterschiedliche Sanktionsmaßnahmen verhängen, über die der Präsident des Rates das Europäische Parlament zu unterrichten hat.⁶² Korrigiert der betroffene Staat sein Defizit, so hebt der Rat einzelne oder alle beschlossenen Maßnahmen im Gleichschritt zum Defizitabbau auf und stellt im Falle der Veröffentlichung seiner Empfehlungen in einer ebenfalls öffentlichen Erklärung die Beseitigung des übermäßigen Defizits fest. Alle Maßnahmen in diesem Verfahren beschließt der Rat auf Empfehlung der Kommission mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit, freilich unter Ausschluss des betroffenen Mitgliedstaates.

Gegenüber den Koordinierungsregeln in der Wirtschaftspolitik zeichnet sich das Überprüfungsverfahren zur Vermeidung „übermäßiger Defizite“ und zur Sicherung strikter Haushaltsdisziplin durch einen höheren Grad an Genauigkeit und Verbindlichkeit in den Vorgaben und durch die Schärfe der Sanktionsmaßnahmen aus, mit der sie die nationalen Politiken auf eine wirtschaftsliberal-restriktive Ausrichtung festlegt (Priewe 1997). Darin kommt nicht zuletzt der Primat einer restriktiven Fiskalpolitik zum Ausdruck, von der man sich ein maximaler Beitrag zur Stärkung des Wirtschaftsraumes Europa erwartet wird. Gleichwohl erwiesen sich gerade die fiskalpolitischen Vorgaben in Verbindung mit den geld- und währungspolitischen

⁶¹ Nach Art. 114 EVG.

⁶² Zu diesen Maßnahmen gehören nach Art. 104 Abs. 11 EVG z. B. das Verlangen gegenüber dem Mitgliedsstaat, eine unverzinsliche Einlage in angemessener Höhe bei der Gemeinschaft bis zur Korrektur des übermäßigen Defizits zu hinterlegen, oder eine Geldbuße in angemessener Höhe zu verhängen.

Konvergenzkriterien⁶³, die für die Realisierung der dritten Stufe der Wirtschafts- und Währungsunion definiert wurden, als harte Restriktionen für eine aktive Beschäftigungspolitik in der EU. Indem sie die Staaten in Phasen konjunktureller Schwäche auf eine „prozyklische Parallelpolitik“ (Oberhauser 1996) festlegen, müssen sie mit Blick auf das Ziel der Bekämpfung von Arbeitslosigkeit als nicht förderlich, sondern als in hohem Maße hinderlich bewertet werden.

1.3. ... in der Beschäftigungspolitik

Lange Zeit galt das Feld der Beschäftigungspolitik noch als Domäne der Nationalstaaten und als Beleg für die Nachrangigkeit sozialpolitischer Aktivitäten der EU-Politik. Doch auch hier entwickelte die Gemeinschaft, nicht zuletzt auf Initiative der in den 90-er Jahren in Regierungsfunktionen gelangten Linksregierungen vor allem der aus Frankreich, Initiativen zur Konstituierung eines europäischen Politikfeldes in einem bisher der Autonomie der Mitgliedstaaten zugehörigen Bereich (Tidow 1998, Aust 2000). Im Rahmen der Revision durch den Amsterdamer Vertrag erhielt der EG-Vertrag ein eigenes Beschäftigungskapitel.⁶⁴ Demnach verpflichten sich Mitgliedsstaaten und Gemeinschaft auf die Entwicklung einer koordinierten Beschäftigungsstrategie hinzuarbeiten, die sich mit den verabschiedeten Grundzügen der Wirtschaftspolitik im Einklang befindet und auf ein möglichst hohes Beschäftigungsniveau zielt. Im Vordergrund stehen sollen die Förderung Qualifizierung, Ausbildung und Anpassungsfähigkeit der Arbeitnehmer sowie die Fähigkeit der Arbeitsmärkte, auf die Erfordernisse des wirtschaftlichen Wandels zu reagieren. Der Europäische Rat prüft dabei anhand eines gemeinsamen Jahresberichtes des Rates und der Kommission jährlich die Beschäftigungslage und nimmt hierzu Schlussfolgerungen an. Anhand dieser Schlussfolgerungen legt der Rat nach einem umfassenden Anhörungsverfahren mit qualifizierter Mehrheit jährlich Leitlinien fest, die mit den jeweiligen Grundzügen der Wirtschaftspolitik in Einklang stehen und die von den Mitgliedsstaaten in ihren Beschäftigungspolitiken zu berücksichtigen sind. Die Mitgliedstaaten übermitteln dem Rat und der Kommission ihrerseits jährlich einen Bericht über die wichtigsten Maßnahmen zur Umsetzung der beschäftigungspolitischen Leitlinien, der als Grundlage einer Prüfung des Rates dient. Wenn er es nach der Prüfung für angebracht hält, kann der Rat auf Empfehlung der Kommission seinerseits Empfehlungen an die Mitgliedsstaaten richten. Auf dieser Grundlage unterrichten der Rat und die Kommission in einem Jahresbericht den Europäischen Rat über die Beschäftigungslage in der Gemeinschaft und die Umsetzung der beschäftigungspolitischen Leitlinien. Der Rat kann im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses und des Ausschusses der Regionen Anreizmaßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten

⁶³ Vgl. Art. 121 und 122 EVG sowie das „Protokoll über die Konvergenzkriterien nach Artikel 121 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft“ aus dem Jahre 1992. Sie bezogen sich insbesondere auf Vorschriften zur Preisstabilität sowie zur Konvergenz der Zinssätze vor dem Eintritt in die dritte Stufe der Wirtschafts- und Währungsunion.

⁶⁴ Siehe dazu Titel VII (Art. 125 – 130) EG-Vertrag.

beschließen.⁶⁵ Ebenfalls kann er Initiativen beschließen, „die darauf zielen, den Austausch von Informationen und bewährten Verfahren zu entwickeln, vergleichende Analysen und Gutachten bereitzustellen sowie innovative Ansätze zu fördern und Erfahrungen zu bewerten, und zwar insbesondere durch den Rückgriff auf Pilotverfahren.“ Ausgeschlossen sind Maßnahmen einer Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

Im Zuge der Implementierung des Koordinierungsverfahrens wurde mit dem „Beschäftigungsausschuss“ ein neues Gremium auf EG-Ebene gegründet, das wichtige Koordinierungsfunktionen übernimmt.⁶⁶ Der Beschäftigungsausschuss wurde mit beratender Funktion nach Anhörung des Europäischen Parlaments durch den Rat eingesetzt und erhielt vertraglich die Funktion, die Koordinierung der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik zu fördern. Er besteht aus je zwei Mitgliedern der Mitgliedsstaaten und der Kommission und hat insbesondere folgende Aufgaben: Er verfolgt die Beschäftigungslagen und -politiken in den Mitgliedsländern und der Gemeinschaft; und er gibt auf Ersuchen des Rates, der Kommission oder aufgrund eigener Initiative Stellungnahmen ab und trägt zur Vorbereitung der jährlichen Koordinierungsfunktion des Rates bei. Bei der Erfüllung seiner Aufgaben hat er die Sozialpartner zu hören.

2. Die strategische Neuausrichtung des Integrationsprozesses durch die Lissabonner Wettbewerbsstrategie

Doch in der Phase nach der Amsterdamer Vertragsrevision erlebte nicht nur die Beschäftigungspolitik in der EU neue Impulse (Aust 2000). Die neue Aufmerksamkeit für die Vorteile des europäischen Sozialstaatsmodells und der Sozialpolitik, die seit dem Amsterdamer Gipfel auf der Gemeinschaftsebene zu konstatieren ist, erhielt einen neuen Schub in Rahmen der Etablierung eines neuen, wettbewerbspolitischen Leitbildes für den Fortgang der europäischen Integration, das der Europäische Rat auf seiner Sondertagung am 23. bis 24. März 2000 in Lissabon diskutierte und verabschiedete. Auch in diesem, vor allem wettbewerbspolitisch konturierten Konzept erfuhr die Sozialpolitik durchaus eine strategische Aufwertung. Angesicht der Herausforderungen der Globalisierung und im Banne der Dynamik der US-amerikanischen Ökonomie (und vor allem der Sektoren der New Economy) müsse sich die Union auf ein „klares strategisches Ziel festlegen und sich auf ein ambitioniertes Programm für den Aufbau von Wissensinfrastrukturen, die Förderung von Innovation und Wirtschaftsreform und die Modernisierung der Sozialschutz- und der Bildungssysteme einigen.“ (Europäischer Rat 2000). Dieses neue strategische Ziel, auf das sich die Union auf ihrer Lissabonner Tagung als Ziel für das kommende Jahrzehnt einigte, besteht nun darin, „die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen - einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einen größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen.“

⁶⁵ Art. 129 EGV.

⁶⁶ Art. 130 EVG.

(Europäischer Rat 2000). Ergänzt wurde diese Zielsetzung durch eine Rehabilitierung des Vollbeschäftigungsziels und einer makroökonomischen Wirtschaftsregulierung, die ihren Ausdruck in Vereinbarungen über einen „makroökonomischen Policy-Mix“ fanden und die ökonomischen Wachstumsvoraussetzungen der gesamten Strategie schaffen sollten. „Diese Strategie soll die Union in die Lage versetzen, wieder die Voraussetzungen für Vollbeschäftigung zu schaffen und den regionalen Zusammenhalt der Union zu stärken. (...) Sofern die nachstehend aufgeführten Maßnahmen in einem tragfähigen makroökonomischen Kontext durchgeführt werden, dürfte eine durchschnittliche wirtschaftliche Wachstumsrate von etwa 3 Prozent eine realistische Aussicht für die kommenden Jahre darstellen.“ (Europäischer Rat 2000)

Als Maßnahmen der Vorbereitung des Übergangs zu einer wettbewerbsfähigen, dynamischen und wissensbasierten Wirtschaft wurden unter anderem die im europäischen Stabilitäts- und Wirtschaftspakt formulierte Zielsetzung einer strikten und nachhaltigen Konsolidierung der öffentlichen Finanzen bekräftigt und zugleich die Notwendigkeit einer umfassenden „Modernisierung des sozialen Schutzes“ betont. Als Ziel dieser Modernisierungsstrategie wurde die Anpassung der Sozialschutzsysteme an die Anforderungen der wissensbasierten Wirtschaft festgelegt, um den strategischen Transformationsprozess des ökonomischen Entwicklungsmodells aktiv zu unterstützen. Notwendig dazu sei die stärkere Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten durch den Austausch von Erfahrungen und bewährter Verfahren mittels verbesserter Informationsnetze. Der Rat und die Kommission wurden aufgefordert, nach dem üblichen Verfahren bis zum Frühjahr 2001 einen Bericht vorzulegen, in dem anhand vergleichbarer Daten und Indikatoren überprüft werden sollte, ob in den Mitgliedsstaaten angemessene konkrete Schritte unternommen werden, „um (...) die langfristige Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen sicherzustellen, indem (...) alle diesbezüglichen Aspekte, einschließlich der Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung, geprüft werden.“ (Europäischer Rat 2000) Dabei wurden sowohl die Forderung nach der Förderung von Sach- und Humankapital sowie die Gewährleistung einer guten Gesundheitsfürsorge als strategische Ziele benannt.

Nun muss bereits mit geringem zeitlichem Abstand konstatiert werden, dass sowohl die ökonomischen als auch die arbeitsmarktpolitischen Zielsetzungen der Lissabonner Strategie offensichtlich zu ambitioniert ausfielen. Weder befinden sich die nationalen Ökonomien in der EU auf einem mittelfristigen Wachstumspfad von 3 Prozent, noch ist das Ziel der Vollbeschäftigung auf absehbare Zeit als erreichbar zu bewerten. Und obwohl die US-amerikanische wie die europäische New Economy zu Beginn des Jahrhunderts in tiefe Rezessionen fielen, hat sich die ökonomische Potenz der USA gegenüber dem Euro-Raum wohl eher vergrößert als verringert. Somit steht zumindest aus der anvisierten Zeitperspektive das gesamte politische Projekt des Lissabonner Gipfels infrage. Gleichwohl sollte Gleiches nicht vorschnell für die Strategie behauptet werden, im Kernbereich der EU über eine koordinierte, politische Strategie den Übergang vom fordistischen Industrie- zum flexiblen Finanzkapitalismus zu befördern (Bieling u. a. 2001). Es spricht vielmehr einiges dafür, dass die ökonomische Stagnationsphase, in die einige der Kernstaaten des Euroraumes geraten sind, die

politische Entschlossenheit und Kraftanstrengungen zur Durchsetzung der strategischen Ziele des Lissabonner Projektes eher verstärkt und erweitert haben (dazu auch: Europäische Kommission 2001a).

3. Die offene Methode der Koordinierung(OMK) als Regulierungstyp

Zum Zwecke einer kohärenteren und systematischeren Umsetzung der strategischen Beschlüsse einigte sich der Rat bereits auf dem Lissabonner Gipfel auf die Anwendung eines neuen Koordinierungsverfahrens. Dies geschah mit dem expliziten Ziel, die Leistungs- und Koordinierungsfunktion des Europäischen Rates bei der Umsetzung des strategischen Generalziels einer wettbewerbsfähigen Wissensökonomie sowie der strategischen Unterziele zu stärken. „Die Umsetzung dieser Strategie wird mittels der Verbesserung der bestehenden Prozesse erreicht, wobei eine neue offene Methode der Koordinierung auf allen Ebenen, gekoppelt an eine stärkere Koordinierungs- und Leitungsfunktion des Europäischen Rates, eingeführt wird, die eine kohärentere strategische Leitung und eine effektive Überwachung der Fortschritte gewährleisten soll. Der Europäische Rat wird auf einer jährlich im Frühjahr anzuberaumenden Tagung die entsprechenden Mandate festlegen und Sorge dafür tragen, dass entsprechende Folgemaßnahmen ergriffen werden.“ (Europäischer Rat 2000: 3) Als Kernelemente dieser neuen, „offenen Methode der Koordinierung“ (OMK), die den Mitgliedstaaten eine Hilfe bei der schrittweisen Entwicklung ihrer eigenen Politiken sein soll, lassen sich die folgenden benennen:

- „Festlegung von Leitlinien für die Union mit einem jeweils genauen Zeitplan für die Verwirklichung der von ihnen gesetzten kurz-, mittel- und langfristigen Ziele;
- gegebenenfalls Festlegung quantitativer und qualitativer Indikatoren und Benchmarks im Vergleich zu den Besten der Welt, die auf die in den einzelnen Mitgliedstaaten und Bereichen bestehenden Bedürfnisse zugeschnitten sind, als Mittel für den Vergleich der bewährten Praktiken;
- Umsetzung dieser europäischen Leitlinien in nationale und regionale Politik durch Entwicklung konkreter Ziele und Erlass entsprechender Maßnahmen unter Berücksichtigung der nationalen und regionalen Unterschiede;
- regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Prüfung im Rahmen eines Prozesses, bei dem alle Seiten von einander lernen.

Im Einklang mit dem Subsidiaritätsprinzip wird nach einem völlig dezentralen Ansatz vorgegangen werden, sodass die Union, die Mitgliedstaaten, die regionalen und lokalen Ebenen sowie die Sozialpartner und die Bürgergesellschaft im Rahmen unterschiedlicher Formen von Partnerschaft aktiv mitwirken.“ (Europäischer Rat 2000: 12-13)

Die OMK verarbeitet Erfahrungen aus dem finanzpolitischen Koordinierungsverfahren, schlägt aber eigenständige Wege ein. Anwendung soll sie, wie auf den Gipfeln in Lissabon (2000), in Feira (2000) und Stockholm (2001) festgelegt wurde, auf nahezu

alle wettbewerbspolitisch relevanten Politikfelder finden.⁶⁷ Zu diesen werden auch die Alterssicherungspolitik (Eckardt 2002, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger u. a. 2002), die Maßnahmen gegen „Armut und soziale Ausgrenzung“ (Schulte 2002) und eben auch die Gesundheitspolitik (Busse 2002, Pitschas 2002) gezählt. Aber auch in der Migrations- und Asylpolitik soll OMK Anwendung finden (Hill 2002: 142/143). Sie gibt sich als ein eigenständiges, jenseits des Erlasses von Richtlinien und Verordnungen angesiedeltes Abstimmungs- und Umsetzungsverfahren des Europäischen Rates zu erkennen, in dem über die Analyse quantitativer und qualitativer Indikatoren „bewährte Praxis“-Beispiele („Best-Practice“) identifiziert und in Benchmarks transformiert werden sollen. Diese sollen in strategische Leitlinien eingehen, zu deren Umsetzung konkrete Zeitpläne sowie regelmäßige Überwachungs-, Bewertungs- und Prüfungsverfahren (Monitoring-Verfahren) vereinbart werden. Bei der Einrichtung eines entsprechenden Überwachungssystems soll die Evaluierung des Umsetzungsfortschritts mit Hilfe von Ranking-Listen und einer Peer-Group-Review geschehen. Methodisch und verfahrenstechnisch steht mit dem Prinzip des politischen „Benchmarking“ eine, der neueren betriebswirtschaftlichen Debatte entnommene Methode des kontinuierlichen und institutionalisierten „Lernens von den Besten“ im Vordergrund; eine Methode, die in der jüngeren Vergangenheit politisch Karriere machte (von Bandemer 1998, Tidow 1999, Hill 2002: 153-155).⁶⁸ Konstitutiv und charakteristisch ist dabei die hohe Dosis an Pragmatismus, die nur leise nach eventuellen Folgewirkungen einer in einen fremden institutionellen Kontext transplantierten „Best-Practice“ fragt.

Insgesamt besitzt dieses Modell sowohl gegenüber den bisherigen Politikstrategien als auch gegenüber dem bisher praktizierten koordinierenden Regulierungstyp einige Spezifika, die es in der auf dem Lissabonner Gipfel definierten Variante als ein neues und eigenes Interaktionsmodell zu erkennen geben.⁶⁹ Es unterscheidet sich zum einen von den gescheiterten Versuchen, mittels institutioneller Angleichungsmaßnahmen zu einer Europäisierung der Sozialpolitik beizutragen, und es setzt trotz einiger Gemeinsamkeiten mit den Koordinierungsverfahren in der Wirtschafts- und Fiskalpolitik auch gegenüber diesem neue Akzente. Doch auch die „weiche“ Variante der Koordinierung stiftet Handlungszusammenhänge und Strukturen, die in ihrer Gänze zur Konstituierung eines neuen Politikfeldes beitragen. In diesem Politikfeld lassen sich ein eigenes, transnationales Verhandlungsregime⁷⁰ mit definierten Akteuren, Verfahrensregeln und politischen Zielen identifizieren:

⁶⁷ Zur allgemeinen Darstellung und kritischen wissenschaftlichen Diskussion der OMK vgl. Hodson/Maher 2001, Ohndorf 2002, Hill 2002, Schulz-Weidner 2002, Terwey 2003.

⁶⁸ Es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass gerade in der angelsächsischen Management- und Betriebswirtschaftslehre bereits eine kritische Debatte über die Leistungsfähigkeit der Best-Practice-Methode begonnen hat (Szulanski/Winter 2002).

⁶⁹ Erste Verweise auf die erst langsam beginnende Debatte über die regulationstheoretische Charakterisierung der OMK finden sich bei Hill 2002: 155-162.

⁷⁰ Verhandlungsregime sind „absichtsvoll geschaffene normative Bezugsrahmen, welche die Verhandlungen zwischen einer formell festgelegten Anzahl von Akteuren steuern, die sich explizit dazu bereit erklärt haben, bestimmte Interessenpositionen anderer Parteien zu respektieren, bestimmte gemeinsame Ziele zu verfolgen und bei ihren zukünftigen Interaktionen bestimmte Verfahren zu beachten.“ (Scharpf 1999: 241).

- Die Schlüsselakteure, die freilich mit unterschiedlichen Kompetenzen und Machtressourcen ausgestattet werden, sind der Europäische Rat, die Europäische Kommission und die EU-Ministerräte (dazu: Schulze-Weidner 2002), wobei das Gesamtverfahren durch die intendierte Einbeziehung der Sozialpartner und der „Bürgergesellschaft“ Elemente einer europagesellschaftlichen Konzertierung und damit quasi-korporatistische Züge erhält bzw. erhalten soll. Die Kommission spielt die entscheidende Rolle auf der Ebene der Steuerung und Moderation des Verfahrens. Sie unterbreitet die Vorschläge für Leitlinien und Indikatoren und erstellt die erforderlichen Syntheseberichte, aus denen der Grad der Zielerreichung abgelesen wird. Die EU-Ministerräte für Arbeit und Sozialfragen sowie für Wirtschaft und Finanzen beschließen über die Leitlinien und Indikatoren. Doch die entscheidende Rolle spielt der Europäische Rat, dem explizit eine stärkere Leitungs- und Koordinierungsfunktion und entsprechende Kompetenzen zugewiesen werden. Er hat die Umsetzung der Strategien und Prozesse zu überwachen und gegebenenfalls korrigierend einzugreifen. Da die jährlichen „Frühjahrssitzungen“ des Europäischen Rates zentrale Knotenpunkte der Abwicklung des Verfahrens darstellen, sollen zukünftig neben den Regierungschefs, den Finanz- und Außenministern auch die Arbeits- und Sozialminister beteiligt werden, um diese stärker in die Koordinierung der konvergenten Prozesse in den einzelnen Politikfeldern einzubeziehen.

- Der Konzertierungsgedanke der Lissabonner Strategie prägt auch die OMK in hohem Maße. So geht ihre Implementierung mit einer institutionellen Modernisierung einher. Diese zielt auf die Beseitigung von Hindernissen bei der Formierung einer eurokorporatistischen Regulierungsstruktur.⁷¹ Dies wird unter anderem an der nachfolgenden Initiative der Europäischen Kommission zur Einrichtung eines „dreigliedrigen Sozialgipfels für Wachstum und Beschäftigung“ im Rahmen der

⁷¹ Von einem realen Euro-Korporatismus ist die EU zur Zeit jedoch noch weit entfernt. So fehlen auf europäischer Ebene die verbands- wie die machtpolitischen Voraussetzungen einer funktionsfähigen korporatistischen Interessenvermittlungs- und Regulierungsstruktur. Weder im Kapital-Arbeit-System noch in den Feldern der Sozialpolitik besitzen die Interessenverbände, wo sie überhaupt als handlungsfähige Akteure existieren, entsprechende Fähigkeiten. Nach außen fehlt ihnen das Repräsentationsmonopol und nach innen eine ausreichende Verpflichtungsfähigkeit gegenüber ihren Mitgliedern. Zugleich fehlen der EU, so Schmitter und Grote, „zwei entscheidende Eigenschaften, die beim Entstehen nationaler Korporatismen Pate gestanden hatten:

(1) die autonome Fähigkeit, über Umverteilungsfragen autonom zu entscheiden und die entsprechende Politik durchzusetzen;

(2) ein relatives Kräftegleichgewicht zwischen den Klassen.“ (Schmitter/Grote 1997: 551) Somit fehlen, vermutlich auf absehbare Zeit, Voraussetzungen, ohne die eine korporatistische Vermittlungsstruktur kaum entstehen bzw. funktionieren kann. Insofern erweist sich auch die in der Forschung vertretene These eines sich bereits abzeichnenden Euro-Korporatismus in der Sozialpolitik als etwas voreilig (Falkner 1998). Wenn Schulzen (2000) mit Blick auf die europäischen Arbeitsbeziehungen und den vielzitierten „sozialen Dialog“ jedoch von einem „symbolischen Euro-Korporatismus“ spricht, der vor allem der Einbindung der Gewerkschaften in die wettbewerbspolitische Restrukturierung des europäischen Raumes dient, so verweist dies auf eine strategische Zielsetzung, die sich ähnlich auch in den Feldern der europäischen Sozialpolitik Geltung verschaffen könnte. Denn zweifelsohne liegt der Lissabonner Strategie und der OMK das Leitbild einer wettbewerbskorporatistischen Einbindung der in der Sozialpolitik handlungsmächtigen Akteure zum Zwecke der Realisierung der anvisierten Ziele zugrunde. Bei diesem Regulierungsmodell dürfte es sich jedoch um einen „asymmetrischen Korporatismus“ handeln, in dem die Interessen der Lohnabhängigen und der Empfänger sozialpolitischer Leistungen zwar in die Entscheidungsprozesse auf EU-Ebene eingespeist werden, gegenüber den wettbewerbspolitischen Zielsetzungen aber eine untergeordnete Rolle spielen dürften.

Stärkung des sozialen Dialogs deutlich (Europäischen Kommission 2002b). Dieser tripartite Gipfel soll den ständigen Ausschuss für Beschäftigungsfragen ersetzen, dem es trotz seiner Reform im Jahr 1999 nicht gelungen ist, „die Konzertierung zwischen dem Rat, der Kommission und den Sozialpartnern wieder auf alle Bestandteile der Strategie von Lissabon zu konzentrieren.“ (14). Die Ersetzung des Beschäftigungsgipfels durch einen neuen Konzertierungsgipfel geht auf einen Vorschlag zurück, den die Sozialpartner in ihrem gemeinsamen Standpunkt für den Europäischen Rat von Laeken unterbreitet hatten. Die OMK spielt in diesem Prozess eine doppelte Rolle. So sollen zum einen Maßnahmen, die zur Verbesserung der Überwachung und der Umsetzung von Absprachen innerhalb des Sozialgipfels geplant sind, über Verfahren gehandhabt werden, die sich an der offenen Koordinierungsmethode orientieren; zum anderen soll jeder Bereich der OMK nach dem Vorbild des makroökonomischen Dialogs auch „in einem strukturierten Dialog mit den Sozialpartnern“ behandelt werden (16). Über diesen Weg zielt der neue Sozialgipfel vor allem auf die stärkere Einbeziehung der Sozialpartner bei der Umsetzung der verschiedenen Projekte der Lissabonner Strategie.

Das institutionelle Design des Sozialgipfels orientiert auf die Zusammenführung der Arbeitsmarktparteien mit den Akteuren der europäischen Exekutive. In ihrem Vorschlag an den Rat zur Einrichtung des Gipfels schlägt die Europäische Kommission als Teilnehmer den amtierenden Ratsvorsitz auf Ebenen der Staats- und Regierungschefs und die beiden sich daran anschließenden Ratsvorsitze, die Kommission sowie Vertreter der Sozialpartner vor. Dabei sollen sich die Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter auf zwei gleich große Delegationen von jeweils höchstens zehn Personen verteilen, wobei jede Delegation aus Vertretern von allgemeinen oder branchenspezifischen europäischen Interessenverbänden bestehen soll. Die technische Koordinierung obliegt auf Seiten der Sozialpartner dem Europäischen Gewerkschaftsbund (EGB) sowie der Union der europäischen Industrie- und Arbeitgeberverbänden (UNICE). Der Gipfel soll mindestens einmal im Jahr zusammentreten, wobei eine Sitzung kurz vor dem Europäischen Rat im Frühjahr abgehalten werden muss. Geleitet werden sie gemeinsam vom amtierenden Ratsvorsitzenden und vom Präsidenten der Kommission. Die zu behandelnden Themen werden einvernehmlich zwischen den Beteiligten festgelegt und dem Europäischen Rat wird über Gespräche und Ergebnisse Bericht erstattet.

- Von traditionellen Harmonisierungsstrategien unterscheidet sich das OMK-Verfahren vor allem dahingehend, dass es die Vielfalt in den institutionellen Arrangements der Mitgliedsstaaten akzeptiert und Prozesse der Konvergenz aus der Welt der Institutionen in die der Politik verlagert. Statt institutioneller Harmonisierung geht es um eine neue Form „prozessgesteuerter Systemkonvergenz“ (Schulze-Weidner 2002: 2). Dabei entspräche der anvisierte Endpunkt des strategischen Abstimmungsbemühens – zumindest im theoretischen Modell – durchaus einer Spielart von Harmonisierung, allerdings nicht der Institutionen, sondern der Politiken bzw. der Politikziele. Dieser Übergang von einer Strategie der „Harmonisierung der Institutionen“ zu einer der „Harmonisierung der Politikziele“ versucht, konvergente Entwicklungsprozesse über den Weg einer EU-weiten Koordinierung der Politikzielformulierung zu erreichen, ohne die Souveränität und Autonomie der Nationalstaaten formell infrage zu stellen. Mit dem

Verbleib der Entscheidungen über die Auswahl der politischen Optionen umgeht das offene Koordinierungsverfahren die bisher immer wieder aufflammenden Konflikte zwischen Gemeinschaft und Mitgliedsstaaten um die Verteilung der Gestaltungskompetenzen in der Sozialpolitik; und damit umgeht es zugleich eine der zentralen Hindernisse, die einer Vereinheitlichung der nationalen und gemeinschaftlichen Sozial- und Gesundheitspolitiken bisher stets entgegenstanden.

- Gegenüber dem in der Finanzpolitik institutionalisierten Koordinierungsverfahren des Wachstums- und Stabilitätspaktes unterscheidet sich die OMK in der Gesundheitspolitik mit Blick auf die formalrechtliche Verbindlichkeit. Während im Feld der Finanzpolitik im EG-Vertrag (also quasi in der „Europäischen Verfassung“) klare Verhaltensregeln aufgestellt und für den Fall von Zuwiderhandlungen Sanktionsmaßnahmen benannt werden („harte Koordinierung“), verzichtet die „weiche“ Variante der offenen Koordinierung auf dezidierte Vorgaben und formelle Sanktionsregeln und setzt eher auf „kommunikative und interaktive“ Steuerungsformen (Tidow 1999). Gleichwohl kann auch diesen eine „Grammatik der Härte“ (Fach 1997) innewohnen. Denn als wettbewerbs- bzw. stabilitätspolitisch wichtig eingeschätzte und europaweit vereinbarte Ziele können, vermittelt über nationale und europäische Medien (Rieger 2002), schnell zu Prüfsteinen der nationalen Politik avancieren. Die Nichterreichung der jeweiligen Vorgaben wird dann zu einem Legitimationsprobleme erzeugenden „Politikversagen“ stilisiert, aus dem in einer, medial vermittelten und zunehmend europäisierten Öffentlichkeit schnell ein harter politischer „Gruppendruck“ (Heise 2002) entstehen kann.⁷² Werden Staaten, die gemeinsam vereinbarte Ziele verfehlen, benannt und an den

⁷² Ob heute bereits von der Existenz einer europäischen Öffentlichkeit ausgegangen werden kann bzw. muss, ist in der Forschung durchaus umstritten (als Überblick siehe Kantner 2002). Während etwa Gerhards nach wie vor eine „nationale Verhaftung der medialen Öffentlichkeit“ diagnostiziert und „eine Inkongruenz zwischen einer Europäisierung der politischen Entscheidungen einerseits und einer medialen Darstellung und Vermittlung europäischer Politik andererseits“ konstatiert (2000: 299), setzt Risse (2002) durchaus andere Akzente. Folgt man Risse, so ließe sich von einer europäischen Öffentlichkeit dann sprechen, wenn folgende Bedingungen gegeben sind. „1. Die gleichen Themen werden zur gleichen Zeit in den nationalen Öffentlichkeiten diskutiert. 2. Die Referenzpunkte und Bedeutungsstrukturen ähneln sich, unter denen Themen europaweit in den nationalen Öffentlichkeiten diskutiert werden. 3. Teilnehmer/innen an den Diskursen im öffentlichen Raum akzeptieren sich über nationale Grenzen hinweg als legitime Sprecher/innen.“ (2002: 22) Nach Sichtung des gegenwärtigen Standes der empirischen Forschung kommt Risse zu dem Ergebnis, dass zwar das „Aufmerksamkeitsniveau für europäische – im Vergleich zu nationalen und lokalen – Themen (...) nach wie vor niedrig“ sei, dass sich aber dann, wenn über Europa kommuniziert werde, „eine themenspezifische Kommunikationsgemeinschaft mit geteilten Bedeutungsstrukturen über nationale Grenzen hinweg“ etabliere und wir es durchaus „mit einem sich herausbildenden öffentlichen Kommunikationsraum in Europa zu tun“ hätten (2002: 22). Es wäre ein eigenes (interessantes) Forschungsprojekt wert, der Bedeutung der OMK für die Herausbildung einer europäischen Öffentlichkeit nachzuspüren. Setzt der Funktionsmechanismus der OMK eine funktionierende europäische Öffentlichkeit voraus oder ist davon auszugehen, dass die OMK einen wichtigen Beitrag zur Entfaltung und Festigung einer solchen leisten wird – oder sollte gar – wie so oft im Leben – beides gleichermaßen der Fall sein. Meines Erachtens. kann bereits heute etwa mit Blick auf die Kriterien des Wachstums- und Stabilitätspaktes bzw. die wirtschaftspolitischen Probleme bei ihrer Einhaltung von einer themenspezifischen europäischen Kommunikationsgemeinschaft gesprochen werden; und zugleich spricht einiges für die Annahme, dass sich in dem Maße, in dem eine steigende Zahl von Mitgliedsstaaten in Konflikt mit diese Kriterien gerät, diese Kommunikationsgemeinschaft verstetigen und verfestigen dürfte. Insofern könnte der OMK eine Art Katalysatorfunktion im Prozess der Herausbildung eines europäischen Kommunikationsraumes zuwachsen.

politischen Pranger gestellt („name-and-shame-strategy“), dürfte dies nicht ohne Folgen bleiben.

- Als ein weiteres Moment der institutionellen Konstituierung des Verhandlungssystems kann die Gründung des neuen „Ausschuss für Sozialschutz“ gelten (Ohndorf 2002: 18 und Briet 2002: 21).⁷³ Er wurde, als Folgemaßnahme zu den Schlussfolgerungen des Europäischen Rates in Lissabon und nach dem Vorbild des Beschäftigungsausschusses im beschäftigungspolitischen Koordinierungsverfahren, als ein Beratungsgremium eingesetzt und durch den (bisher noch nicht ratifizierten) Vertrag von Nizza (im neu gefassten Artikel 144) vertraglich bestätigt.⁷⁴ Im Januar 2001 nahm er seine Arbeit auf. Er untersteht dem Rat der EU und versteht sich als „Gehilfe“⁷⁵ des Rates für Beschäftigung und Sozialpolitik; er versucht, die vom Rat festgelegten Handlungsschwerpunkte aufeinander abzustimmen und die Unterlagen vorzubereiten, die von diesem besprochen und gebilligt werden sollen. Personell besteht er aus je zwei Mitgliedern des Mitgliedsstaates und der Kommission und erhielt vertraglich den Auftrag, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten und mit der Kommission im Bereich des sozialen Schutzes zu fördern. Dem Ausschuss werden insbesondere folgende Aufgaben zugewiesen: die Beobachtung der sozialen Lage und Politikentwicklung in den Mitgliedsstaaten der Gemeinschaft im Bereich der sozialen(?); die Förderung des Austausches von Informationen, Erfahrungen und bewährten Verfahren zwischen den Mitgliedsstaaten und der Kommission; sowie - auf Ersuchen des Rates, der Kommission oder aufgrund eigener Initiative - die Ausarbeitung von Berichten sowie die Abgabe von Stellungnahmen in seinem Zuständigkeitsbereich. Der Ausschuss soll zur Erfüllung seines Auftrages geeignete Kontakte insbesondere zu den Sozialpartnern herstellen.

Integrationstheoretisch betrachtet scheint die OMK dem Idealtypus eines „autonomieschonenden und gemeinschaftsverträglichen“ (F. .W. Scharpf) Modus politischer Interaktion sehr nahe zu kommen. Diesem wird der Vorzug zugeschrieben, Blockaden und Verflechtungsfallen im politischen Mehrebenen-System überwinden zu können. Ein solcher Modus stellt ein Modell nationalen und gemeinschaftlichen Regierens dar, dass in wechselseitiger Rücksichtnahme auf jeweils autonome Kompetenzen, Interessenslagen und Problemlösungskapazitäten vor allem auf eine möglichst effektive Entscheidungsfindungen ausgerichtet ist. „Die Gemeinschaft dürfte danach ihre jeweiligen Ziele nur mit Mitteln verfolgen, welche die kulturelle und institutionelle Integrität und die Autonomie der internen Willensbildung in den Mitgliedsstaaten möglichst wenig beeinträchtigt. Umgekehrt dürften aber auch die Mitgliedsstaaten und subnationalen Gebietskörperschaften die eigenen Ziele nur mit gemeinschaftsverträglichen Mitteln verfolgen.“ (Scharpf 1994: 139) Zweifelsohne liegt dem Konzept der OMK der Versuch zugrunde, diesen interessenpolitischen Spagat

⁷³ Der Ausschuss ersetzt faktisch in ein bis dato informell bestehendes Gremium aus Mitarbeitern der Arbeits- und Sozialministerien der Mitgliedsstaaten, dem eine zentrale Funktion bei der Abwicklung des Koordinierungsverfahrens zukommen soll (Schulte 2002: 11).

⁷⁴ Vertrag von Nizza zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft (2001/c 80/ 18).

⁷⁵ So die Selbstdefinition durch den amtierenden Vorsitzenden der Ausschusses, Raoul Briet (2002: 21).

zwischen den Schlüsselakteuren der unterschiedlichen Ebenen zu meistern. Konzeptionell „geht es bei der offenen Koordinierung nicht um Eingriffe in die Rechtsetzung und Verwaltungshoheit der Mitgliedsstaaten, sondern es geht darum, dass sich die Mitgliedsstaaten in ihrer Politik freiwillig auf politische Ziele einigen“; wobei „Rücksicht genommen werden (muss) auf die politischen Möglichkeiten des einzelnen Mitgliedsstaates.“ (Ohndorf 2002: 20). Mit dieser Zielsetzung stellt die OMK nicht nur eine einfache Ergänzung der bisher praktizierten Modalitäten europäischer Politik dar.⁷⁶ Sie scheinen die Interessen der EU an weiterreichenden Kompetenzen in der Sozial- und Gesundheitspolitik mit den Interessen der Mitgliedsstaaten, ihre Kompetenzen nicht aufzugeben, zu verbinden. Durch diese Kombination aus strategischer Akzeptanz der institutionellen Vielfalt und der nationalstaatlichen Souveränität auf der einen mit Verfahren der weitgehenden inhaltlichen Abstimmung der Gesundheitspolitiken auf der anderen Seite, gibt die OMK sich als eine regulative „Maßanfertigung“⁷⁷ zu erkennen, die passgenau auf die interessenpolitische und institutionelle Konfiguration in der EU zugeschnitten ist. Es würde nicht verwundern, wenn sie sich aufgrund der genannten Vorzüge (und trotz der durchaus auch existierenden Schwachstelle) mit Blick auf die Konstituierung eines Politikfeldes Gesundheit als äußerst durchsetzungsfähig erwiese.

Doch so sensibel die OMK die Ambitionen zur Selbstbehauptung und sukzessiven Kompetenzausweitung von Gemeinschaft und Mitgliedsstaaten auszutarieren trachtet, so lässt sie doch weitgehend eine Ebene im europäischen Mehrebenen-System außen vor, die im Zuge der institutionellen Ausdifferenzierung des europäischen Integrationsprozesses an Bedeutung gewinnt. Es handelt sich dabei um die Ebene der Regionen, hier weniger bedeutsam im Sinne regionaler Wirtschafts- und Entwicklungsräume, sondern als konstitutive staatliche Verfassungseinheiten unterhalb der Zentralstaatsebene. Im deutschen Föderalismus finden diese ihre verfassungsrechtliche und institutionelle Ausprägung in Gestalt der Bundesländer. Dort werden die Konkurrenzkämpfe und konfliktorischen Aushandlungsprozesse zwischen EU und Mitgliedsstaaten um die Besetzung der sozial- und gesundheitspolitischen Politikfelder über den Weg der OMK mit Argwohn und Kritik beobachtet (dazu im einzelnen Hill 2002). So hat sich das Organ der Ländervertretung im deutschen Regierungssystem, der Bundesrat, verschiedentlich mit deutlicher Kritik an der neuen Koordinierungsmethode und den dahinter vermuteten Ambitionen der EU zu Wort gemeldet. Konzeptionell lassen sich die vorgebrachten Einwände gegen Verfahren und

⁷⁶ Scharpf unterscheidet verschiedene „Modalitäten einer europäisierten Politik anhand der Kriterien der *institutionellen Problemlösungskapazität* und der *institutionellen Legitimität*“ (2002b: 71, Herv. im Orig.). Er nennt die Modi „wechselseitige Anpassung“, „intergouvernementale Vereinbarungen“, „supranationale Zentralisierung“, „Politikverflechtung“ und eben, als neuen Modus, die „offene Koordinierung“, deren potenzielle Vorzüge gegenüber den anderen Modi er wie folgt resümiert: „Sie ist flexibler als die Politikverflechtung und die intergouvernementalen Verhandlungen. Im Vergleich zur bloßen wechselseitigen Anpassung könnte sie nützliche Hemmungen gegen einen unbeabsichtigten Unterbietungswettbewerb aufbauen.“ (2002b: 87). Gleichwohl zeigt die genauere Betrachtung, dass auch der neue Regierungsmodus höchst anfällig gegen Blockaden aus den Mitgliedsstaaten und aufgrund der Einbettung in den wettbewerbpolitischen Kontext der Lissabonner Strategie in seinen Gestaltungskapazitäten durchaus beschränkt ist. (dazu Scharpf 2002a und die Ausführungen in Abschnitt V.).

⁷⁷ So der Vorsitzende des Sozialausschusses, Raul Briet mit Blick auf die Eignung der OMK im Politikfeld der Alterssicherung (Briet 2002: 25).

politische Zielsetzung der OMK in folgenden Argumentationsbündeln und Kernvorwürfen zusammenfassen. Zum einen erhebt der Bundesrat im Zusammenhang mit der Implementierung des offenen Koordinierungsverfahrens den Vorwurf einer stillen Veränderung der Kompetenzordnung der EU und der Etablierung von politischen Zielvorgaben (nicht nur, aber gerade auch) im Bereich der sozialen Sicherungssysteme, die weder den nationalen Eigenverantwortlichkeiten der Mitgliedsstaaten gerecht würden, noch in Einklang mit den nationalen Grundprinzipien und Traditionen in diesen Politikfeldern stünden. Und zum anderen kritisiert er einen wettbewerbsfeindlichen Zentralismus bei der Formulierung politischer Ziele und Umsetzungsprozeduren im OMK-Verfahren, der dem erfolgsversprechenderen Wettbewerb um die erfolgreichste Wirtschafts-, Beschäftigungs-, Forschungs-, Bildungs- und Sozialpolitik im Wege stehe.⁷⁸ So formulierte der Bundesrat seine Kritik etwa in seinem Beschluss zu den Schlussfolgerungen des Lissabonner Gipfels⁷⁹, um sie dann in diversen anderen zu wiederholen, zu präzisieren und auszuweiten. Bereits im Vorfeld hatte er seine Bedenken bezüglich Kompetenzauffassung, Methodik und ordnungspolitischer Ausrichtung der OMK in unmissverständlicher Offenheit zum Ausdruck gebracht. Obwohl der Bundesrat die umfassenden Anstrengungen aller Akteure auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene unterstütze, die Chancen des Binnenmarktes voll zu entfalten und den Strukturwandel offensiv anzugehen, betrachte er die „von der Ratspräsidentschaft vorgeschlagene ‚offene Koordinierungsmethode‘ (...) mit großer Sorge. Zentrale Planungsverfahren bei der Festlegung der von Gemeinschaft, Mitgliedsstaaten und Ländern zu verfolgenden Ziele wären der Vielfalt der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen und der Dynamik des Strukturwandels nicht gewachsen. Die vorgeschlagene Methode der zentralen Zieldefinition und die Beschränkung des Wettbewerbs der Mitgliedsstaaten und Regionen auf die möglichst erfolgreiche Umsetzung bedeutet letztlich mehr Zentralismus. Die vorgeschlagene politische Selbstverpflichtung auf entsprechende Ziele verkennt auch, dass der Handlungsspielraum der Akteure durch die EG-vertragliche Zuständigkeitsaufteilung und das Subsidiaritätsprinzip rechtlich gebunden ist und nicht ihrer Disposition unterliegt. Der Bundesrat lehnt die geforderte, indikatorengestützte Politikzielvorgabe ab und weist darauf hin, dass die Regierungen und Parlamente der Mitgliedsstaaten und Länder bei verbindlichen Vorgaben wie beispielweise den Vorschlägen der Kommission in dem (...) vorgelegten Beitrag zur Sondertagung des Europäischen Rates (...) in Lissabon ‚Eine Agenda für die wirtschaftliche und soziale Erneuerung Europas‘ zu bloßen ausführenden Organen für zentral festgelegte Politik würden.“ „Der Bundesrat, so heißt es weiter, „stellt diesem zentralistischen Politikansatz das Modell des Wettbewerbs und der Selbstverantwortung der Mitgliedsstaaten und Länder sowie der vorrangigen individuellen Eigenverantwortung von Unternehmen und Bürgern gegenüber, das nach seiner Auffassung besser geeignet ist, die vielfältigen Herausforderungen der Globalisierung und der Wissensgesellschaft erfolgreich zu bewältigen. Erfolgreiche wirtschaftspolitische Koordinierung in Europa muss

⁷⁸ Vgl. etwa Beschluss des Bundesrates vom 09.03.2001 (Bundestags-Drucksache 86/01) sowie Beschluss des Bundesrates vom 19.10.2001 (Bundestags-Drucksache 6000/01).

⁷⁹ Beschluss des Bundesrates vom 29.09. 2000 (Bundesrat-Drucksache 274/00).

ausreichende Spielräume für wettbewerbliche Ansätze im Sinne der sozialen Marktwirtschaft erhalten und verstärken.“⁸⁰

Es kann kaum Zweifel daran bestehen, dass in diesen Vorwürfen und Einwänden vor allem die Befürchtung der Länder zum Ausdruck kommt, bei der diagnostizierten Neuaufteilung von Handlungsaufträgen und Entscheidungskompetenzen zwischen Gemeinschaft und Mitgliedsstaaten zu kurz zu kommen. Indem sie der Logik der gemeinschaftlich moderierten Harmonisierung der Sozial- und anderer Politiken die Konzeption eines in den europäischen Raum verlängerten Wettbewerbsföderalismus entgegen stellen, unternehmen sie offenkundig Versuch, die Rolle der Regionen als Ort von Entscheidungen im europäischen Mehrebenen-System zu erhalten bzw. zu stärken. Doch jenseits der institutionellen Eigeninteressen bringen die formulierten Bedenken Grundsätzlicheres zum Ausdruck. Sie verweisen auf konzeptionelle Schwachstellen und Defizite des Verfahrens, die von tiefgreifenderer Bedeutung sind und sich durchaus als Umsetzungsbarrieren erweisen könnte (dazu weiter unter).

4. Die OMK in der Gesundheitspolitik

Für die politikinhaltliche Ausrichtung der sozialpolitischen Politikfelder, in denen die OMK Anwendung finden soll, kommt der „Sozialpolitischen Agenda“ der Europäischen Kommission vom Juni 2000 eine Schlüsselfunktion zu⁸¹. Dieses Aktionsprogramm enthält die wirtschafts-, beschäftigungs- und sozialpolitische Strategie für die Jahre zwischen 2000–2005 und versteht sich als integraler Bestandteil des Umsetzungskonzeptes der strategischen Ziele der Lissabonner Strategie. Seine zentrale Funktion besteht erstens in der Neuausrichtung der beschäftigungs- und sozialpolitischen Maßnahmen der Union auf die politische Orientierung von Lissabon und zweitens in der Übertragung der bisher auf die Beschäftigungspolitik beschränkten offenen Koordinierungsmethode auf andere Bereiche der Sozialpolitik. Zugleich benennt sie die anvisierten Ziele und Politikfelder, über die das neue sozialökonomische Entwicklungsmodell für die Europäische Union erreicht werden soll. Dabei zielt die Wirtschaftspolitik auf die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und der Wachstumsdynamik, die Beschäftigungspolitik auf die Wiederherstellung von Vollbeschäftigung und die Verbesserung der Qualität der Arbeit und schließlich die Sozialpolitik auf eine neue Qualität des Sozialschutzes sowie die Förderung des sozialen Zusammenhalts in der Europäischen Union. Diese Generalziele werden in den jeweiligen Feldern in Teilziele übersetzt, zu deren Erreichung konkrete Aktionen vorgeschlagen werden. Zur systematischen Überwachung und Kontrolle des „gemeinschaftlichen Besitzstandes“ im sozialen Bereich soll zum einen „eine hochrangige Gruppe von Beamten der Mitgliedsstaaten eingerichtet werden, die mit der Kommission bei der Durchführung und Überwachung von gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften sowie der Erleichterung ihrer Umsetzung zusammen arbeiten soll“; zugleich „sollen Netze von nationalen Aufsichtsbeamten entwickelt werden, um die

⁸⁰ Beschluss des Bundesrates vom 17.03. 2000 (Bundesrats-Drucksache 95/00), Ziffer 10.

⁸¹ KOM(2000) 379 endg., vgl dazu auch Schulte 2002: 10-12.

Durchführung der gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften auf der Grundlage der vorhandenen Strukturen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz zu überwachen.“ Für das Jahr 2003 wird eine „Halbzeitbewertung der Agenda“ angekündigt und zugleich soll zur Verbesserung der Beschäftigungs- und Sozialstatistiken „die Kommission mit den Mitgliedsstaaten und anderen Schlüsselakteuren zusammenarbeiten, um angemessene integrierte Indikatoren und Benchmarks festzulegen. Die laufende Evaluierung wird eine regelmäßige Überwachung und Aktualisierung der Agenda ermöglichen.“

Mit Blick auf die Gesundheitspolitik gewinnt die bereits ausdifferenzierte und vor allem in der Beschäftigungspolitik bereits erprobte Methode der offenen Koordinierung durch eine Mitteilung der Kommission zum Thema „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“ besondere Bedeutung, die dem Europäische Rat von Barcelona (März 2002) vorgelegt worden war (Busse 2002, Pitschas 2002). In ihr versuchte die Kommission an das sozialpolitische Essential der Lissabonner Strategie anzuknüpfen, die Systeme des Sozialschutzes den Erfordernissen des neuen, wissensbasierten Entwicklungsmodells anzupassen und gleichzeitig eine hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung in Europa sicherzustellen. Auf dieser Grundlage hatte der Europäische Rat von Göteborg (Juni 2001) den Auftrag formuliert, „gemäß der offenen Koordinierungsmethode und anhand eines gemeinsamen Berichts des Ausschusses für Sozialschutz und des Ausschusses für Wirtschaftspolitik ... für die Frühjahrstagung 2002 des europäischen Rates gemeinsam einen ersten Bericht über Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und Altenpflege (zu) erstellen. Die Ergebnisse der Beratung werden in den Grundzügen der Wirtschaftspolitik berücksichtigt.“ (Europäischer Rat 2001). In seinen Schlussfolgerungen nahm der Europäische Rat den Bericht als Rats-Bericht zur Kenntnis und ersucht die Kommission und den Rat, „die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit rechtzeitig vor seiner Frühjahrssitzung 2003 zu prüfen“ (Europäischer Rat 2002). Der Rat „Beschäftigung und Sozialpolitik“ war zuvor darin übereingekommen, „dass in den Jahren 2002 und 2003 die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten in den Bereichen eingeleitet und ausgebaut werden muss, in denen – nachdem sie festgelegt sind – ein Austausch von bewährten Praktiken und von Informationen sowie eine Erörterung der gemeinsamen Herausforderungen auf europäischer Ebene stattfinden soll.“ (Europäischer Rat 2002)

Diesem Dokument könnte aus mehreren Gründen für die Europäisierung der Gesundheitspolitik wegweisende Bedeutung zukommen:

1. Im strategischen Ansatz knüpft es an die Ausrichtung der Reformdebatten in den Mitgliedsstaaten an, in dem es die gesundheitspolitische Problemanalyse auf die Sachkomplexe konzentriert, von denen nach allgemeiner Auffassung zukünftig erhebliche Kostensteigerungen ausgehen werden. Zum ersten Mal in dieser Ausführlichkeit beschreibt es gemeinsame Problemlagen in den Gesundheitssystemen der Mitgliedsstaaten und leitet daraus eine Definition EU-weiter versorgungspolitischer Ziele in der Gesundheitspolitik ab. Als gemeinsame Probleme, auf die die Gesundheitspolitiken in Europa zu reagieren haben, werden benannt: die Überalterung

der Bevölkerung, die Folgen der Entwicklung neuer Technologien und Therapien in der Medizin sowie die steigende Nachfrage der Bevölkerung nach medizinischer Versorgung und entsprechender Angebote im Zuge der Steigerung des Lebensstandards und des Bildungsniveaus. Zwar wird explizit die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten für die Organisation und die Finanzierung der Gesundheitssysteme sowie für die auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnittene Planung des Versorgungsangebotes festgestellt, um dann jedoch hinzu zu fügen: „Diese Zuständigkeit wird aber innerhalb eines allgemeinen Rahmens ausgeübt, in den viele Gemeinschaftspolitiken immer stärker eingreifen. Aus diesem Grund ist die Entwicklung einer europäischen Zusammenarbeit auf diesem Gebiet erforderlich.“ (Europäische Kommission 2001: S. 8-9).

Mit Blick auf die Ziele dieser Zusammenarbeit werden drei gemeinsame Herausforderungen der Gesundheitssysteme in der europäischen Union (und den Kandidatenländern) benannt, die es gleichzeitig zu verwirklichen gelte. Zu diesen Zielen gehören:

- die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Situation älterer Menschen, die der Langzeitpflege bedürfen;
- die Erhöhung von Transparenz und Qualität der Gesundheitssysteme insbesondere durch die Evaluierung von medizinischen Verfahren und Erzeugnissen sowie der Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens;
- und schließlich die Fortsetzung der auf einer Kostendämpfung abzielenden Reformen in Verbindung mit politischen Maßnahmen der Konsolidierung der öffentlichen Finanzen und zur Sicherung einer adäquaten Finanzierung der Gesundheitsvorsorge.

2. Insbesondere die Beschreibung des Ziels der Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme lässt den wirtschafts- und fiskalpolitischen Kontext deutlich werden, in den die europäische Gesundheitspolitik hinein formuliert wird. Bereits in den 1980er Jahre gewinnen in den entwickelten kapitalistischen Demokratien Kostendämpfung und Konsolidierung als Politikziele im Gesundheitsfeld an Bedeutung und verschaffen sich als „fiskalischer Imperativ“ in den Politiken der Regierungen Geltung (Freemann/Moran 2000: 37-40; auch Freemann 2000 und Moran 1999). In den 1990er Jahren verschärfen ökonomische Stagnationstendenzen und vor allem der Druck, der durch die Maastrichter Konvergenzanforderungen mit Blick auf die Europäische Währungsunion entsteht, diesen Trend noch einmal. Die vorliegende Mitteilung der Europäischen Kommission stellt nun einen weiteren Schritt in diese Richtung dar, indem sie Gesundheitspolitik der EU in die Strategie der rigiden Haushaltskonsolidierung im Rahmen des europäischen Stabilitäts- und Wachstumspaktes einzubinden sucht. Da sowohl die staatlich organisierten Gesundheitssysteme als auch die parafiskalischen öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungen in die Berechnung der jährlichen Defizitquoten der öffentlichen Haushalte einbezogen werden, die die Drei-Prozent-Marke nicht überschreiten dürfen, kann es kaum verwundern, dass die finanzielle Entwicklung der Gesundheitssysteme

insbesondere mit Blick auf eine potenzielle Gefährdung des fiskalpolitischen Stabilitätsziels betrachtet werden. Somit wird betont, dass gerade der Gesundheitspolitik eine „entscheidende Bedeutung bei der Durchführung von Strategien zu(kommt), die nach Maßgabe der in den *Grundzügen der Wirtschaftspolitik im Jahr 2001* aufgestellten Grundsätze (,Umschichtung der Staatsausgaben zugunsten des Aufbaus von Sach- und Humankapital’ sowie ,effizienterer Einsatz der öffentlichen Mittel durch institutionelle und strukturelle Reformen’) auf Qualität und Nachhaltigkeit setzen.“ (Europäische Kommission 2001: 10, Herv. im Org.) Die wirtschaftspolitischen Prämissen einer auf öffentliche Haushaltskonsolidierung zielenden Reformstrategie sowie der Umschichtung von öffentlichen Ausgaben zugunsten des Aufbaus privatwirtschaftlicher Sach- und Humankapitalstöcke werden somit auch als Leitlinien der Gesundheitspolitik etabliert.

3. Schließlich, und dies könnte für den vermuteten Aufbau einer europäischen Gesundheitspolitik von besonderer Bedeutung sein, insistiert die Mitteilung mit außerordentlicher Deutlichkeit auf den Beitrag der Gemeinschaftspolitiken für die europäische Gesundheitspolitik. Unter Berufung auf die Rechtsprechung des EuGH, wonach die Mitgliedsstaaten bei der Wahrnehmung ihrer Autonomie in Fragen der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme das Gemeinschaftsrecht zu beachten haben, werden in einer eigenständigen Anlage (Anlage 1) ausführlich insbesondere jene Regelungsgegenstände und Rechtsfelder des EG-Vertrages hervorgehoben, aus denen sich nach Auffassung der Europäischen Kommission implizite oder explizite Zuständigkeiten der Gemeinschaft für den Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik ableiten lassen. So erinnert die Europäische Kommission daran, dass es Aufgabe der Gemeinschaft sei, durch die Einrichtung eines gemeinsamen Marktes und einer Wirtschaft- und Währungsunion sowie durch die Durchführung der gemeinsamen Politiken in der Gemeinschaft „ein hohes Beschäftigungsniveau und ein hohes Maß an sozialem Schutz ... zu fördern.“⁸² Dementsprechend habe die Kommission in ihrer Mitteilung „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“⁸³ die Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung zu einem der vier Hauptziele der europäischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit erklärt. (Europäische Kommission 2001: 17) Darüber hinaus sei nach Artikel 152 EG-Vertrag bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu sichern. Zugleich werden in den vom europäischen Rat von Göteborg (Juni 2001) verabschiedeten „Grundzügen der Wirtschaftspolitik für das Jahr 2001“ insbesondere strategische Reformmaßnahmen in den Renten-, Gesundheits- und Altenpflegesystemen als geeignete Maßnahmen zur Reaktion auf die mit der Überalterung der Bevölkerung einhergehenden wirtschaftlichen und finanziellen Herausforderungen benannt. Schließlich wird unmissverständlich auf die Garantien im Zuge der Freizügigkeit innerhalb des Waren-, Personen- und Dienstleistungsverkehrs verwiesen und hervorgehoben, dass nach Artikel 85 und 86 EG-Vertrag die Krankenkassen und die mit

⁸² Art. 2 EG-Vertrag.

⁸³ KOM (1999) 347 endg.

der Verwaltung von Systemen der sozialen Sicherheit betrauten Einrichtungen nur dann eine Aufgabe mit ausschließlich sozialem Charakter erfüllen, wenn ihre Tätigkeit auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität beruht und nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet ist und wenn die zu erbringenden Leistungen gesetzlich festgesetzt und von der Höhe der entrichteten Beiträge unabhängig sind. Wichen Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsvorsorge von diesen Prinzipien ab und ließen sie sich als Wirtschaftstätigkeiten im Sinne des Vertrages qualifizieren, so der implizierte Hinweis, entstünden Problemkonstellationen des europäischen Wirtschaftsrechts, für die die Gemeinschaft allemal Zuständigkeit reklamieren könne.

Da die Umsetzung der in dieser Kommissionsmitteilung anvisierten gesundheitspolitischen Vorhaben ebenso noch aussteht wie die Einführung der OMK, sind empirisch gesättigte Aussagen über die damit verbundenen Implikationen für die Konstituierung eines europäischen Politikfeldes Gesundheit noch nicht möglich. Gleichwohl werden im wissenschaftlichen Diskurs Positionen vertreten, die zweifelsohne ein gewisses Maß an Spekulation enthalten, zugleich aber auch nicht einer gewissen Plausibilität entbehren. So geht nach Pitschas insbesondere die Implementierung der OMK realiter mit einer qualitativen Aufwertung der Gesundheitskompetenzen der EU einher. Betrachte man den Entwicklungsstand der europäischen Gesundheitskompetenz genauer, so Pitschas, „so ist bei alledem heute zumindest von einem *unionspolitischen Gesundheitsmandat* zur Umsetzung supranational vereinbarter Ziele (...), Leitlinien und Indikatoren mit einem ‚soft law‘-Effekt durch prozessgesteuerte Konvergenzpolitik zu sprechen. Es enthält den Auftrag, dem transnationalen Wettbewerb der Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedsstaaten mit einer Mehr-Ebenen-Strategie unter Nutzung der verwaltungswissenschaftlichen Konzepte des Monitoring und Benchmarking durchzusetzen *und zugleich marktgängige Konzepte* für ein solidarisches Gesundheitswesen in den Mitgliedsstaaten und die dortige Krankenversicherung zu schaffen.“ (2002: 81/82; Herv. im Org.). Somit erweitert die OMK nicht nur das Maß an gesundheitspolitischer Interventionskompetenz auf Seiten der EU, sie stellt auch die Weichen der europäischen Gesundheitspolitik neu und strukturiert zugleich die inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitspolitiken in den Mitgliedsstaaten in die gleiche Richtung. Indem das neue Koordinierungsverfahren „unter formeller Beachtung der Subsidiarität zu einem neuartigen politischen Rechtfertigungszwang der Mitgliedsstaaten in der Gesundheitspolitik“ führt, dürfte „letztlich ein schleichender Paradigmawandel im Gesundheitssektor“ eingeleitet werden, der auf eine wettbewerbsvermittelte Konvergenz der nationalen Systeme hinausläuft. „Das Verfahren stellt einen Ansatzpunkt dar, latent die Krankenversicherungssysteme auf lange Sicht zu harmonisieren. Die an dem Verfahren beteiligten Akteure treten in einen institutionellen System-Wettbewerb, der implizit die nationalstaatlichen Krankenversicherungen aneinander angleicht und darüber hinaus die Frage nach den Zusatzsystemen bzw. nach einer ergänzenden privaten Zusatzversicherung aufwirft.“ (Pitschas 2002:78).

Sollte diese Einschätzung die zukünftige Entwicklung korrekt beschreiben, würde die Implementierung der OMK im Zuge der Umsetzung der Kommissions-Mitteilung in

zwei Richtungen wirken. Einmal in Richtung eines doppelten Wettbewerbsschubs, der die Konkurrenz *zwischen* den diversen Systemen der Krankenversorgung intensiviert; und zugleich im Sinne der Förderung nationaler Gesundheitsstrategien, die *innerhalb* der jeweiligen Gesundheitssysteme den Wettbewerbs zwischen öffentlichen und privaten Krankenversicherungen vorantreiben. Politiken dieser Art könnten sich auf europäischer Ebene vom Generaltrend des Europäischen Integrationsprojektes, Marktöffnung und Wettbewerbsförderung, tragen lassen und wären zugleich anschlussfähig an die vielfältigen nationalen Anstrengungen der letzten Jahre zur Förderung von Markt- und Wettbewerbselementen in den Gesundheitssystemen. Zugleich könnte die Wirkungsmacht der Systemkonkurrenz zustande bringen, was der Politik bisher vorenthalten blieb. Eine Entwicklung, die dem Leitbild, das - allen offiziellen Verlautbarungen und Vertragsaussagen zum Trotz - auch in der Sozialpolitik dominiert, entspräche: eine, freilich vor allem konsolidierungskonforme und wettbewerbskompatible, Harmonisierung der Gesundheitssysteme. Mögen die bisherigen politischen Versuche in diese Richtung an ökonomischen Disparitäten und institutionellen Pfadabhängigkeiten gescheitert sein, so könnte die gezielte Generierung eines ökonomischen Imperativs⁸⁴ in diese Richtung einige Vorteile in sich bergen. So schützt die Anonymität des ökonomischen Marktdrucks Regierungen vor politischen Legitimationsrisiken, die Strategien einer Harmonisierung nach unten gerade in der Gesundheitspolitik innewohnen; und zugleich vermag die Dynamik des ökonomischen Wettbewerbs mitunter einen Veränderungsdruck zu erzeugen, zu dem Regierungen unter den Bedingungen demokratischer Verhandlungsdemokratien kaum in der Lage sind. Der Verweis auf die bisherigen Privatisierungserfolge in diversen Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge im Zuge des negativen Integrationsprozesses (Scharpf 1999) mag auch hier als erläuternder Hinweis dienen. Was über den direkten Weg der Politik alleine bisher nicht erreichbar war, könnte über den indirekten Weg der Entfaltung einer entsprechenden Wettbewerbsdynamik forciert werden. Im hier skizzierten Sinne könnte sich die diskutierte Kommissions-Mitteilung also als Gründungsdokument einer neuen europäischen Gesundheitspolitik erweisen. Diese Politik wäre vor allem durch einen zweifachen Wettbewerbsschub sowie durch eine Konvergenz der Gesundheitssysteme als Folge des europaweiten Systemwettbewerbs charakterisiert. Eine gesundheitspolitische Strategie also, die sich - zusammengefasst - als wettbewerbsgetriebene Harmonisierung über Umwege bezeichnen ließe.

5. Das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)

Doch so produktiv der Verweis auf Anzeichen einer solchen Entwicklung auch sein mag, sicher ist sie keineswegs. Zum einen bleiben die ökonomischen und institutionellen Spezifika im gesundheitspolitischen Feld auch für ökonomische Dynamiken hohe Hürden für eine umfassenden Systemkonvergenz. Zum zweiten sind auch die gesundheitspolitischen Initiativen auf EU-Ebene mit Blick auf die Ausgestaltung der Kompetenzordnung im gesundheitspolitischen Feld alles andere als

⁸⁴ Zum Mechanismus der Konstruktion ökonomischer und sozialer Reformzwänge vgl. Cox 2001.

stringent und widerspruchsfrei. Neben klaren Ambitionen in Richtung einer Erweiterung der EU-Kompetenzen scheinen auch immer wieder Projekte auf den Weg gebracht zu werden, die (und sei aus nicht zuletzt aus eher taktischen Gründen) die anvisierten konsolidierungs- und wettbewerbpolitischen Ziele im Rahmen der gegebenen Verteilung von Aufgaben und Rechten zu realisieren suchen(?). Zur zweiten Kategorie gehört das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)“. Werden in der Mitteilung „Zur Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege“ die Ambitionen der Europäischen Kommission zur Besetzung des gesundheitspolitischen Feldes offen, mitunter geradezu etwas aggressiv angemeldet, so stellt sich dieses Aktionsprogramm in Diktion und strategischer Stoßrichtung in die Traditionslinien derjenigen EU-Initiativen, die streng auf die vertraglich verbürgte Wahrung des Subsidiaritätsprinzips und der Souveränität der Mitgliedsstaaten (insbesondere des Artikel 152 EGV) achten. Beschlossen wurde dieses Aktionsprogramm im September 2002 durch das Europäische Parlament und den Rat, um am 9. Oktober 2002 mit seiner Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft in Kraft zu treten.⁸⁵ Es baut auf den Tätigkeiten und den acht Programmen des früheren Aktionsrahmens und auf der Arbeit des Netzes für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten auf und zielt darauf, sämtliche darin aufgeführte Ziele und Maßnahmen in Form einer umfassenden, integrierten gesundheitspolitischen Strategie umzusetzen. Das Programm soll im Zeitraum vom 01. Januar 2003 bis zum 31.12.2008 durchgeführt werden. Der Finanzrahmen wird für diese Laufzeit auf 312 Mio. Euro festgesetzt.

Das Aktionsprogramm wird als eine die Aktionen und Maßnahmen der Mitgliedsstaaten unterstützende und ergänzende Aktivität der EU formuliert, die in den Feldern, auf denen die Mitgliedsstaaten als Akteure nicht präsent sind, „beträchtlichen Mehrwert“ und „zusätzlichen Nutzen“ zu realisieren sucht. Artikel 2 formuliert als allgemeine Zielsetzungen des Programms die:

- „a) Verbesserung des Informations- und Wissensstandes im Interesse der Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens,
- b) Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren,
- c) Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Faktoren in allen Politiken und Tätigkeiten.“

Auf diese Weise soll das Programm dazu beitragen, „dass

- a) durch die Förderung einer integrierten und sektorenübergreifenden Gesundheitsstrategie bei der Festlegung und Durchführung sämtlicher Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- b) Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden und

⁸⁵ ABI. L 271 vom 9.1.2002, S. 1-11. Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates.

c) die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten in den unter Artikel 152 des Vertrages fallenden Bereichen gefördert wird.“

Zur Verfolgung dieser Ziele werden in einem Anhang „Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen“ formuliert, die sich vor allem auf die Entwicklung von Informations-, Frühwarn- und Controllingverfahren sowie auf die Entwicklung eines gemeinschaftlichen Statistikprogramms beziehen. Hinzu kommen Lageanalysen und Entwicklung von Strategien in Bezug auf sozialökonomische und umweltbedingte Gesundheitsfaktoren zur Förderung von präventiven und gesundheitsfördernden Strategien. Schließlich werden der Kommission zusätzliche Ressourcen in Aussicht gestellt sowie Möglichkeiten eröffnet, Sachverständige etwa zur Ausarbeitung neuer Rechtsvorschriften zu Rate zu ziehen. Das Aktionsprogramm sieht einen integrierten Strategieansatz vor und betont die Notwendigkeit von Verbindungen mit anderen, einschlägigen Gemeinschaftsprogrammen und -aktionen etwa im Bereich des Verbraucherschutzes, des Sozialschutzes, der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sowie der Landwirtschaft und der Bildung. Für die Durchführung der Programme wird eine gemeinsame Zuständigkeit der Europäischen Kommission und der Mitgliedsstaaten formuliert (Art. 5), wobei die Kommission durch einen Ausschuss unterstützt werden soll. Insgesamt soll das Programm den EFTA/EWR-Ländern, den assoziierten mittel- und osteuropäischen Ländern sowie Zypern, Malta und der Türkei zur Teilnahme offen stehen. Ebenfalls wird die Zusammenarbeit mit weiteren Drittländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen insbesondere der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie dem Europarat und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorgesehen.

Prozedurale Anleihen an die OMK scheint das Programm ansatzweise an den Stellen zu nehmen, an denen Regelungen mit Blick auf die Überwachung, Bewertung und Verbreitung der Ergebnisse des Programms festgelegt werden (Art. 12). Demnach überprüft die Kommission in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten und ggf. mit Unterstützung von Sachverständigen regelmäßig die Durchführung der Programmaktionen anhand der festgelegten Ziele und erstattet dem Ausschuss jährlich darüber Bericht. Bis zum Ende des vierten Programmjahres soll die Kommission durch unabhängige qualifizierte Sachverständige eine externe Bewertung der Durchführung und der Ergebnisse der ersten drei Programmjahre vornehmen lassen. Dabei sollen auch die für das Gesundheitswesen erzielten Auswirkungen und die Effizienz des Mitteleinsatzes sowie die Kohärenz und Komplementarität mit anderen einschlägigen Programmen, Aktionen und Initiativen der Gemeinschaft bewertet werden. Die Kommission hat dann die Schlussfolgerungen aus dieser Bewertung den einschlägigen europäischen Organen und Einrichtungen zu übermitteln und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Auch wenn diesem Aktionsprogramm der Gemeinschaft Hinweise auf eine Einbindung der Gesundheitspolitik in Europa in die finanz-, wettbewerbs- und beschäftigungspolitische Gesamtstrategie der EU fehlen, so kann es doch als ein weiterer Schritt im Rahmen der Konstituierung eines neuen europäischen Politikfeldes gelten. Insbesondere

die inhaltliche Ausrichtung und die prozedurale Systematik, mit der an der Entwicklung und dem Aufbau eines umfassenden Informations- und Controllingsystems zur Überwachung der gesundheitspolitischen Maßnahmen und Aktivitäten in den Mitgliedsstaaten gearbeitet wird, weisen in diese Richtung. Hinzu kommen weitere Aktivitäten zur institutionellen Erschließung des Politikfeldes durch die Gründung eines neuen Gremiums. Auch wenn der vorgesehene Ausschuss vorwiegend als Unterstützungs- und Geschäftsführungsgremium der EU konzipiert sein mag, so könnte er sich als ein weiterer Mosaikstein bei der Herausbildung einer gesundheitspolitischen Infrastruktur auf europäischer Ebene erweisen.⁸⁶

6. Exkurs: Das Maastrichter Defizitkriterium und die Finanzierungsregeln der deutschen Krankenversicherung

Wenn in der vorliegenden Studie also die These vertreten wird, dass die Dynamik der Neukonstituierung eines gesundheitspolitischen Feldes in der EU auch den Anforderungen an die Haushaltsdisziplin der Mitgliedsstaaten entspringt, wie sie im EG-Vertrag vorgegeben ist, sind einige Anmerkungen über das Verhältnis von Staatsdefizit und Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland am Platze. Denn insgesamt ist die Bedeutung der Gesundheitssysteme für die Einhaltung der Defizitkriterien des „Stabilitäts- und Wachstumspaktes“ (SWP) bzw. die wettbewerbspolitische oder beschäftigungspolitische Situation des jeweiligen Landes in den Mitgliedsstaaten durchaus unterschiedlich. Dies liegt insbesondere in den unterschiedlichen Finanzierungsmodellen der einzelnen Gesundheitssysteme begründet, wobei die Finanzierungsmodalitäten in der deutschen Krankenversicherung ihrerseits einige Spezifika aufweisen.

Entscheidend ist zunächst, dass alle Gesundheitssysteme in den Mitgliedsstaaten der EG aufgrund ihrer Finanzierungssysteme für die Entwicklung der allgemeinen Staatsdefizite und die Vorgaben des SWP von Bedeutung sind. Dies beruht auf der Ausgestaltung des SWP, die im folgenden kurz skizziert werden soll. Die primärrechtliche Kernnorm des SWP stellt Artikel 104 EG-Vertrag dar. Er enthält die Vorgaben zur Vermeidung übermäßiger Defizite und zur Wahrung der Haushaltsdisziplin. Durch diese Vorschrift wird die Europäische Kommission beauftragt, die Entwicklung der Haushaltslagen und die Höhe der öffentlichen Schulden in den Mitgliedsstaaten zu überwachen und auf die Feststellung schwerwiegender Fehler hin zu überprüfen. Dabei hat sie insbesondere die Einhaltung der Haushaltsdisziplin anhand von zwei Kriterien zu kontrollieren: Erstens entlang der Frage, ob das Verhältnis des geplanten oder tatsächlichen öffentlichen Defizits zum Bruttoinlandsprodukt und zweitens ob das Verhältnis des öffentlichen Schuldenstandes zum Bruttoinlandsprodukt einen bestimmten Referenzwert

⁸⁶ Begreift man das hier diskutierte Aktionsprogramm integrationstheoretisch als Projekt im Sinne der positiven Integration und sieht man die im Kommissions-Programm konzipierten Maßnahmen eher im Zusammenhang des kontextgesteuerten Integrationsmodus, so wird deutlich, dass und wie die Politikfeldbildung über beide Integrationsmodi verläuft; interessant wäre es natürlich, die Verbindungen und Wechselwirkungen zwischen beiden genauer zu untersuchen. Ein Unterfangen, das freilich den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen dürfte.

überschreitet. Die Festlegung beider Referenzwerte erfolgt im „Protokoll über das Verfahren bei einem übermäßigen Defizit aus dem Jahre 1992“, das dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft beigelegt ist. Dort werden in Artikel 1 die Referenzwerte wie folgt festgelegt: 3 Prozent für das Verhältnis zwischen dem geplanten oder tatsächlichen öffentlichen Defizit und dem Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen; und 60 Prozent für das Verhältnis zwischen dem öffentlichen Schuldenstand und dem Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen. Des Weiteren konkretisiert das Protokoll Begriffe aus Artikel 104 EG-Vertrag, wo dieser unbestimmt bleibt. Klargestellt wird, dass bei der Überprüfung des öffentlichen Defizits und des öffentlichen Schuldenstandes alle zum Staat gehörigen Institutionen einzubeziehen sind. Dies gilt es, neben dem Zentralstaat (Zentralregierung) ebenfalls die regionalen und lokalen Gebietskörperschaften sowie die Sozialversicherungseinrichtungen einzubeziehen. Zugleich werden die Termini „Defizit“ und „Schuldenstand“ verbindlich definiert.⁸⁷

Auf diesen primärrechtlichen Regelungen baut der „eigentliche“ SWP aus dem Jahre 1997 auf. Er besteht aus einer Entschließung des Europäischen Rates und zwei weiteren Verordnungen des Rates.⁸⁸ Im Sinne der Vorgaben des EG-Vertrages formuliert er verbindliche Regeln zur haushaltspolitischen Überwachung und zur Klärung eines beschleunigten Verfahrens bei einem zu hohen Defizit.⁸⁹ In der Entschließung des Europäischen Rates vom 17. Juni 1997 verpflichten sich die Mitgliedsstaaten, „das in ihren Stabilitäts- oder Konvergenzprogrammen festgelegte mittelfristige Haushaltsziel eines nahezu ausgeglichenen oder einen Überschuss aufweisenden Haushalts einzuhalten und die haushaltspolitischen Korrekturmaßnahmen, die ihres Erachtens zur Erreichung der Ziele ihrer Stabilitäts- oder Konvergenzprogramme erforderlich sind, zu ergreifen, wenn es Anzeichen für eine tatsächliche oder erwartete erhebliche Abweichung von diesen Zielen gibt“ (Ziffer IV). Darüber vereinbaren sie, „unverzüglich die von ihnen für erforderlich erachteten Korrekturmaßnahmen zu ergreifen, sobald es Anzeichen für ein übermäßiges Defizit gibt“ und „übermäßige Defizite so rasch wie möglich (zu) beseitigen“ (Ziffer IV). Die Europäische Kommission verpflichtet sich, ihr Initiativrecht im Bereich der Überprüfung und Einleitung eines etwaigen Verfahrens in einer Weise auszuüben, „die das strikte, zeitgerechte und wirksame Funktionieren des Stabilitäts- und Wachstumspaktes erleichtert.“; und schließlich wird der Rat im Sinne „einer strikten und rechtzeitigen Durchführung aller in seinen Zuständigkeitsbereich fallenden Bestandteile des Stabilitäts- und Wachstumspaktes verpflichtet“ (Ziffer IV).

⁸⁷ Der Begriff Defizit wird als Nettofinanzierungssaldo im Sinne des europäischen Systems der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung definiert; und der Begriff „Schuldenstand“ wird als die Brutto-Gesamtschuldenstand zum Nominalwert am Jahresende nach Konsolidierung und innerhalb und zwischen den einzelnen Bereichen des Staatssektors definiert.

⁸⁸ Entschließung des Europäischen Rates über den Stabilitäts- und Wachstumspakt vom 17. Juni 1997, ABl. Nr. C 236/01; Verordnung des Rates über den Ausbau der haushaltspolitischen Überwachung und der Überwachung und Koordinierung der Wirtschaftspolitiken vom 7. Juli 1997, ABl. Nr. L 209/1 sowie die Verordnung des Rates vom 7. Juli 1997 über die Beschleunigung und Klärung des Verfahrens bei einem übermäßigen Defizit vom 7. Juli 1997, ABl. Nr. L 209/6.

⁸⁹ Siehe dazu ausführlich auch Europäische Zentralbank 1999: 49-80.

Mittels dieses Systems gegenseitiger Selbstverpflichtungen werden die fiskalpolitischen Vorgaben des EG-Vertrages noch einmal erheblich verschärft, indem der SWP die im Vertrag verankerte Einhaltung des Defizitkriteriums von maximal 3 Prozent in eine Verpflichtung zu einem möglichst schnell ausgeglichenen oder gar positiven Haushalt überführt. Dabei wird der Primat unbedingter Haushaltskonsolidierung als unverzichtbare Voraussetzung zur Erreichung anderer wirtschaftspolitischer Ziele festgeschrieben. „Der Stabilitäts- und Wachstumspakt beruht auf dem Ziel einer gesunden öffentlichen Finanzlage als Mittel zur Verbesserung der Voraussetzungen für Preisstabilität und ein starkes, nachhaltiges Wachstum, dass der Schaffung von Arbeitsplätzen förderlich ist.“ Durch diese Gesamtkonstruktion gewinnt das Konzept einer äußerst restriktiven Haushaltspolitik weiter an Verbindlichkeit und avanciert zum Schlüsselziel des europäischen Wirtschafts- und Finanzregimes; eine politische Selbstfestlegung, die in der europäischen Wirtschaftsgeschichte ihresgleichen sucht. War es bereits mit Blick auf die Verfassungstraditionen in den Mitgliedsstaaten, die sich gegenüber den unterschiedlichen Wirtschaftsschulen stets neutral verhielten, äußerst ungewöhnlich, einem höchst umstrittenen wirtschaftspolitischen Paradigma durch die Aufnahme in den EG-Gründungsvertrag quasi Verfassungsrang zu verleihen, so verstärken die verschärften Bindungen der Mitgliedsstaaten an dieses Paradigma im SWP erneut die Bedeutung, zugleich aber auch den dogmatischen Charakter dieser Vorgaben.

Durch diese wirtschaftspolitische Selbstverpflichtung auf eine wissenschaftlich und politisch höchst umstrittene Politik entsteht ein hoher politischer Druck, die so geadelten Ziele auch einzuhalten. Entsprechend bedeutsam werden die finanziellen Entwicklungen in den öffentlichen Sektoren, die zur Berechnung des Defizits herangezogen werden. In Deutschland gehören dazu auch die Institutionen der Sozialversicherung, inklusive der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Somit gewinnen die Finanzprobleme des GKV-Systems (und gegebenenfalls der Pflegeversicherung) auch Relevanz für die Stabilität des Euro-Finanzregimes bzw. die Erreichung des Stabilitätszieles durch die Bundesregierung. Dabei zeigt ein Blick auf die Entwicklung der vergangenen Jahre, dass es sich hier keineswegs um ein risikoloses Unterfangen handelt. Die für das allgemeine Staatsdefizit relevanten Finanzierungssalden in der gesetzlichen Sozialversicherung haben sich in den Jahren seit dem Maastrichter Vertrag von 1992 unterschiedlich entwickelt (*Tabelle 1*). In den unmittelbaren Jahren vor der Verabschiedung des SWP trugen die Defizite der Sozialkassen durchaus relevant zum Gesamtdefizit bei. So beträgt der durch das Statistische Bundesamt ermittelte Negativsaldo in den Jahren 1995 und 1996 immerhin 7,6 Mrd. bzw. 6,6 Mrd. Euro, was einer Defizitquote von jeweils 0,4 Prozent entsprach. In den darauf folgenden drei Jahren wiesen die Sozialversicherungen positive Jahresergebnisse aus, um dann jedoch in 2000 einen Defizitbeitrag von 1 Mrd. und in 2001 von 2,6 Mrd. bzw. eine Defizitquote von jeweils 0,1 Prozent zu verzeichnen. Für 2002 wurde das Minus auf 3,6 Mrd. Euro und 0,2 Prozent geschätzt, im „Deutschen Stabilitätsprogramm“, das die Bundesregierung im Dezember 2002 der Kommission vorlegte, wurde die Schätzung jedoch aufgrund der bis dahin zu registrierenden

negativen Finanzentwicklungen auf ein Defizit von bis zu 6 Mrd. Euro korrigiert.⁹⁰ Die Finanzentwicklung der GKV weist einen ähnlichen Verlauf auf. In den Jahren 1995 und 1996 trug sie mit einem Verlust von 4,4 Mrd. (Defizitquote: 0,24 Prozent) und 4,6 Mrd. (Defizitquote: 0,25 Prozent) zum allgemeinen Staatsdefizit bei; und auch hier wies sie nach drei positiven Jahresabschlüssen mit fast 2 Mrd. bzw. 2,5 Mrd. Euro deutliche Defizite auf. Einzig in der gesetzlichen Pflegeversicherung verlief die Entwicklung günstiger. Sie verzeichnete lediglich im Jahre 2000 einen relativ geringen Negativsaldo von 100 Mio. Euro und eine Defizitquotenanteil von 0,01 Prozentpunkten.

Die hier deutlich werdenden Größenordnungen und Verläufe zeigen, dass der Anteil der Sozialversicherungssysteme am jährlichen allgemeinen Staatsdefizit nicht überragend, aber durchaus relevant war. Mit einem geschätzten Defizit für 2002 in Höhe von etwa 6 Mrd. würde jedoch ein durchaus besorgniserregende Dimension erreicht. Dabei hatte die GKV den Löwenanteil an diesem Beitrag zu verzeichnen. Doch die jährlich ausgewiesenen Defizite unterzeichnen die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenkassen. Dies aus zwei Gründen. Zum einen beruht die Finanzierung der deutschen Krankenversicherung auf einem System, das auftretenden Unterfinanzierungslagen entstehungsnah in eine Steigerung der Einnahmen in Form höherer Krankenversicherungsbeiträge übersetzt und damit Verschuldungsprobleme im Voraus vermeidet bzw. vermeiden soll. Während in den nationalen Gesundheitssystemen, die aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden, etwaige Schulden unmittelbar in die Berechnung des zulässigen Staatsdefizits eingehen, ist es den Krankenversicherungsträgern in Deutschland gesetzlich untersagt, Schulden aufzunehmen. Ferner besteht keine unmittelbare Haftung des Staates für etwaige Finanzprobleme der Krankenversicherung, der über Steuern kaum an der Finanzierung des GKV-Systems beteiligt ist. Lediglich in einzelnen Bereichen (wie etwa der stationären Versorgung) fließen Steuermittel in die Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Zum überwiegenden Teil werden die Leistungen aus den Beitragsmitteln von Versicherten und Arbeitgebern bestritten. Dabei schreibt das deutsche Sozialrecht vor (§ 220 SGB V), die Beiträge zur Krankenversicherung so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen (aus Zinsen, Erstattungen usw.) die im jeweiligen Haushaltsjahr vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken („Grundsatz der Eigenfinanzierung“). Können Einnahme- und Ausgabenschwankungen nicht mehr aus den Betriebsmitteln gedeckt werden, können diesen entsprechende Mittel aus der Rücklage zugeführt werden (§§ 259ff SGB V); unterschreitet die Rücklage das gesetzlich vorgegebene Soll von mindestens 25 Prozent (und höchstens 100 Prozent) einer Monatsausgabe, so ist noch im gleichen Haushaltsjahr mit der Auffüllung der Rücklage zu beginnen. Reichen die

⁹⁰ Wörtlich heißt es dort: „Die Sozialversicherungen werden entgegen der Erwartungen im letzten Stabilitätsprogramm wiederum ein deutliches, gegenüber 2001 in etwa verdoppeltes Defizit aufweisen. Allein die Finanzierung von Ausgaben der Rentenversicherung durch den Abbau der Schwankungsreserve dürfte in der Maastricht-Rechnung ein Defizit von rund zwei Zehntelpunkten des BIP verursachen. Hinzu kommt, dass den Krankenversicherungen kein vollständiger Ausgleich des Finanzierungssaldos gelingen dürfte.“ (BMF 2002: 23)

Mittel zur Deckung der Ausgaben und gegebenenfalls der Auffüllung der Rücklage nicht aus, sind die Beiträge zu erhöhen.⁹¹

Haushaltsrechtlich werden lediglich zwei Ausnahmetatbestände im Sinne einer akzeptablen Abweichung vom Grundsatz der Eigenfinanzierung anerkannt. Diese sind durch die für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger zuständige Aufsichtsbehörde, das Bundesversicherungsamt, im Rahmen zweier Rundschreiben und in verbindlicher Form formuliert worden. Zulässig ist demnach einmal die Kreditfinanzierung von Investitionen (z. B. Immobilienerwerb oder Baumaßnahmen nach § 85 SGB IV) soweit sie letztlich zu einer Verringerung der Verwaltungsausgaben z. B. im Rahmen eines Kostenvergleichs von Miet- und Erwerbskosten führt; zulässig sind darüber hinaus jedoch auch „Kassenverstärkungskredite“ im Sinne kurzfristiger Kredite zur Bewältigung vorübergehender Liquiditätsengpässe, die durch zeitliche Verschiebungen von Einnahmen und Ausgaben oder ungewöhnliche Spitzenbelastungen eintreten können.⁹² Diese Kassenverstärkungskredite stellen keine Finanzierungsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung im eigentlichen Sinne dar und sind grundsätzlich innerhalb des laufenden Jahres auszugleichen. Sie sind daher, so das Bundesversicherungsamt, von der „unzulässigen Aufnahme eines Deckungskredits zur Finanzierung laufender Ausgaben (Leistungen, Verwaltungskosten)“ abzugrenzen, „der auf eine Verlustfinanzierung hinausläuft, die zu erhöhten Beitragslasten in späteren Jahren führt.“⁹³

Eine realistische Einschätzung des Finanzdrucks in der GKV seit 1992, der durchaus erheblich war, entsteht also nicht alleine über eine Betrachtung der haushaltsjährlichen Einnahmen-Ausgaben-Rechnung (*Abbildung 3*), sondern nur über die Einbeziehung der Entwicklung der GKV-Beiträge (*Abbildung 4*) und der Vermögensbestände der gesetzlichen Krankenversicherung (*Tabelle 2*). Der Beitragssatz ist von einem durchschnittlichen Stand von 12,7 Prozent (früheres Bundesgebiet) bzw. 12,6 Prozent (neue Bundesländer und Ost-Berlin) in 1992 auf einheitlich 14,0 Prozent in 2002 gestiegen. In dieser Entwicklung kommen nicht nur die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ausdruck, sie war auch immer wieder Anlass und Anknüpfungspunkt für mitunter hektische öffentliche und wissenschaftliche Diskurse, die sich jedoch zumeist die höchst problematischen Metaphern von der Kostenexplosion und dem Fass ohne Boden zu eigen machten. Gleichwohl entspricht das Verhalten der GKV-Finanzierungsträger, auf Finanzdefizite mit Beitragsatzsteigerungen zu antworten, durchaus der vom Gesetzgeber vorgegebenen Verhaltensnorm. Komplizierter stellt sich jedoch der Sachverhalt mit Blick auf den

⁹¹ Eine befristete Ausnahme von diesem Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen galt nur bis zum 31. Dezember 1998 für Krankenkassen im Beitrittsgebiet und im Land Berlin (§ 222 SGBV). Dabei hatten jedoch Kassen, die Darlehen aufgenommen haben, der jeweiligen Aufsichtsbehörde unverzüglich und nachprüfbar darzulegen, wie die Gründe für die Verschuldung innerhalb von fünf Jahren beseitigt und die Darlehen innerhalb von längsten zehn Jahren zurückgezahlt werden können.

⁹² Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (hier: Aufnahme von Kassenverstärkungskrediten) vom 28.08.2002 (siehe <http://www.bva.de>); Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (hier: „Aufnahme von Krediten“) vom 18.10.2002 (siehe <http://www.bva.de>).

⁹³ Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 28. August 2002, S.2.

Stand der vorgeschriebenen Rücklagen und die Vermögenslage der Krankenkassen dar. Zunächst zeigt die durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgewiesene Jahresstatistik einen in der Tendenz eindeutigen Rückgang des vorhandenen Vermögens. Wurde in das Gesamtvermögen 1995 noch ein Volumen von ca. 28 Mrd. DM veranschlagt, so reduzierte es sich bis 2001 auf knapp 11 Mrd. DM. Hinter diesem Prozess des trendmäßigen Vermögensverzehr verbirgt sich eine Finanzentwicklung der GKV, die immer wieder auftauchende und mitunter durchaus andauernde Phasen der Unterfinanzierung enthielt. Über das Verschuldungsvolumen in Form aufgelaufener Deckungskredite zur Finanzierung laufender Ausgaben liegen bisher keine verlässliche Zahlen, jedoch vielfältige Spekulationen und Schätzungen vor. Trotz der gesetzlichen Vorgaben scheint in der deutschen Krankenversicherung bis Ende 2002 ein geschätztes kreditfinanziertes Verschuldungsvolumen im Sinne untersagter Deckungskredite von ca. 4 Mrd. Euro aufgelaufen sein (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 15.11.2002, S. 13).⁹⁴ Zumindest ist diese für die politische Öffentlichkeit höchst intransparente Vermögens- und Finanzsituation Anlass heftiger Kontroversen und Debatten in den Arenen des politischen und medialen Raumes.

Dass die Krankenkassen in prekären Finanzsituationen mitunter eher mit (nicht rechtskonformen) Deckungskrediten als mit (rechtlich vorgeschrieben) Beitragssatzanpassungen reagiert haben, dürfte nicht zuletzt auf die Anreize und Spielregeln des deutschen Modells des Kassenwettbewerbs zurückzuführen sein (Stegmüller 1996). Diese sind durchaus widersprüchlich. Zum einen existieren im Leistungs- und Versicherungsrecht weitgehend einheitliche Vorgaben (einheitlicher gesetzlicher Leistungskatalog für alle Kassen, Verbot von Beitragsgestaltungselementen aus der privaten Versicherungswirtschaft wie Selbstbehalte, differenzierte Versicherungstarife, Beitragsrückgewähr usw.) und müssen die Kassen bzw. ihre Verbände im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern vielfach einheitlich und gemeinsam handeln (etwa bei Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarungen nach § 84 SGB V oder bei Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach §§ 109f. SGB V bzw. mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V). Zum anderen herrscht zwischen den Kassen ein erheblicher Wettbewerbsdruck und sie bewegen sich in einem anreizstrukturellen Kontext, der aktive Risikoselektion zur Realisierung betriebswirtschaftlicher Vorteile mitunter zur Überlebensfrage macht. In dieser Konstellation erhält der Beitragssatz die Funktion des zentralen Wettbewerbsparameters; in der Strategie der Kassen wie in den Präferenzen der Versicherten. Gerade unter den „guten Risiken“, also den betriebswirtschaftlich lukrativen Versicherten dominiert das Beitragssatzmotiv bei der Entscheidung über Verbleib oder Wechsel einer Kasse eindeutig (Müller/Schneider 1999). Unter diesen Bedingungen ist es (zumindest kurzfristig und im mikroökonomischen Sinne) durchaus rational, Beitragssätze nicht nur nach den gesetzlichen Vorgaben und dem

⁹⁴ Diese Vermutung hat das Bundesversicherungsamt dazu bewogen in seinem Rundschreiben vom 16.10.2002 alle bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger aufzufordern, bereits existierende Kreditfinanzierungen oder beabsichtigte Kreditaufnahmen bezüglich der Kredithöhe sowie der Zins- und Tilgungspläne beim Bundesversicherungsamt anzuzeigen.

Kassenfinanzbedarf, sondern auch unter Berücksichtigung der wettbewerbspolitischen Implikationen zu gestalten. Da Wettbewerbsbeitragssätze dieser Art aber in der Regel zumindest temporär unter dem Finanzbedarf der Kassen bleiben, führen sie strukturell zu Unterfinanzierungslagen, die dann den Druck in Richtung einer „offensiven Auslegung“ der gesetzlichen Verschuldungsregeln erhöhen. Das Verschuldungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung beruht zweifelsohne vor allem auf dem wettbewerbsvermittelten Druck in Richtung niedriger Beitragssätze. In diesem Sinne lässt sich das paradoxe Phänomen konstatieren, dass die Wettbewerbsanreize, die eigentlich Strategien der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven fördern und damit Beiträge zur Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung leisten sollten, eine Handlungslogik entfalten, die in Richtung einer Verschuldung des Systems drängt; ein Befund, auf den noch zurückzukommen sein wird (Abschnitt V).

Im Kontext der Europäisierung der Gesundheitspolitik ist der hier skizzierte Zusammenhang zwischen den Vorgaben des Euro-Finanzregimes und den Finanzierungsregeln bzw. der aktuellen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Zunächst erhöht die seit geraumer Zeit prekäre Finanzsituation der GKV den Druck auf die jeweilige Regierung, über entsprechende Konsolidierungsmaßnahmen das GKV-System als Risikofaktor für das SWP-Defizitverfahren möglichst weitgehend zu neutralisieren; ansonsten drohen die Sanktionen des SWP. Dabei fungieren die Vorgaben des EG-Vertrages sowie die Verschärfungen im Rahmen der genannten Vereinbarungen (aus der Entschliebung des Europäischen Rates sowie des Rates zur haushaltspolitischen Überwachung sowie zur Beschleunigung und Klärung des Verfahrens bei einem übermäßigen Defizit) als schein-objektive Prüfmarken einer vermeintlich erfolgreichen oder erfolglosen Politik.⁹⁵ Doch bereits unterhalb der Schwelle der Ingangsetzung des Defizitverfahrens wird ein Verfehlen der Zielmarke mit hohen Ansehensverlusten in den politischen und gesellschaftlichen Diskursen quittiert. Dies ist nicht zuletzt auf den hegemonialen Rang zurückzuführen, der den im Euro-Finanzregime kodifizierten fiskalpolitischen Paradigmen in der finanzwissenschaftlichen und vor allem medialen Öffentlichkeit seit geraumer Zeit zukommt. Politische Strategien, denen es an Konformität mit den in den Massenmedien dominierenden Deutungsmustern und Politikempfehlungen mangelt,

⁹⁵ Dass der Beitrag der GKV zur Einhaltung des Defizitkriteriums längst in die Strategieplanung der Politik Eingang gefunden hat wird an öffentlichen Verlautbarungen und beobachtbaren Strategiewechseln im Rahmen der – laut Regierungserklärungen anstehenden nächsten – „GKV-Strukturreform“ deutlich. Ursprünglich war von Seiten des BMGS geplant, die Reform der Versorgungsstrukturen und des GKV-Vertragsmodells von der Reform des Finanzierungsmodells zu entkoppeln und die Versorgungs- und Vertragsreformen zuerst in den parlamentarischen Aushandlungs- und Entscheidungsprozess einzuspeisen. Unter dem Druck der Defizitüberschreitung Deutschlands im Jahre 2002 und den daraufhin von der Europäischen Kommission formulierten Vorgaben wurde dieser Zeitplan jedoch geändert und beschlossen, beide Reformvorhaben gleichzeitig in Angriff zu nehmen. Dieses Vorziehen der geplanten GKV-Finanzreform wurde nicht zuletzt mit dem Handlungsdruck im Rahmen des Defizitverfahrens und der Notwendigkeit kurzfristiger Konsolidierungserfolge begründet. So erklärte die Ministerin für Gesundheit und soziale Sicherung, Ulla Schmidt, in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung: „(...) Zudem müssen wir die Reformen ohne Zeitverzug angehen. Bis Mai (2003, d. Verf.) müssen wir der EU-Kommission Vorschläge für den Defizitabbau machen, auch im Gesundheitssystem. Unsere Maßnahmen müssen sofort wirken. 2003 wird ein Reformjahr.“ (FAZ v. 20.1.2003)

laufen Gefahr, sich mediale Gegenkampagnen einzuhandeln. Diese erreichen zunehmend europäische Dimensionen und sind für die Legitimationsbasis der Regierung um so prekärer, je enger sich die Kampagnenbotschaften an die Alltagsanschauungen der Wahlbevölkerung anlehnen. In einer „medial kurzgeschlossenen Mediendemokratie“, in der (auch) in der Wirtschafts- und Sozialpolitik „eine demoskopisch laufend kontrollierte Meinungskonformität das A und O“ (Rieger 2002: 4) ist, werden daher nicht zufällig alle politischen Reformoptionen auf ihre wahrscheinliche Wirkung im massenmedialen Resonanzraum geprüft.⁹⁶ Ihre Chancen, beim regierungspolitischen Agenda-Setting Berücksichtigung zu finden, steigen in dem Maße, in dem sie möglichst wenige Anknüpfungspunkte für politische Profilierungsaktivitäten der parlamentarischen Opposition und Risiken für die Zustimmung in der Bevölkerung erwarten lassen.⁹⁷

Doch nicht nur die Risiken eines europäischen Defizitverfahrens und erheblicher politischer Konfliktkosten sind Probleme, die mit defizitären Finanzsituationen im GKV-System verbunden sind. Ein weiteres „standort- bzw. wettbewerbspolitisches“ Problem kommt nach einschlägiger (gleichwohl oft widerlegter)⁹⁸ Auffassung in Wissenschaft und Medien hinzu. Der geschilderte Mechanismus der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führt dazu, dass Finanzschwierigkeiten in der Krankenversicherung – ceteris paribus – direkt zu steigenden Beitragssätzen und damit (aufgrund des Lohnbezugs der Beiträge) zu steigenden Arbeitskosten führen. Daher werden Finanzprobleme im deutschen Gesundheitssystem bisher noch weniger als ein Problem der Konsolidierung der Staatshaushalte diskutiert; vielmehr gelten sie als ein Problem der Schwächung des deutschen Wirtschaftsstandortes gegenüber ausländischen Standorten bzw. des Faktors Arbeit gegenüber dem Faktor Kapital. Damit geraten die Finanzen des GKV-Systems doppelt in den Kontext der Lissabonner Strategie und ihrer immanenten Restriktionen: einmal als Risikofaktor bei der Erreichung der Maastrichter Konvergenz- und Stabilitätsziele; zum anderen als (vermeintlich) wettbewerbs-hemmenden Faktor bei der Revitalisierung des Wirtschaftsstandortes bzw. als Blockadefaktor beim Übergang von der Industrie- zur Wissensökonomie. Die

⁹⁶ Zur Bedeutung der Massenmedien für sozialpolitische Reformprozesse in „medial kurzgeschlossenen Massendemokratien“ siehe Rieger, der ihnen eine zentrale Rolle als Prüfstein für die Akzeptanz sozialpolitischer Reformoptionen in der Bevölkerung zuweist. „Jede Reformpolitik wird darauf geprüft, ob sie mit den Einschätzungen beachtlicher Bevölkerungskreise übereinstimmt. Für Regierung wie Opposition gelten die Antworten auf Herausforderungen als richtig, die auf Zustimmung der Betroffenen stoßen. Weil diese Zustimmung vor allem über die Medien erkennbar wird, werden diese, und hier wiederum vor allem die Massenmedien, nicht nur zentrales Erkenntnismittel demokratischer Politik, sondern sind auch zum ersten Adressaten bei der Formulierung von Politik aufgestiegen. Die wahrscheinliche Reaktion der Medienakteure wird zum Nadelöhr jeden Versuchs, über die Politik die gesellschaftlichen Verhältnisse zu gestalten und zu lenken.“ (2002: 4)

⁹⁷ Dabei liefert in Deutschland bereits die Gefahr einer Überschreitung des Defizitmarke von 3 Prozent Anknüpfungspunkte für heftige parlamentarische Debatten und Profilierungsanstrengungen der Opposition; siehe dazu exemplarisch die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Horst Seehofer u.a. und der Fraktion der CDU/CSU (Deutscher Bundestag Drucksache 14/9896, vom 27.08.2002) sowie die Kontroverse zwischen dem Bundestagsabgeordneten Aribert Wolf und der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister der Finanzen Barbara Hendricks (Deutscher Bundestag Plenarprotokoll 14/226), in denen die prekäre Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung im Kontext der Probleme der Bundesregierung, das Defizitkriterium des SWP einzuhalten, debattiert wurde.

⁹⁸ Zuletzt SVRKAiG 2003: Ziffern 81-90.

Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung sind im europäischen Kontext also in der wettbewerbs- und beschäftigungspolitischen Dimension präsent – und besitzen somit eine entsprechende Relevanz für die strategischen Akteure auf gemeinschaftlicher wie nationaler Ebene.

IV. Die Europäisierung der Gesundheitspolitik und das Neue Europäische Sozialmodell

1. Antriebskräfte und Konturen der Europäisierung der Gesundheitspolitik

Die Erarbeitung gemeinschaftsweit gültiger Problemanalysen, die Definition von gesundheitspolitischen Zielen (und damit Vorgaben) für die nationalen Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten und die dezidierte Reklamierung von Zuständigkeiten in gesundheitspolitischen Fragen lassen die inhaltlichen Konturen der Gesundheitspolitik erkennen, mit denen sich die EU als Akteur in das Politikfeld Gesundheit integrieren will. Formal bleibt die Souveränität der Mitgliedsstaaten unberührt, doch zugleich signalisiert sie ein neu erwachtes und weit ausgreifendes Interesse der Gemeinschaft, vor allem des Europäischen Rates und der Europäischen Kommission, an der Gesundheitspolitik. Die Anwendung der OMK treibt also die Europäisierung im Politikfeld Gesundheit voran und wirkt als eine Art politischer Katalysator eines Prozesses, der bisher aufgrund der dargelegten Hindernisse nicht so recht voran kam. Diese Europäisierung vollzieht sich zum einen durch die Konstituierung einer gesundheitspolitischen Arena auf europäischer Ebene und zugleich durch die Herausbildung einer Mehrebenen-Struktur im gesundheitspolitischen Feld, in der zunehmend Beziehungen zwischen gemeinschaftlicher und nationaler Ebene herausbilden.

1.1. Der gesundheitspolitische Europäisierungstyp

Auffällig an dieser Entwicklung ist, dass sie sich abseits der Konfliktachse bewegt, entlang derer es um die klare, ausschließliche Zuteilung von Kompetenzen zwischen den Ebenen des Systems bzw. den dort handelnden Akteuren geht. Im realen Prozess findet keine einfache Entmachtung der Mitgliedsstaaten durch eine Übertragung von Entscheidungsbefugnissen auf die Gemeinschaftsebene statt. Die zu beobachtende Europäisierung besteht vielmehr in einem doppelseitigen Prozess: zum einen halten die Akteure der europäischen Ebene Einzug in die nationalen gesundheitspolitischen Arenen und gewinnen dort sukzessive Einfluss auf die Spielregeln der politischen Entscheidungen („Rules of Policy-Making“). Zugleich bewahren sich die Mitgliedsstaaten Souveränitätsrechte und wirken ihrerseits in die europäischen Arenen und die dortigen Entscheidungsfindungsprozesse hinein. Hier bestätigt sich, dass die traditionelle Vorstellung von Europäisierung als einem geradlinigen Prozess der Kompetenzverlagerung von der nationalen auf die supranationale Ebene die Realität nicht zureichend trifft. Besser als die Vorstellung eines linearen Souveränitätstransfers scheint zur Analyse der Entwicklungen (nicht nur) im Feld der Gesundheitspolitik ein Begriff geeignet, der Europäisierung als einen wechselseitigen Prozess der Intensivierung und Institutionalisierung von Interaktionsbeziehungen zwischen den

Akteuren der nationalen und gemeinschaftlichen Ebenen fasst. Dieser kann zwar durchaus von der europäischen Ebene ausgehen, empfängt aber im Zeitablauf Antworten und Rückwirkungen aus den Mitgliedsstaaten und verdichtete sich schließlich zu einem interdependenten Mechanismus ohne eindeutige Hierarchie. Europäisierung meint in diesem Sinne vor allem einen vertikalen (also sich zwischen Gemeinschaft und Gliedstaaten vollziehenden) Prozess der „Diffusion und Institutionalisierung von Regeln, Normen und Prozeduren“⁹⁹, „...which are first defined and consolidated in the EU policy process and then incorporated in the logic of domestic discourse, identities, political structures and public policy“ (Claudio Radaelli, zit. nach Platzer 2002: 105). Dabei drängen die von der EU ausgehenden Dynamiken in Richtung eines Wandels der Institutionen und Politiken auf der nationalen Ebene; doch zugleich strukturieren die binnenstaatlichen Gegebenheiten die Interessenlagen, Präferenzen und Handlungsorientierung der korporativen Akteure, mit denen diese auf der europäischen Ebene agieren. Hier wird ein Typ der wechselseitigen Einwirkung sichtbar, der in hohem Maße mit der Logik der koordinierenden Regulierung der OMK kompatibel ist und durch diese mit hoher Wahrscheinlichkeit einen neuen Entwicklungsschub erhalten dürfte. Es ist daher alles andere als ein Zufall, dass er vor allem – mit den beschriebenen Differenzen in den „Härtegraden“ - in den Feldern der Wirtschafts-, Finanz- und Beschäftigungs- und zunehmend eben in Bereichen der Sozialpolitik anzutreffen ist, also gerade in den Politikfeldern, in denen sich die OMK mit ihrem Mix aus Achtung nationalstaatlicher Souveränitätsrechte und faktischer Einflussnahme auf die Autonomie der Nationalstaaten als besonders geeignet erweist.¹⁰⁰

Es ist offensichtlich, dass dieser vertikale Typ von Europäisierung auch Auswirkungen auf den horizontalen Modus der Integration der europäischen Staaten hat und daher Konsequenzen für die Integrationsforschung sowie die wissenschaftliche Beschäftigung mit Sozial- und Gesundheitspolitik nahe legt. Wenn vor allem von den Wirkungsketten und Rückkopplungsschleifen zwischen „Europeanization and Domestic Change“ entscheidende Einflüsse auf die Veränderungen der einzelnen Politikfelder ausgehen, verlieren traditionelle Fragestellungen und Schwerpunktsetzungen in der Integrationsforschung zumindest an Relevanz¹⁰¹. Dies gilt etwa für die Frage nach der genuinen Qualität von Staatlichkeit, die dem Institutionensystem der EU zugeschrieben werden kann; oder für die hohe Aufmerksamkeit, die bisher Verlaufsformen und Resultaten des Wettbewerbs zwischen EU und Mitgliedsstaaten um formale Souveränitätsrechte zuteil wurde. In den Mittelpunkt müssten neue Fragestellungen rücken: Fragen nach den Mechanismen, mit denen Entwicklungen auf EU-Ebene jenseits formalrechtlicher Kompetenzverschiebungen (politische Entscheidungen, institutionelle Veränderungen oder neue normative Orientierungen) Einfluss auf Bestand und Wandel der politischen Entscheidungsprozesse, der institutionellen Arrangements und der normativen Sozialkulturen in den Mitgliedsstaaten ausüben; oder

⁹⁹ Vgl. Platzer (2002: 105), der diesen Typus der Europäisierung am Beispiel der Arbeitsbeziehungen in der EU untersucht.

¹⁰⁰ Zur Beschreibung und Analyse dieses neuen Europäisierungstyps anhand diverser Fallstudien siehe die Einzelbeiträge in Cowles/Caporaso/Risse 2001.

¹⁰¹ Ohne damit freilich gleich in die Irrelevanz abzurutschen.

mit welchen „nationalen Färbungen“¹⁰² die externen Anpassungsdrücke durch die Binnenstrukturen in den Mitgliedsstaaten absorbiert werden; ob sie in den nationalen Institutionensystemen also Transformationsprozesse initiieren, beschleunigen oder bremsen; oder ob die vorhandenen institutionellen Binnenstrukturen mit den neuen Entwicklungslogiken von außen bereits kompatibel sind und keine Veränderungen ausgelöst werden.¹⁰³

Für die Betrachtung des Feldes der Gesundheitspolitik ist diese neue Sichtweise insofern produktiv, als sie den Blick für integrationspolitisch wichtige Prozesse unterhalb der Schwelle klarer Kompetenztransfers öffnet. Somit werden sukzessive sich verdichtende Interaktionsbeziehungen und Interdependenzen sichtbar, die die Strategiebildung der Akteure auf allen Ebenen des Systems beeinflussen. Im Gegensatz zu einer Sichtweise, die weitgehend nach den Orten oder Wanderungen formaler Kompetenzen und Souveränitätsrechte fragt, vermag dieser analytische Blick auf den Integrationsprozess vor einer irrigen, gleichwohl noch weit verbreiteten Auffassung zu schützen. Der Auffassung nämlich, dass gesundheitspolitische Reformdebatten und -projekte weiterhin als national geschlossene Angelegenheiten behandelt werden könnten, da die formalrechtliche Souveränität der Mitgliedsstaaten in Gesundheitsfragen bis heute weitgehend erhalten geblieben ist. Auch wenn im deutschen Gesundheitssystem strategische Interessen und Präferenzen bisher noch weitgehend aus einer nationalstaatlichen Binnenperspektive definiert werden, dürfte dies (auch) mit voranschreitendem Erfolg der Europäisierung mittels der OMK – im wahrsten Sinne des Wortes - an Grenzen stoßen.

Schon heute kann kein Zweifel daran bestehen, dass Europa mit seinen Schlüsselakteuren längst in die Transformationsprozesse der nationalen Sozialsysteme hineinspielt; und dies in mehrfacher Hinsicht (*Abbildung 5*). Einmal treten Akteure der Europäischen Ebene direkt in die Politikarenen in den Mitgliedsstaaten ein. Das gilt vor allem für den EuGH mit seiner Rechtsprechung und Auslegung des Verhältnisses zwischen nationalem und Gemeinschaftsrecht, insbesondere zwischen deutschem Sozial- und europäischem Marktrecht. Doch zugleich beeinflussen die Player der europäischen Ebene die Rahmenbedingungen und damit zugleich die Interessenlagen und Strategieoptionen der Akteure innerhalb der nationalen Systeme. So etwa der Europäische Rat, der Verhandlungsregime wie die OMK vereinbart, und etwa durch seine allgemeinen Strategievorgaben („Lissabonner Strategie“) die politische Umwelt der Akteure reguliert und auf diesem Weg einen kontextgesteuerten Integrationsmodus vorantreibt. Und schließlich gilt dies für die Europäische Kommission, den Ministerrat und – mit deutlich abgeschwächten Kompetenzen - das Europäische Parlament. Gemeinsam wirken sie über gesundheitspolitisch relevante Richtlinien, supranationale Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheitswesen und nicht zuletzt über den Anstoß und die Abwicklung politischer Konvergenzprogramme im Politikfeld Gesundheit im Rahmen der OMK in die Gesundheitspolitiken der Mitgliedsstaaten

¹⁰² Risse/Cowles/Caporaso (2001: 1) sprechen hier von einer „domestic adaptation with national colors“.

¹⁰³ Vgl. dazu etwa das „Drei-Schritte-Modell“, mit dem Risse/Cowles/Caporaso (2001: 6-12) die Vermittlungsglieder zwischen dem europäischen Anpassungsdruck und den Veränderungen in den nationalstaatlichen Strukturen zu erfassen suchen; auch Green/Risse 2001.

hinein. Doch der Prozess der Verdichtung von Beziehungen bzw. der funktionalen Verflechtung zwischen den Akteuren des gesundheitspolitischen Mehrebenen-Systems findet nicht nur in eine Richtung statt. Auch aus den Mitgliedsstaaten gehen Impulse nach Europa. Das gilt vor allem für die Nationalstaaten, die nach wie vor die „Herren der Integration“ (Stephan Leibfried) sind und ihrerseits in die europäischen Arenen hineinwirken. Sie sind es, die mit dem Euro-Finanzregime den sozialökonomischen Kontext der Gesundheitspolitik geprägt haben. Und letztlich sind auch sie es, die über die Art der Umsetzung direkter und/oder indirekter Vorgaben oder ihre Mitarbeit oder Verweigerung in den europäischen Aktionsprogrammen oder Koordinierungsverfahren über Erfolg und Fehlschläge europäischer Projekte entscheiden.

In welche Richtung sich der institutionelle und politische Wandel in den Gesundheitspolitiken der Mitgliedsstaaten nach den europäischen Parametern vollziehen *soll*, ist relativ offensichtlich. Vor allem die Integration der gesundheitspolitischen Ambitionen der EU-Institutionen in den Kontext öffentlicher Haushaltskonsolidierung und privatwirtschaftlicher Wettbewerbsförderung lässt kaum Zweifel daran aufkommen, dass europäische Gesundheitspolitik vorwiegend als Kostendämpfungspolitik verstanden wird. Insofern kann auch das Koordinierungsverfahren im Politikfeld Gesundheit als „Restriktionskoordinierung“ charakterisiert werden.¹⁰⁴ Insgesamt sollen über die OMK durch ein den spezifischen Rahmenbedingungen in der EG angepasstes Verfahren die Sozialpolitiken auf die strategischen Ziele des auf Gemeinschaftsebene definierten Wettbewerbsmodells (inklusive einer restriktiven Finanzpolitik) der Lissabonner Strategie verpflichtet werden. Zweifelsohne liegt in dieser Kombination aus gemeinschaftspolitischer Zielvorgabe und verbleibender nationalstaatlicher Autonomie in der Wahl der Umsetzungswege und -instrumente eine weitergehende Einschränkung der Mitgliedsstaaten, als dies auf den ersten Blick deutlich wird. Somit trägt die Politik der Konvergenz dazu bei, „dass die Mitgliedsstaaten der EU/EG auch als Wohlfahrts- bzw. Sozialstaaten in ein neues post-nationales Stadium getreten sind, in dem Sozialpolitik nur noch Ergebnis einer Mehrebenen-Politik unter Einfluss der supranationalen EG-Ebene erfolgreich sein kann“ (Schulte 2002: 9).

Bleibe die Frage nach den Ursachen und Triebkräften des neu erwachten Interesses der EU an sozial- und gesundheitspolitischen Politikthemen, die bis hin zur Etablierung neuer Politikfelder mit eigenen politischen Verfahren und Zielen reichen. Antworten auf diese Fragen werden sichtbar, sobald die bereits angedeuteten fiskal-, beschäftigungs- und wettbewerbspolitischen Kontextbedingungen des neuen Politikfeldes genauer in den Blick genommen werden.

¹⁰⁴ Heise (2002: 89-90) spricht mit Blick auf die Koordinierungsregeln des Wachstums- und Stabilitätspaktes von einer Restriktionskoordinierung, da das primäre Anliegen der Defizit- und Verschuldungskriterien in der Verhinderung einer übermäßigen finanzpolitischen Expansion und eines entsprechenden dynamischen Verschuldungsprozesses liege.

Der fiskalpolitische Kontext

So wie sich die Zwänge der Haushaltssanierung im Zuge der Etablierung des Euro-Finanzregimes in der Gesundheitspolitik als „fiskalischer Imperativ“ (Freeman/Moran 2000) Geltung verschaffen, so gewinnen Gesundheitssysteme und -politiken in den europäischen Mitgliedsstaaten im Rahmen der fiskalischen Haushaltskonsolidierungspolitik erheblich an Bedeutung. Dies um so mehr, als die Gesundheitsausgaben in den letzten drei Jahrzehnten in allen europäischen Staaten deutlich angestiegen sind. Zwar haben sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den einzelnen Ländern entsprechend dem allgemeinen Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung, den politisch-administrativen und soziokulturellen Traditionen, der (staatlichen, öffentlich-rechtlichen oder privatwirtschaftlichen) Ausgestaltung des gesundheitspolitischen Institutionensystems und nicht zuletzt der parteipolitisch-ideologischen Ausrichtung der Regierungen durchaus unterschiedlich entwickelt¹⁰⁵; doch haben sich im europäischen Durchschnitt die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen, also die Summen aus öffentlichen und privaten Ausgaben, von etwa 5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes im Jahr 1970 auf über 8 Prozent im Jahr 1998 erhöht, wobei diese Steigerung größtenteils vor 1990 erfolgte. Alleine bei den öffentlichen Ausgaben lässt sich ein ähnlicher Trend erkennen. Zwischen 1970 und 1990 sind sie von 3,9 Prozent des BIP auf etwa 6 Prozent gestiegen, nach 1990 wurde diese Entwicklung insbesondere in Folge der in allen Ländern unternommenen Kostendämpfungspolitiken jedoch gebremst. Die mit diesen Entwicklungstrends einhergehenden Risikopotentiale mit Blick auf die Vorgabe der Unterschreitung des dreiprozentigen Haushaltsdefizits haben zweifelsohne den Focus der Aufmerksamkeit auf das Politikfeld Gesundheit gelenkt.¹⁰⁶

Der beschäftigungspolitische Kontext

Hinzu kommen die Beschäftigungspotentiale der nationalen Gesundheitssysteme die nicht zuletzt mit Blick auf das ebenfalls im Rahmen der Lissabonner Strategie reformulierte Ziel der Vollbeschäftigung an Bedeutung gewinnen. Dabei findet Beschäftigung im Gesundheitswesen nicht nur in den bekannten Sektoren personennaher Gesundheits- und Pflegedienste statt; zugleich existiert eine umfassende industrielle Infrastruktur pharmazeutischer und medizintechnischer Produktion im sekundären Sektor, die ebenfalls und mit expandierender Tendenz Beschäftigungsfelder bereithält.¹⁰⁷ Parallel zum Anstieg der nationalen Gesundheitsquoten wuchsen die Beschäftigungsvolumina in den Gesundheitssektoren der Einzelstaaten. Dabei sind vor

¹⁰⁵ Zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den OECD-Staaten und den sie prägenden Faktoren siehe ausführlich Schmidt 1999a und b.

¹⁰⁶ Zum Zusammenhang von Gesundheitsausgaben und Haushaltskonsolidierung unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens siehe Abschn. III, 6.

¹⁰⁷ Siehe dazu etwa Freemann/Moran (2000); sie sprechen in diesem Zusammenhang von der „industriellen Dimension“ der Gesundheitsversorgung. Zugleich verweisen sie auf den hohen Grad der internationalen Verflechtung dieser Wirtschaftssektoren und sehen gerade hier eine Tendenz zur Expansion der Nachfrage nach Gesundheitsgütern, die den Konsolidierungsambitionen der nationalen Gesundheitspolitiken immer wieder entgegenwirkt.

allem zwei Trends auffällig: zum einen weisen Studien für die untersuchten „Sozialversicherungsländer“ (hier: Deutschland, Frankreich, Niederlande und Österreich) einen höheren Beschäftigungszuwachs als für die untersuchten nationalen Gesundheitsdienste (Dänemark, Schweden, Vereinigtes Königreich) aus, wobei in Deutschland unter den Sozialversicherungssystemen der schwächste Anstieg zu vermerken war; zweitens handelte es sich bei den zusätzlich geschaffenen Arbeitsplätzen insbesondere um Teilzeitarbeitsplätze (ausführlich: Schneider u. a. 2000). Eine gewisse Ausnahme stellt lediglich Schweden dar, wo die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen von 843.000 (1995) auf 756.000 (1998) zurückging, um dann aber im Jahre 1999 bereits wieder zuzunehmen; gleichwohl stellt der Anteil von 19,2 Prozent (1998) Beschäftigter im Gesundheitswesen an der Zahl der Gesamtbeschäftigten nach wie vor den Spitzenwert in Europa dar. Diesem Spitzenwert folgen Dänemark mit einem Anteil von 17,0 Prozent, die Niederlande mit 13,3 Prozent, Großbritannien mit 10,9 Prozent, Belgien mit 10,8 Prozent, Frankreich mit 10,5 Prozent und schließlich Deutschland mit 9,5 Prozent. Insgesamt waren 1998 im Gesundheitswesen der europäischen Union etwa 13,5 Mio. bis 16,5 Mio. Erwerbstätige beschäftigt (*Tabelle 3*).

Wie sich die Beschäftigung im Gesundheitssektor zukünftig weiterentwickeln wird, lässt sich natürlich nicht mit Sicherheit vorhersagen. Sicherlich werden die Expansionsspielräume durch die sektorenspezifischen Produktivitätssteigerungen etwa in stark medizintechnisch geprägten Versorgungssektoren, die an das gesamtwirtschaftliche Wachstum gebundenen Finanzierungsressourcen sowie etwaige Konsolidierungsprämissen seitens der Politik begrenzt. Doch zugleich dürften die durchschnittlichen Produktivitätssteigerungen bei den Gesundheitsdienstleistungen (nicht unbedingt in der medizintechnischen und pharmazeutische Industrie) auch weiterhin hinter den Steigerungen in der (sonstigen) industriellen Produktion zurückbleiben und die Arbeitsintensität höher ausfallen; auch dürfte der Bedarf an Gesundheitsleistungen infolge der demographischen und sozialkulturellen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Bereits der tiefgreifende Wandel der Familienformen und die damit einhergehende Individualisierung von Lebensweisen und –lagen erzeugen einen erheblichen Bedarf an gesellschaftlich zu organisierenden und erwerbsförmig zu erbringenden Pflege- und Betreuungstätigkeiten. Saldiert man die Auswirkungen dieser teilweise konträr wirkenden Entwicklungen, ist jedoch die Hoffnung auf eine weitere Zunahme des Beschäftigungsvolumens, das den Überlegungen der EU zugrunde liegt, keineswegs unrealistisch. Und dies gilt gleichermaßen für den sichtbar werdenden Versuch, die hier vorhandenen Potenziale, entsprechend dem neuen strategischen Ziel der Lissabonner Strategie, durch den integrierten Ansatz einer umfassenden Modernisierungspolitik zu aktivieren, um den gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsstand mit Blick auf das Vollbeschäftigungsziel zu erhöhen (grundlegend dazu: Schneider u. a. 2002, SVRKAiG 1996: Ziffern 279-383).¹⁰⁸ Gleichwohl leiden

¹⁰⁸ In der deutschen Debatte markierte das Sondergutachten 1996 des SVRKAiG eine gewisse Wende in der Wahrnehmung des Gesundheitswesens. Wurde es zuvor ausschließlich als Kostenfaktor und damit als Wachstums- und Wettbewerbshemmnis bewertet, so wurde es in diesem Gutachten ausführlich wie selten zuvor auch als Zukunftsbranche und relevanter Beschäftigungssektor der Zukunft diskutiert. Gleichwohl

Strategien dieser Art unter den gegenwärtigen Konstellationen in den europäischen Gesundheitssystemen unter einem klassischen Zielkonflikt. Während die Zufuhr weiterer Finanzmittel in die Systeme zwar deren Beschäftigungsvolumina erhöht, kollidiert ihre Beschaffung – je nach Ausgestaltung des gesundheitspolitischen Finanzmodells - mit den Zielen der Haushaltskonsolidierung oder der Wettbewerbstärkung der heimischen Wirtschaft. Denn entsprechende Ausgaben müssen aus Staatsfinanzen oder Sozialversicherungsbeiträgen refinanziert werden und schlagen sich damit als höhere Staatsausgaben bzw. höhere Steuern oder Arbeitskosten nieder. Schließt man eine dauerhafte Defizitfinanzierung im Zuge der ebenfalls vorgegebenen maximalen Verschuldungsquote aus, bleiben nur die Einkommen der Versicherten bzw. der privaten Haushalte als mögliche Quellen der Finanzierung. Diese ließen sich entweder über eine Ausgliederung von Leistungen aus dem (steuer- oder paritätisch beitragsfinanzierten) Leistungskatalog und ihre Überwälzung in eine (am besten obligatorische) private Zusatzversicherung oder über den Weg höhere Zuzahlungen der Patienten anzupfen. Fazit: Unter den Bedingungen des Euro-Finanzregimes und der institutionellen Konstellationen der nationalen Gesundheitssysteme drängt die (gesellschaftlich mitunter durchaus wünschenswerte) Erschließung der Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Richtung einer Vermarktlichung und Privatisierung der Leistungssysteme.

Der wettbewerbspolitische Kontext

Schließlich liegt der Dynamik der europäischen Gesundheitspolitik eine wettbewerbspolitische Dimension zugrunde. Ausformuliert und mit konkreten Ziel-, Aktions- und Umsetzungsplänen versehen wurde dieses Konzept in der im Juni 2001 von der Europäischen Kommission vorgelegten „Sozialpolitischen Agenda“, die auf eine Art wettbewerbspolitische Formierung der innereuropäischen Gesellschaft zum Zwecke der Steigerung der europäischen Wettbewerbsfähigkeit sowie der Transformation in Richtung einer Tertiärökonomie zielt. So heißt es dort: „Bei der Agenda geht es darum, eine positive und dynamische Wechselwirkung von Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik sicherzustellen, verbunden mit einem politischen Konsens, alle Schlüsselakteure für ein gemeinsames Streben nach dem neuen strategischen Ziel zu mobilisieren.“ (Europäische Kommission 2000b: 6) In diesem Konzept soll eine auf Wettbewerbsfähigkeit und Wachstumsdynamik zielende Wirtschaftspolitik die Inflationsrate niedrig und die öffentlichen Finanzen gesund halten und damit die Beschäftigungsentwicklung und den sozialen Zusammenhalt stärken. Einer auf die Verbesserung der sozialen Lebensqualität und des sozialen Zusammenhalts zielenden Sozialpolitik fällt die Aufgabe zu, durch einen maßgeschneiderten Sozialschutz und eine aktive allgemeine und berufliche Bildung die soziale Einbindung und die Wettbewerbsfähigkeit zu stärken; und schließlich soll eine auf die Anhebung der Beschäftigungsquote zielende Vollbeschäftigungspolitik zu einer

wurde die Anbindung der Finanzierung des Gesundheitswesens an die Erwerbseinkommen und damit an die unternehmerischen Arbeitskosten als Restriktion einer an sich möglichen Expansion des Beschäftigungsvolumens thematisiert.

nachhaltigen Finanzierung der Sozialschutzsysteme, zu einer intensiveren Nutzung der Humanressourcen und zu einer Stärkung der wirtschaftlichen Wachstumskräfte beitragen. „Bekommt man die gegenseitige Abhängigkeit der verschiedenen Politikbereiche gut in den Griff, sollte sich daraus ein ‚policy-mix‘ ergeben, der den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt trägt.“ (Europäische Kommission 2000b: 7).

In diesem „Policy-Mix“, der auf die Initiierung eines sich gegenseitig verstärkenden Mechanismus von wirtschaftlichem und sozialem Fortschritt zielt, erhalten insbesondere Sozialausgaben für Gesundheit und Bildung die Funktion einer „Innovation in Humanressourcen“. Sie sollen sich insbesondere positiv auf die Dynamik und die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Wirtschaft auswirken. Somit gewinnt Gesundheitspolitik auch aus wettbewerbspolitischen Gründen an Bedeutung. Dies gilt zum einen natürlich in dem Sinne, dass durch eine aktive Koordinierung gesundheitspolitischer Konsolidierungsstrategien in den Mitgliedsstaaten die Gesundheitskosten und somit die Beitrags- oder Steuerbelastungen der Unternehmen reduziert werden sollen. Doch neben dieser traditionell quantitativen kostensenkenden Strategie zur Verbesserung der Angebotsbedingungen erhält die qualitative Verbesserung der Angebotsbedingungen einen zumindest ebenbürtigen Stellenwert. Dadurch avanciert „der Begriff der Qualität - der der Geschäftswelt bereits vertraut ist -, zur „Antriebskraft einer blühenden Wirtschaft, als Stimulans für mehr und bessere Arbeitsplätze und als Anregung für eine Gesellschaft, in der niemand ausgegrenzt wird“. (Europäische Kommission 2000b: 15) Hier gewinnt die allgemeine gesellschaftliche Gesundheitspolitik eine arbeitspolitische Dimension, die auf die Verbesserung der „Qualität von Arbeit“ zielt. „Vorausgesetzt werden dabei zweckmäßigere beschäftigungspolitische Maßnahmen, eine angemessene Entlohnung und eine Arbeitsorganisation, die den Bedürfnissen von Unternehmen und Einzelpersonen gerecht wird. Grundlagen sind hohe Qualifikationen, gerechte arbeitsrechtliche Normen und angemessene arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Standards; dazu kommt auch die Förderung beruflicher und geografischer Mobilität.“ (Europäische Kommission 2000b: 15; vgl. auch Europäische Kommission 2002a).

2. Das Euro-Finanzregime, die wettbewerbspolitische Restrukturierung Europas und das Neue Europäische Sozialmodell

Diese Strategie der Aktivierung der Produktivitätspotentiale qualitäts- und konsensorientierter Modernisierungsstrategien fügt sich insgesamt in einen wettbewerbspolitischen Formierungsprozess des Wirtschaftsraumes Europa ein. Seine Bewegungsenergie gewinnt er nicht zuletzt durch Verschärfung der Konkurrenz in der kapitalistischen Triade (Westeuropa, Nordamerika und Südostasien) sowie die Interessen der institutionellen Akteure der transnationalen Finanzmärkte an neuen Anlage- und Verwertungsmöglichkeiten in der Realökonomie (Altwater/Mahnkopf 1996, Huffs Schmid 1999). Institutionell flankiert, vorangetrieben und strukturiert wird er durch die Handlungszwänge, die durch das Euro-Finanzregime in den Staaten der EU implementiert wurden. Dieses Finanzregime ruht bisher insbesondere auf zwei Säulen:

dem Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakte und der Europäischen Zentralbank. Die EU-vertraglich fixierte Aufgaben- und Kompetenzdefinition der Europäischen Zentralbank orientiert sich ausschließlich an der internen Geldwertstabilität des Euro (und damit nicht zuletzt den Einkommens- bzw. Sicherheitsinteressen großer Euro-Vermögensbesitzer); und die Defizit- und Verschuldungskriterien des „Wachstums- und Stabilitätspaktes“ drängen die nationalen Fiskalpolitiken auf einen unbedingten Konsolidierungskurs, der nicht nur die direkten Staatshaushalte, sondern auch die Parafiski (wie etwa die staatlichen oder staatsnahen Systeme der öffentlichen Daseinsvorsorge) unter strikten Sparstress setzt (Urban 1998b). Doch die Herausbildung des Euro-Finanzregimes ist keineswegs abgeschlossen. Einiges spricht dafür, dass sich zur Zeit mit der politisch forcierten Integration der europäischen Kapital- und Finanzmärkte als dem neuen hegemonialen Projekt in Europa das dritte Standbein des Euro-Finanzregimes herausbildet (Bieling/Schulten 2002: 39-55). Dieses dürfte für die Ambitionen, die weitgehend öffentlich organisierte gesellschaftliche Daseinsfürsorge bzw. die sozialen Sicherungssysteme umfassender als bisher den Zugriffen der Finanzmarktakteure zugänglich zu machen, von wachsender Bedeutung sein. Zwar stehen vor allem (nicht zuletzt aufgrund ihres Volumens) die nationalen Alterssicherungssysteme im Fokus der interessenpolitischen Strategien diverser Akteure aus den ökonomischen wie den politischen Arenen (Beckmann 2002). Doch auch im Gesundheitssektor existieren Leistungsarten und –felder, die als Geldleistungen gewährt und heute schon problemlos in die Geschäftsfelder der privaten Versicherungswirtschaft integriert werden könnten¹⁰⁹, oder die sich perspektivisch monetarisieren und privatisieren ließen.¹¹⁰ Fasst man den Begriff des Finanzregimes etwas weiter, so rückt zusätzlich die skizzierte Lissabonner Wettbewerbsstrategie vielleicht nicht als eine konstitutive, sicher aber als eine stabilisierende Komponente in das Blickfeld. Sie ist nicht nur in ihrer strategischen Ausrichtung mit den geschilderten geldwert- und konsolidierungspolitischen sowie den kapitalmarktfördernden Ambitionen kompatibel, sondern spielt ihnen aktiv und unterstützend zu. Sie könnte somit als realökonomisches Komplement zu den Finanzkomponenten des Regimes gewertet werden. Damit rundet sich das Bild. Im Euro-Finanzregime sind also die Geld- und Finanzpolitik nicht nur als Instrumente einer aktiven Konjunktur- und Beschäftigungspolitik weitgehend entwertet, sie dienen zugleich als Medien, über die wettbewerbs- und stabilitätsorientierte Politikziele in die europäischen wie nationalen Sozialpolitiken einziehen oder bereits vorhandene Strategien dieser Art weiter forciert werden. Nimmt man die finanzmarktpolitischen und wettbewerbspolitischen Interessenlagen und Schubkräfte noch hinzu, so wird der politökonomische Kontext deutlich, der die Konstituierung des europäischen Politikfeldes Gesundheit vorantreibt und – kaum verwunderlich – in erheblichem Umfang auch prägt.

¹⁰⁹ In der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich vor allem um das Krankengeld (Jahresvolumen 2002: 7,6 Mrd. €) sowie um Einzelleistungen im Bereich der Erstattung von Fahrtkosten und ähnlichem.

¹¹⁰ Ein entscheidender Durchbruch für solche Maßnahmen wäre in der deutschen GKV zweifelsohne mit einer Umstellung vom heutigen Sachleistungsprinzip auf das in der privaten Krankenversicherung übliche Prinzip der Kostenerstattung verbunden. Diese Umstellung gehört bekanntlich und sicher nicht zufällig zum Standardrepertoire marktlich orientierten Umbaupläne für das Gesundheitssystem.

Dies ist auch für die integrationstheoretischen Bewertung des Gesamtprozesses bedeutsam. Die in die Gesundheitspolitik ausgreifenden Ambitionen und Aktivitäten der EU und die damit einhergehende Generierung eines neuen Politikfeldes können somit als eine Art „Spillover“ der wettbewerbsorientierten Restrukturierung des europäischen Integrationsmodells gewertet werden. Mit der allgemeinen Sozialpolitik gerät auch die Gesundheitspolitik sukzessive in den Sog der ökonomischen Zwänge des Binnenmarkt-Projektes, des Euro-Finanzregime und des Lissabonner Wettbewerbsmodells. Durch diese Projekte soll die EU auf einen neuen Entwicklungspfad gebracht werden, der im Gegensatz zum umfassend deregulierten neoliberalen Modell des angelsächsischen Kapitalismus zwar an dem wohlfahrtsstaatlichen Arrangement aus Wettbewerbsförderung, sozialem Schutz und gesellschaftlichem Konsens festhält, diese Komponenten aber nach den äußeren Zwängen der verschärften, globalen Konkurrenz und den inneren Vorgaben des Euro-Finanzregimes inklusive der Lissabonner Wettbewerbsstrategie neu zu kombinieren und auszutarieren trachtet. Dieser wettbewerbspolitische Restrukturierungsprozess findet sowohl auf der nationalen wie auf der gemeinschaftliche Ebene des europäischen Mehrebenensystems statt und besitzt eine politisch-institutionelle sowie eine normativ-ideologische Dimension.

2.1. Vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus auf nationaler Ebene

Betrachten wir zunächst die politisch-institutionelle Dimension auf nationalstaatlicher Ebene.¹¹¹ Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung vollzieht sich der benannte Restrukturierungsprozess weder über eine allumfassende De- und Entregulierung von Ökonomie und Gesellschaft noch über einen weitreichenden Rückzug staatlicher Aktivitäten. Nicht der nach (neo)liberalen Prämissen gewünschte „minimale Staat“ zeichnet sich ab, sondern eine Transformation des keynesianischen Wohlfahrtsstaates zu einem angebotspolitisch agierenden Wettbewerbsstaat (Hirsch 1995, Jessop 1997, Navarro 1999, Urban 1999). Zu beobachten sind Momente einer aktiven Re- und Umregulierung im Sinne einer Veränderung und nicht einer Beseitigung der staatlichen Regulierungssysteme, die zwar mit der drastischen Absenkung des Sicherungsniveaus und institutionellen Strukturbrüchen, aber keineswegs mit einem generellen Rückzug des Staates aus Ökonomie und Gesellschaft einhergehen. Was sich herausbildet ist nicht die vom Korporatismus gänzlich befreite pluralistische Marktgesellschaft, sondern ein neuer „schlanker“ Angebots- oder Wettbewerbskorporatismus (Traxler 2001, Rhodes 1998), der durchaus mit der Herausbildung neuer institutioneller Arrangements einhergehen kann. „Indeed, reforming labour market regulation and recasting welfare states may require in most European countries a search for a new type of ‚corporatism‘ rather than its abandonment and, rather than an Anglo-Saxon deregulation of labour market, a readjustment of the ‚continental‘ model to accommodate market pressures with the preservation of social protection and social consensus. Successful economic adjustment of welfare states, may require, in turn, a flexible form of ‚market‘ or ‚competitive‘ corporatism rather than attempted moves in a neo-liberal direction.“

¹¹¹ Eine systematische und auf das deutsche Gesundheitssystem bezogene Ableitung des Wandels vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus findet sich in Abschnitt VI dieser Studie.

(Rhodes 1998: 178/179).¹¹² Dieser Veränderungsprozess erfasst vor allem die staatlichen oder staatsnahen Institutionen der öffentlichen Daseinsvorsorge (Tálos 1998) sowie die Systeme der gesellschaftlichen Arbeitsbeziehungen (Bieling/Deppe 1999, Bieling/Schulten 2002). Prägend sind hier vor allem eine restriktivere Leistungsgewährung, die kostenseitige Konsolidierung der Sozialsysteme (Alber 2002) sowie ein auf die Wettbewerbsstärkung der heimischen Unternehmen orientierter Umbau der Institutionen der Kapital-Arbeit-Beziehungen.

Diese „Transformation von Staatlichkeit“ im weiteren, gramscianischen Sinne (Bieling/Deppe 2001, Ziltener 2000) erfasst aber nicht nur das Ensemble der privaten und öffentlichen, „zivilgesellschaftlichen“ Institutionen. Sie korrespondiert zugleich eng mit analogen Veränderungen in den sozialökonomischen Basisstrukturen. Aus regulationstheoretischer Sicht lässt sich dieser Wandel als Übergang von einem industriegeprägten, fordistischen zu einem finanz(markt)getriebenen, postfordistischen Akkumulationsregime fassen. Sukzessive etabliert sich ein soziales Entwicklungsmodell, in dem die Arbeits-, Betriebs- und Unternehmensorganisation zunehmend durch Strategien der „Vermarktlichung“ und „Entgrenzung“ flexibilisiert, die stoffliche Basis durch die neuen Informationstechnologien geprägt und die gesamtwirtschaftliche Entwicklung sowie die Handlungslogiken der ökonomischen Akteure durch die Spielregeln der Finanzkapitalmärkte strukturiert werden.¹¹³

Die hier cursorisch skizzierten Prozesse der Transformation der sozialökonomischen Basisstrukturen sowie des Staates samt seiner zivilgesellschaftlichen Institutionen sind am Beginn des 21. Jahrhunderts längst nicht abgeschlossen. Gleichwohl werden Entwicklungsrichtung und Konturen des neuen Entwicklungsmodells und seiner ökonomischen und institutionellen Konfigurationen allmählich sichtbar. Betrachtet man diesen politisch vermittelten Umbauprozess im Einzelnen so wird deutlich, dass sich der Wettbewerbsstaat (zumindest in den korporatistisch geprägten Wohlfahrtsstaaten Europas) weniger als umfassend entstaatlichender Akteur, sondern durchaus auch als Geburtshelfer eines neuen Entwicklungsmodells betätigt, das sich durchaus vom angeblich weitgehend entstaatlichten neoamerikanischen Modell unterscheidet. Mehr noch: Im Kern stellt dieser Wandel der institutionellen Arrangements in Richtung eines wettbewerbskorporatistischen Regulationsmodells den Versuch des „rheinischen Kapitalismusmodells“ bzw. seines Institutionensystems dar, auf den externen, durch Globalisierung und Europäische Integration hervorgerufenen Druck in einer Art zu reagieren, die mit den eigenen Traditionslinien übereinstimmt und sich vom „neoamerikanischen Modell“ durchaus merklich absetzt (Albert 2001). Den Imperativen des Systemwettbewerbs zwischen den kapitalistischen Regulierungsmodellen soll offensichtlich Rechnung getragen werden, ohne sich mit Haut und Haar auf die Abwärtsspirale eines kompetitiven Deregulierungs- und Privatisierungswettlaufs mit

¹¹² Ausführlicher zur Transformation des Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus vgl. Rhodes 2001 und Molina/Rhodes 2002.

¹¹³ Zum neuen Akkumulationsregime siehe Huffs Schmid 1999, Aglietta 2000 und Boyer 2001, zu den Veränderungen im Arbeits- und Produktionsmodell siehe die Beiträge in Minssen 2000 und Dostal/Kupka 2001.

seinen Gefahren für den gesellschaftlichen Konsens und die soziale Kohäsion auszuliefern.¹¹⁴

Dieser Wechsel des politisch-institutionellen Regimes bedarf eines entsprechenden Wandels in den normativ-sozialkulturellen Leitbildern. Die Sozialkultur des keynesianischen Wohlfahrtsstaates mit ihrer Anerkennung von marktkorrigierendem Staatsinterventionismus und garantierten Arbeits- und Sozialrechten erweist sich schnell als nicht kompatibel mit den Spielregeln des neuen Entwicklungsmodells. Das gilt insbesondere für den klassischen Begriff sozialer Solidarität als sozialstaatlicher Basisnorm. Auch das neue Modell beruft sich auf Solidarität, doch der Solidaritätstypus, der die soziale Bindekraft des wettbewerbskompatiblen Gesellschafts- und Staatsmodells stiften soll, hat seine Sperrigkeit gegenüber Markt und Wettbewerb eingebüßt und unterscheidet sich grundlegend von dem der traditionellen Wohlfahrtspolitik. „In trying to adapt the new economic circumstances, national communities seek to defend their solidarity, less through protection and redistribution than through *joint competitive and productive success* – through politics, not *against* markets, but *within* and *with* them, gradually replacing *protective* and *redistributive* with *competitive* and *productive* solidarity.“ (Streeck 2000: 252; Hervorh. im Orig.) In diesem neuen Leitbild werden also sozialer Schutz und Umverteilung als kollektive Ziele wohlfahrtsstaatlich organisierter Solidarität durch die Ziele der Produktivitätssteigerung und Wettbewerbsstärkung ersetzt. Dem Übergang vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus entspricht der Übergang von der Umverteilungs- zur „Wettbewerbssolidarität“; „deren Ziel das Überleben der Gemeinschaft im internationalen Markt durch Verstärkung bestehender komperativer Vorteile und Verbesserung ihrer Fähigkeit und der ihrer Mitglieder ist, sich im Wettbewerb zu behaupten“ (Streeck 2001: 159). Es ist schnell evident, dass eine mit dieser Zielsetzung konzipierte Politik sich nicht nur in Nuancen, sondern in ihrer grundlegenden strategischen Absicht von der klassischen Sozialpolitik des keynesianischen Wohlfahrtsstaates unterscheiden muss. „Einer solchen, vom Ethos des Marktes durchtränkten und überformten Sozialpolitik“ sind unter anderem die folgenden Eigenschaften und Ziele eigen¹¹⁵:

- sie sucht die soziale Integration auf die Disziplin des Marktes statt des Nationalstaates zu gründen und setzt dabei nicht mehr auf De-Kommodifizierung der Arbeitskraft, sondern im Gegenteil auf ihre Re-Kommodifizierung;

¹¹⁴ Natürlich sind in den Institutionen der EU auch Vertreter anderer strategischer Linien vertreten. Zu ihnen gehört etwa der für Binnenmarkt-Fragen zuständige EU-Kommissar Frits Bolkestein, der die Umsetzung der strategischen Ziele der Lissabonner Strategie nur im Wege der Überwindung des traditionellen Sozialmodells für möglich hält: „Wenn (...) Europa wirklich zur kompetitivsten und modernsten Wirtschaftszone werden will, muss es das bequeme Umfeld des Rheinland-Modells verlassen und sich den härteren Bedingungen der angelsächsischen Kapitalismusform annähern, wo die Erträge größer sind, aber auch die Risiken.“ (Bolkestein 2002).

¹¹⁵ Die hier benannten Aspekte beziehen sich auf die Beschreibung „wettbewerbssolidarischer“ Sozialpolitik, wie sie Wolfgang Streeck vorgenommen hat (2000 und 2001); er kann nicht nur als einer der profiliertesten, soziologischen Analysten, sondern auch als einer der engagiertesten, politischen Protagonisten des „wettbewerbssolidarischen“ Umbaus des deutschen Wohlfahrtsstaates gelten.

- sie bedient sich in weiten Bereichen des Marktes als ökonomischem und sozialem Steuerungsmechanismus;
- sie wird letztlich vor allem als produktivistische Infrastrukturpolitik konzipiert und legitimiert sich primär über ihre wettbewerbs- und produktivitätssteigernde Funktion;
- sie setzt nicht auf einen umverteilenden Ausgleich zwischen Arm und Reich sondern auf Chancengleichheit bei Markteintritt, zielt mithin nicht auf eine Korrektur der Marktergebnisse, sondern auf eine Angleichung der Ausstattung der Marktteilnehmer, um soziale Härten vermeiden zu könne.
- sie ersetzt auf normativer Ebene „Gerechtigkeit“ durch „Fairness“ und definiert diese als die Ermöglichung aussichtsreicher individueller Marktbeteiligung;

Damit wandelt sich Wohlfahrtsstaatspolitik grundlegend: im ökonomischen Sektor von einem Projekt der Bändigung und Korrektur des kapitalistischen Marktes und insbesondere seiner arbeitsmarkt- und verteilungspolitischen Resultate zu einem Projekt der Förderung und Deregulierung des Marktes; im gesellschaftlichen Sektor von einem Projekt staatlich vermittelter Sozialintegration zu einem Projekt der wettbewerbskompatiblen Formierung der Gesellschaft; und im politischen Sektor von einem Projekt der Formulierung und Implementierung sozialstaatlicher Politikprogramme zur politischen Förderung gesellschaftlicher und betrieblicher „Wettbewerbs- und Produktivitäts“-Koalitionen.¹¹⁶ Kurzum: die neue Sozialpolitik versteht sich nicht mehr als „Politics against Markets“ (Esping-Anderson 1985), sondern als Politik für Markt und Wettbewerb.

2.2. Vom alten zum Neuen Sozialmodell auf europäischer Ebene

Die Neudefinition des gesellschaftspolitischen Gehalts von Solidarität und die entsprechende Konstituierung eines wettbewerbskorporatistischen Regulierungsmodells in den Nationalstaaten haben auch weitreichende Konsequenzen auf der europäischen Ebene. „The details of this process (...) involve(s) nothing less than a deep redefinition of the ‚European social model‘ and of the ideas and practices of solidarity inherent it.“ (Streeck 2000: 252). Die nationalen Entwicklungen werden durch einen Prozess befördert, der auf europäischer Ebene ebenfalls nicht auf eine schlichte Deregulierung, sondern eher auf die Implementierung eines neuen Regulierungsmodells setzt, in dessen Verlauf neue institutionelle Arrangements und Politikfelder entstehen. Dies jedenfalls, wenn und wo die Implementierung neuer Regulierungsmechanismen, etwa in Form neuer Verhandlungssysteme, der übergeordneten Zielsetzung förderlich ist. Dies schien in den Feldern der Fiskal-, Wirtschafts-, Beschäftigungs- und nun eben auch der Gesundheitspolitik der Fall gewesen zu sein. Über den beschriebenen Typus einer

¹¹⁶ Verwiesen sei hier auf die institutionalisierten gesellschaftlichen „Sozialpakete“ in den meisten Kernstaaten Europas, mit denen die Nationalstaaten versuchten, ihre globalisierungsbedingten Einbußen an Handlungsfähigkeit in der Wirtschafts-, Finanz- und Beschäftigungspolitik zurückzugewinnen (Urban 1998a und 2000, Hassel 2000) und auf die betrieblichen Wettbewerbskoalitionen, mit denen global agierende Unternehmen auf den externen Wettbewerbsdruck reagierten (Schulten 2000, Bieling/Schulten 2002); beiden Entwicklungen kommt beim Übergang vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus eine zentrale Funktion zu.

„koordinierenden Regulierung“ entstanden, trotz aller Unterschiede im „Härtegrad“ der Koordinierungsverpflichtungen, neue, ähnlich strukturierte Politikfelder mit benennbaren Akteuren, Verhandlungsregularien und Politikgehalten.

Insgesamt können die neu entstandenen Politikfelder als Bausteine eines neuen Entwicklungsmodells bewertet werden, das mit einer Neubestimmung des Sozialen in Europa einhergeht. So wie auf nationaler Ebene das keynesianisch-sozialinterventionistische Wohlfahrtsregime zunehmend durch das Modell des wettbewerbskorporatistischen Wirtschaftsstaates verdrängt wird, so weicht das alte, am traditionellen keynesianischen Wohlfahrtsregime orientierte Europäische Sozialmodell einem neuen, das die nationale wettbewerbspolitische Restrukturierung durch entsprechende Maßnahmen auf europäischer Ebene flankiert und fördert. Die Lissabonner Strategie stellt gleichsam die europapolitische Ausformulierung der Strategie eines „Dritten Weges“¹¹⁷ dar, die nicht nur das Leitbild und die politische Praxis der sozialdemokratischen nationalen Sozialstaatspolitik erheblich verändert (Alber 2002), sondern auch ein Neues Europäisches Sozialmodell konzipiert hat¹¹⁸. Das alte Europäische Sozialmodell lehnte sich in seinen normativen Orientierungen und seinem institutionellen Design stark an die keynesianischen Wohlfahrtsregime auf nationalstaatlicher Ebene an. Ein aktiver, wirtschafts- und beschäftigungspolitischer Interventionismus, ausgebaute soziale Sicherungssysteme, Modelle einer autonomen Selbstregulierung der Beziehungen zwischen Kapital und Arbeit und schließlich eine relativ umfassende Gewährung staatlicher Sozialtransfers wurden als Formen einer Institutionalisierung des sozialen Ausgleichs verstanden. Dieses Ensemble aus sozialstaatlichen Institutionen, sozialen Bürgerrechten und einem „staatlichen Interventionismus in sozialpolitischer Absicht“ (Aust/Leitner/Lessenich 2002: 279) wurden als Ausdruck der öffentlichen Verantwortung für die soziale Wohlfahrt der Bürger verstanden. Aust/Leitner/Lessenich skizzieren das alte europäische Sozialmodell wie folgt: „Dieses europäische System des institutionalisierten sozialen Ausgleichs ist gekennzeichnet durch Besonderheiten

- der sozialen Sicherung (universalistische Staatsbürgerversorgung- bzw. quasi-universalistische Sozialversicherungssysteme mit hohem Dekommodifizierungsgrad);
- der Arbeitsmarktregulierung (staatlich und/oder verbandlich kontrollierte Arbeits- und Entlohnungsbedingungen mit Dominanz des Flächentarifvertrages);

¹¹⁷ Die klassischen Texte der Ausformulierung der Strategie des „Dritten Weges“ sind Giddens 1997 und 1999. sowie für Deutschland Hombach 1998, seine politisch-strategische Übersetzung fand dieses Konzept vor allem im „berühmt-berüchtigten“ „Schröder/Blair-Papier“ (1999).

¹¹⁸ Aust/Leitner/Lessenich unterscheiden faktisch zwei Bedeutungen des Terminus „Europäisches Sozialmodell“, die aus politikwissenschaftlicher Sicht zugleich zwei unterschiedliche Analyseperspektiven enthalten. Zum einen meint der Terminus Europäisches Sozialmodell ein in den einzelnen europäischen Ländern real existierendes Gesellschaftsmodell, das auf historisch gewachsenen Gemeinsamkeiten der europäischen Gesellschaften beruht; zum anderen verstehen sie unter dem Europäischen Sozialmodell ein integrationspolitisches Projekt, „ein politisch-ideologisches Konstrukt (...), das europäische Gemeinsamkeiten definiert und propagiert, die erst noch zu realisieren wären“ (2002: 273). Das Neue Europäische Sozialmodell der neuen Sozialdemokratie, von dem im folgenden die Rede ist, wird gerade als ein solches politisch-ideologisches Konstrukt verstanden, dem allerdings in Form eines politikstrukturierenden Leitbildes hohe praktische Relevanz zukommt.

- der Einkommensverteilung (relativ egalitäre primäre und sekundäre Einkommensverteilung aufgrund redistributiver arbeits- und sozialpolitischer Regulierungen); sowie
- der institutionalisierten Gerechtigkeitsvorstellungen (der Idee einer öffentlich gewährleisteten Umverteilungssolidarität verpflichtetes normatives Selbstverständnis).“ (Aust/Leitner/Lessenich 2002: 279-280).

Im Prozess der wettbewerbspolitischen Restrukturierung Europas hat dieses Konzept jedoch seine Leitbildfunktion eingebüßt. Nachdem in den 90er Jahren in vielen Staaten der EU sozialistisch-sozialdemokratisch geführte oder dominierte Regierungsmehrheiten aus den Wahlen hervorgingen, gewann eine politische Orientierung an Bedeutung, „die ihren Ausgang in den Ideen und Konzeptionen des ‚dritten Weges‘ der Sozialdemokratie in Europa“ fand (Aust/Leitner/Lessenich 2002: 289).¹¹⁹ Diese „neusozialdemokratische Strategie“ basiert auf einem grundlegend veränderten Verständnis der Rolle des Marktes (vor allem des Prinzips des Wettbewerbs)¹²⁰ und Wohlfahrtsstaates. In explizierter Hinwendung zu liberalen Positionen gilt der weitgehend unregulierte Markt gegenüber einer keynesianisch orientierten Makropolitik a priori als der effizientere Allokationsmechanismus. Der wirtschafts- und sozialpolitische Interventionismus sowie die marktkorrigierenden und umverteilenden Funktionen der sozialen Sicherungssysteme des traditionellen Wohlfahrtsstaates erscheinen aus dieser Perspektive nicht mehr als notwendige Korrekturen einer von sich aus sozial polarisierenden Marktlogik, sondern als Hindernisse auf dem Weg zur unabdingbaren Anpassung des europäischen Entwicklungsmodells an die Zwänge der Globalisierung und das neue, wettbewerbspolitische Leitbild. Kurzum: Der „staatliche Interventionismus in sozialpolitischer Absicht“ des alten Europäischen Sozialmodells wird im neuen Sozialmodell durch einen „staatlichen Interventionismus in wettbewerbspolitischer Absicht“ ersetzt. Auch hier stellt nicht ein allgemeiner

¹¹⁹ Diese Konzeption setzte sich im innersozialdemokratischen Machtkampfes gegenüber einer, eher an den Positionen der klassischen Sozialdemokratie orientierten Strategie durch, die als „Eurokeynesianismus“ charakterisiert und durch folgende Strategieelemente geprägt wurde: „(...) eine makroökonomische Wachstumspolitik auf europäischer Ebene vor allem über eine expansive Geldpolitik der EZB, die Verhinderung von Steuer- und Sozialdumping durch rechtlich verbindliche europäische Richtlinien, die Einführung qualifizierter Mehrheitsverfahren in der EU-Steuerpolitik und - bei Aufrechterhaltung des wohlfahrtsstaatlichen Sicherungsniveaus - die Stärkung der aktiven beschäftigungspolitischen Maßnahmen mit einem Schwerpunkt auf dem Kampf gegen die Jugend- und Langzeitarbeitslosigkeit. Nach außen soll diese Politik ergänzt werden durch eine Reform der internationalen Finanzmärkte mit dem Ziel ihrer besseren politischen Kontrolle (z. B. über die sogenannte Tobin-Tax).“ (Aust/Leitner/Lessenich 2002: 288). Nicht ganz zu Unrecht wurde der Konflikt zwischen diesen beiden strategischen Projekten als ein zweiter Revisionismusstreit der Sozialdemokratie am Beginn des 21. Jahrhunderts bezeichnet (Merckel 2000).

¹²⁰ Dass der nun behaupteten Verträglichkeit der früheren Gegensätze von Markt/Gerechtigkeit und Wettbewerb/Solidarität nach wie vor etwas Paradoxes innewohnt, kommt nicht zuletzt in den eingeführten „terminologischen Innovationen“ in der Rhetorik der wissenschaftlichen Vordenker dieser Konzeption zum Ausdruck. Sie arbeiten sich nicht länger mühsam an der Dialektik zwischen diesen Antipoden ab, sondern behaupten bzw. empfehlen schlicht ihre friedliche Koexistenz. So müsse sich der traditionelle Sozialstaat, der bisher auf die Zivilisierung des Wettbewerbs ausgerichtet war, in einen „wettbewerbsfähigen Sozialstaat“ (Scharpf 1999: 175) und die bisher Wettbewerb suspendierende traditionelle Solidarität zur „Wettbewerbssolidarität“ (Streeck 2000) wandeln. Hätte die Politikwissenschaft früher davon erfahren, dass sich beide Welten so einfach unter einen Hut bringen lassen, wären ihr lange und mühselige Diskurse erspart geblieben.

Staatsrückzug, sondern ein inhaltlich neu ausgerichteter Staatsinterventionismus den zentralen Bezugspunkt eines politisch organisierten Modellwechsels dar, an dessen Ende ein Entwicklungspfad für Europa stehen soll, der sich in höherem Maße als der alte mit den Zwängen der veränderten ökonomischen Umwelt kompatibel zeigt. Die Kerndifferenz zwischen beiden Modellen dürfte wohl darin liegen, dass das Traditionsmodell seine Legitimation aus der für unabdingbar erachteten Regulierung und Bändigung der nationalen Märkte und der Standortkonkurrenz bezog, während im „europapolitischen Integrationsprojekt der neuen Sozialdemokratie (...) die Bedingungen des Regimewettbewerbs nicht nur anerkannt, sondern auch normativ gerechtfertigt und zum politischen Programm erhoben werden.“ (Aust/Leitner/Lessenich 2002: 293).

In dem Maße aber, in dem der Regimewettbewerb normativ legitimiert und insbesondere die wohlfahrtsstaatliche Politik in seinen Dienst gestellt werden, ändern sich zwangsläufig auch die inhaltlichen Vorstellungen über die notwendige Modernisierung des Europäischen Sozialmodells. Entsprechend ist das Leitbild dieses „neuen Integrationsprojektes“ durch politische Zielsetzungen geprägt, die dem alten Entwicklungsmodell vielfach geradezu zuwider laufen: So wird *erstens* der dekommodifizierenden Wirkung der tendenziell universellen Sicherungssysteme in den EU-Staaten eine „Politik der Aktivierung“ und „Rekommodifizierung“ durch die Rücknahme vorhandener Sicherungsniveaus und die Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen entgegengesetzt (Alber 2002). *Zweitens* gewinnen Strategien einer umfassenden Flexibilisierung der Arbeitsmarktbeziehungen etwa durch die Lockerung von Kündigungsschutzbestimmungen, die Förderung von Niedriglohn-Beschäftigung und die Flexibilisierung tariflicher Entgeltbestimmungen an Bedeutung. Und schließlich soll *drittens* das Leitbild der Umverteilungssolidarität in den sozialen Sicherungssystemen und der staatlichen Transferpolitik durch das Prinzip der „Gewährung sozialer Chancengleichheit“ ersetzt werden.

Hinter der Aufweichung arbeitsrechtlicher und sozialpolitischer Mindeststandards und dem Abschied von einer wohlfahrtsstaatlichen Umverteilungspolitik verbirgt sich nicht nur ein paradigmatischer Wechsel im Solidaritätsverständnis, sondern auch in den politikanleitenden Gerechtigkeitsvorstellungen. Das neue Modell nimmt Abschied von (verteilungs)konfliktintensiven Wertvorstellungen und Politikzielen, die sich in der Tat gegenüber einer nun dominierenden Logik des Wettbewerbs als sperrig erweisen, und ersetzt diese durch eine „neue Architektur legitimer Ungleichheiten“ (W. Streeck, zit. nach Scharpf 1999: 175). Die im traditionellen Europäischen Kapitalismusmodell gegenüber dem „neoamerikanischen Kapitalismusmodell“ (Albert 2001) recht egalitäre Verteilung von Einkommen, Vermögen und sozialen Lebenschancen wird mit Blick auf die für notwendig erachteten Produktivitäts- und Wettbewerbssteigerungen eher als hinderlich denn als förderlich bewertet. Die politisch gewollte oder zumindest als akzeptabel hingenommene Repolarisierung der gesellschaftlichen Verteilungsverhältnisse findet erst dort ihre Grenze, wo die gesellschaftliche Kohäsion

gefährdet scheint.¹²¹ In der Übernahme der Vorstellung sozialer Ungleichheit als einem akzeptablen und produktivitätsfördernden Stratifikationsmuster entwickelter Marktgesellschaften kommt auf der normativen Ebene eine gewisse, gleichwohl asymmetrische Konvergenz zwischen den konkurrierenden Kapitalismusmodellen zum Ausdruck, die Michel Albert als „Amerikanisierung des rheinischen Modells“ bezeichnet hat (Albert 2001: 1454-1458). Ob sich das Neue Europäische Sozialmodell unter dem Druck des globalen „Shareholder-Value-Regimes“ weiter dem neoamerikanischen Modell annähern oder ob es den skizzierten „Dritten Weg“ zwischen diesem und dem alten Europäischen Sozialmodell beschreiten wird, wird die Zukunft zeigen müssen.

Kapitel C

Europäisierung des gesundheitspolitischen Feldes und Reformpolitik im deutschen Gesundheitssystem

V. Mögliche Implikationen für Reformdebatte und -prozess im deutschen Gesundheitssystem

1. *Europäisierung und nationaler Wandel in der Gesundheitspolitik*

Wie bereits ausgeführt wird in der hier präsentierten Sicht der Dinge von einer komplexen, wechselseitigen Beeinflussung zwischen der Herausbildung der nationalen Wettbewerbskorporatismen und der wettbewerbspolitischen Restrukturierung des Raumes Europa ausgegangen. Die Wirkungskette verläuft in beide Richtungen, von der nationalen auf die europäische Ebene und umgekehrt. Das heißt auch: So wie die Transformation der Nationalstaaten die Verlaufsform der europäischen Integration mitprägt, so wirkt diese auf den Umbau der Sozialsysteme in den Mitgliedsstaaten zurück.¹²² Dies gilt natürlich auch mit Blick auf das politische Integrationsprojekt, das

¹²¹ Zu Recht weist Birgit Mahnkopf darauf hin, dass die hier deutlich werdende Neuinterpretation der „sozialen Frage“ eine Annäherung an die Vorstellung produktivitätsfördernder sozialer Ungleichheiten beinhaltet, gegenüber der sich die traditionelle Sozialdemokratie mit ihren Vorstellungen von Gerechtigkeit stets in strikter Opposition befand (Mahnkopf 2000). Wolfgang Merkel sieht dabei – durchaus zustimmend – in dieser neuen Wertschätzung „produktivitätsfördernder Ungleichheiten“ eine Etappe in einem seit über hundert Jahre andauernden kontinuierlichen Prozess der politischen Deradikalisierung in der europäischen Sozialdemokratie: „Betrachtet man das 20. Jahrhundert aus der Volksperspektive, lässt die europäische Sozialdemokratie eine klare Linie erkennen: Sie verläuft von der radikalen Ablehnung der bürgerlich-kapitalistischen Ordnung, der Abschaffung des Privateigentums an Produktionsmitteln über die Akzeptanz einer wohlfahrtsstaatlich gebändigten und keynesianischen gesteuerten Marktwirtschaft bis hin zur Anerkennung gesellschaftlicher Ungleichheit als legitimes und ökonomisch-funktionales Stratifikationsmuster hochentwickelter Marktgesellschaften unter Bedingungen globaler ökonomischer Transaktionen. Damit lässt sich über hundert Jahre ein kontinuierlicher Prozess der politischen Deradikalisierung erkennen.“ (2000: 99). Darüber, wo diese Linie wohl enden mag, stellt Merkel – vorsichtshalber (?) – keine Überlegungen an.

¹²² Siehe etwa Ziltener (1999, 2000), der auf das Zusammenspiel zwischen den Transformationen auf nationalstaatlicher und europäischer Ebene im Rahmen seiner These vom „Strukturwandel der europäischen Integration“ verweist. Ziltener unterscheidet „idealtypisch zwei Integrationsweisen (...), die historisch mit jeweils spezifischen Formen von Staatlichkeit korrespondieren.“ (2000: 85). Während die „Monnet'sche Integrationsweise“, die sich bis etwa Mitte der 1970er Jahre herausgebildet habe, mit der keynesianisch-korporatistischen Staatlichkeit in den Mitgliedsstaaten korrespondiere, habe sich seit Ende der 1970er Jahre eine „wettbewerbsstaatliche Integrationsweise“ herausgebildet, die, hier folgt er einer

sich hinter dem Neuen Europäischen Sozialmodell verbirgt. Mit seiner strategischen Ausrichtung und Dynamik dürfte es den wettbewerbspolitischen Umbau der nationalen Wohlfahrtssysteme beschleunigen. Plausibel wäre insbesondere ein Wirkungszusammenhang zwischen den nationalen Wohlfahrtsregimen und dem Neuen Europäischen Sozialmodell dergestalt, dass die Etablierung des Letzteren insbesondere den Druck auf marktregulierende, redistributive und Egalität stiftende Strukturelemente der traditionellen Wohlfahrtsregime in den Mitgliedsstaaten verstärkt (so etwa: Streeck 1998, Scharpf 1999, Aust/Leitner/Lessenich 2002)

Ob dies auch mit Blick auf die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems der Fall sein wird, ist noch nicht ausgemacht, aber durchaus wahrscheinlich. Entsprechende Anpassungszwänge aus Europa würden im deutschen System auf eine Entwicklung treffen, die bereits im Gange und die unabhängig von Veränderungen auf der europäischen Ebene entstanden ist. Seit gut zwei Jahrzehnten lassen sich immer neue Kostendämpfungs- und Strukturreformen in der Gesundheitspolitik beobachten, die sowohl auf die Reduzierung der Gesundheitskosten als auch auf eine Neuausrichtung der institutionellen Konfigurationen im Gesundheitswesen zielen (Deppe 2000). In diesem Zusammenhang lässt sich ein Umbau des Regulierungsmodells beobachten, der grosso modo zwar mit ordnungs- und steuerungspolitischen Uneindeutigkeiten einhergeht (Gerlinger 2002a), durchaus aber auch Momente einer wettbewerbskorporatistischen Formierung und Regulierung aufweist (Urban 2001). Welche konkrete Form dürfte aber nun die „funktionale Verflechtung von europäischer Integration und nationaler Sozialpolitik“ (Leibfried 2000: 81) in der deutschen Gesundheitspolitik annehmen; in welche Richtung drängt der politisch-institutionelle Wandel im deutschen Gesundheitssystem, der durch die Europäisierung der Gesundheitspolitik befördert wird? Die hier zu analysierenden Interdependenzen sind vielfältig und bedürften zweifelsohne einer ausführlicheren Analyse, als sie im Rahmen der vorliegenden Studie erwartet werden kann. In einer ausgreifenden und systematischen Betrachtung müssten vor allem die diversen Spezifika des deutschen Gesundheitssystems Berücksichtigung finden. Der externe Veränderungsdruck trifft hier auf eine institutionelle und machtpolitische Konfiguration, in der auf Reformambitionen jeglicher Art relativ stabile institutionelle Blockaden und machtvolle Veto-Player warten (vgl. dazu Mayntz 1990, Rosewitz/Webber 1990, Alber 1992, Thurner/Kotzian 2001). Als solche institutionellen Restriktionen gelten etwa der Zwang zu parteienübergreifenden Regierungskoalitionen aufgrund des deutschen Verhältniswahlrechts oder diverse Politikverflechtungsfallen im föderalistischen Regierungssystem; zu den Veto-Playern gehören insbesondere die hoch organisierten Verbände der Leistungserbringer, allen voran der organisierten Ärzteschaft und der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie.

Soll der Zusammenhang zwischen Europäisierung und nationalem Wandel unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems systematisch erfasst werden, wäre vor allem nach folgenden Wirkungsketten zu fragen:

These Bob Jessops (1997), in Verbindung mit dem Übergang vom keynesianischen Wohlfahrtsstaat zu einem „Schumpeterianischen Leistungsstaates“ auf nationaler Ebene stehe.

- *erstens*: welche Auswirkungen zeitigt der externe Anpassungsdruck auf die Akteurskonstellationen, genauer: auf die Verteilung von Machtressourcen und die Konstituierung von Strategieoptionen unter den Schlüsselakteure des Systems (Verbände der Krankenkassen, der Leistungserbringer sowie auf die staatlichen Akteure der Bundes- und Landesebenen);
- *zweitens*: mit welchen Auswirkungen auf die normativen Ansprüche, die die gesellschaftlichen Erwartungen an eine Reform des Gesundheitssystems prägen, ist zu rechnen;
- *drittens*: welche Auswirkungen dürfte die Europäisierung der Gesundheitspolitik auf das institutionelle Regulierungsmodell, also das verbändekorporatistisch geprägte System der sozialen Selbstverwaltung haben, das „im Schatten staatlicher Hierarchie“ (Fritz W. Scharpf) die Ressourcenallokation im Gesundheitssystem mittels Verträgen politisch steuert; und schließlich
- *viertens*: welche Auswirkungen dürfte alles dies auf die Qualität, insbesondere auf Effektivität und Effizienz der gesundheitspolitischen Versorgung der Bevölkerung haben.

Insbesondere die Stabilitäten und Dynamiken in den Akteurskonstellationen und den institutionellen Arrangements prägen den politisch-institutionellen Filter, durch den der externe Anpassungsdruck absorbiert und kanalisiert wird und durch den die institutionelle Verarbeitung ihre „nationale Färbung“ erhält.¹²³ Mit den folgenden

¹²³ Eine ausgesprochen optimistische Prognose ließe sich mit den Annahmen wagen, mit denen Rieger/Leibfried die Wechselwirkungen zwischen Globalisierung und Europäischer Marktintegration auf der einen und der Entwicklung des deutschen Sozialstaates auf der anderen Seite zu erklären und vorherzusagen suchen. Sie setzen hohe Erwartungen in einen demokratischen Abwehrmechanismus. Da sich auch Maßnahmen des Abbaus sozialer Standards infolge des externen Markt- und Wettbewerbsdruck in Form von Gesetzen durchsetzen müssen, für die in Wahlen gesellschaftliche Mehrheiten notwendig sind, dürften allzu negative Entwicklungen zu Lasten der Bevölkerungsmehrheiten an entsprechenden Wählerreaktionen scheitern. „Trotz der globalen Marktwirtschaft bestimmen also immer noch die binnengesellschaftlichen Verhältnisse die politischen Antworten auf die neuen Herausforderungen und damit auch die Gesetzgebung. Die demokratische Ordnung sorgt dafür, dass es Wahlen sind, die mit ihrem rein numerischen Kalkül die Richtung der gesellschaftlichen Entwicklung entscheiden.“ (Rieger/Leibfried 2001: 334) Diese Auffassung verträgt sich in den erwarteten Politikergebnissen recht gut mit den diversen Theoremen, die auf die Beharrungskräfte sozialstaatlich-institutioneller Strukturen und die relative Konstanz der Leistungsniveaus verweisen und die in den 80er Jahren in der internationalen Debatte in der These von der „Irreversibilität des Wohlfahrtsstaates“ zugespitzt wurde. (grundlegend dazu: Therborn/Roebroek 1986); und auch für Deutschland vertreten empirisch informierte Studien die These, dass die Volksparteien CDU und CSU offenbar nicht zuletzt aus Rücksicht auf ihre breit gestreute Wählerklientel den Sozialstaat in der „Ära Kohl“ mehr um-, als abgebaut hätten (Alber 2000). Gleichwohl kann mittlerweile nicht mehr übersehen werden, dass es im Zuge des Übergangs vom Wohlfahrts- zum Wettbewerbsstaat zu einem qualitativ einschneidenden Abbau (heute mitunter höflich als „Rückbau“ bezeichnet) des Sozialstaates gekommen ist (Borchert 1995, Seeleib-Kaiser 2001, Siegel 2002), der zwar einer eigenen Politiklogik zu folgen scheint (siehe dazu Paul Piersons (1996, 2001) These von der „New Politics of the Welfare State“ und die mitunter kritische Auseinandersetzung mit ihr in Siegel 2002, Toft 2003), gleichwohl aber ihrerseits bereits zu massiven sozialen und ökonomischen Konsequenzen geführt hat (Atkinson 1999). Vor dem Hintergrund dieser Studien sowie der weiteren vielfältigen Nachweise zunehmender Polarisierungen in der Einkommens-, Vermögens- und sozialen Chancenverteilung dürfte ein nüchterner Blick auf die Entwicklung in Deutschland die Hoffnung auf die Verlässlichkeit des demokratischen Abwehrmechanismus' gegen gesellschaftliche und politische Fehlentwicklungen allerdings in engen Grenzen halten. Ob dieses „Rolling Back the Welfare State“ (Atkinson) jedoch immer eine unausweichliche Notwendigkeit der Europäisierung bzw. Globalisierung war, ist selbstredend eine gänzlich andere Frage.

Ausführungen sollen einige erste Schlaglichter auf die möglichen Implikationen der Europäisierung der Gesundheitspolitik auf die Reformdebatten und -prozesse in Deutschland geworfen werden. Für ein solches Unterfangen scheint zunächst ein Umstand besonders interessant, der in der Analyse anderer Politikfelder zu Tage gefördert wurde. Er könnte sich mit Blick auf die Reform des Gesundheitswesens als relevant erweisen. Es handelt sich dabei um das Phänomen, dass offensichtlich von der voranschreitenden Verflechtung nationaler und europäischer Arenen und Politikprozesse positive Auswirkungen auf die „Reformfähigkeit“ nationaler Systeme bzw. Politikstrukturen ausgehen kann.¹²⁴ Die steigende Komplexität politischer Prozesse infolge der voranschreitenden Politikverflechtungen im europäischen Mehrebenen-System muss demnach keineswegs Blockadegefahren und politischen Immobilismus fördern. So hat Susanne K. Schmidt (2002) jüngst in einer Analyse der Auswirkungen der europäischen Integration auf die Regulierung des Versicherungswesens und des Straßengüterverkehrs in Deutschland gezeigt, wie einige Akteure bzw. Akteursgruppen die Wechselwirkung des europäischen mit dem nationalen Politikprozess strategisch nutzen konnten, „um ihre Verhandlungsposition zu verbessern und bestehende Vetokoalitionen zu umgehen.“ (Schmidt 2002: 7) Schmidt versucht in ihrer Studie zu zeigen, wie die Verknüpfung des nationalen mit dem europäischen politischen System die Handlungsoptionen nationaler politischer Akteure verändert. „Im europäischen Mehrebenensystem (...) können manche Akteure bestehende nationale institutionelle Restriktionen umgehen und so die Durchsetzungsmöglichkeiten ihrer Interessen steigern. Für das bundesdeutsche politische System bedeutet das, dass bisherige, institutionell gestützte Vetokoalitionen aufgebrochen werden. Die zusätzliche Verflechtung mit der EU fördert so den Wandel.“ (Schmidt 2002: 7)

Möglich wird diese interessenpolitische Instrumentalisierung der vertikalen Verflechtung von Politikfeldern durch die Spezifika des Integrationstyps, auf die (weiter oben) schon im Zusammenhang mit der Europäisierung der Gesundheitspolitik verwiesen wurde. Gemeint ist hier der Umstand, dass es sich bei dieser Europäisierung nicht um eindimensionale Prozesse handelt, in denen etwa ein Souveränitätstransfer von der nationalen auf die europäische Ebene stattfindet. Ebenfalls erweist sich eine Vorstellung als unzulänglich, die von einem einseitigen Druck von der europäischen Ebene auf die Mitgliedstaaten ausgeht. Beide Auffassungen übersehen den interdependenten Charakter der voranschreitenden Verflechtungsprozesse und die wechselseitige Beeinflussung nationaler wie transnationaler Prozesse. Damit übersehen sie zugleich, dass die Akteure in den nationalstaatlichen Arenen durch diese Verflechtungen keineswegs immer an Handlungsoptionen verlieren, sondern unter Umständen ihre Handlungsfähigkeit ausbauen können. „Mitgliedstaatliche Akteure sind nicht nur maßgeblich am Zustandekommen europäischer Regeln beteiligt, Akteure auf der nationalen Ebene nutzen auch den durch die EU-Mitgliedschaft veränderten institutionellen Rahmen als Opportunitätsstruktur, um Interessen durchzusetzen, die im rein nationalen Kontext gescheitert wären.“ (Schmidt 2002: 5)

¹²⁴ Womit zunächst einmal noch nichts über die Richtung und die Inhalte der Reformen gesagt ist.

Gleichwohl weist die Fähigkeit der europäischen Politikverflechtung, als Reformkatalysator zu wirken, eine deutliche Schlagseite auf. Die hier herangezogene Untersuchung zum Versicherungswesen wie zum Straßengüterverkehr zeigt, dass nur die Reformmaßnahmen, die der deregulierenden Stoßrichtung des gesamten Integrationsprojektes folgen, einen Schub erhalten. „Aufgrund der einseitigen Ausrichtung des Europäischen Vertragswerkes kann dieses ehre dazu genutzt werden, nationale Regulierungen zu Fall zu bringen als zusätzliche Regulierungen einzufordern. Insofern wird nur die Durchsetzung von bestimmten Akteursinteressen gefördert.“ (Schmidt 2002: 26) Im Grunde stellen die von Schmidt geschilderten Entwicklungen die akteurstheoretisch fundierte Beschreibung dessen dar, was in der Integrationsforschung als negative Integration bezeichnet wird. Gemeint ist ein Prozess, der in marktschaffender Absicht nationalstaatliche Regulierungen beseitigt, die der Vertiefung des europäischen Binnenmarktes bzw. der Integration europäischer Teilmärkte als (potenzielle oder manifeste) Hindernisse entgegenstehen könnten. Ein Prozess, der im gesundheitspolitischen Feld mit einer Reihe von Problemen einhergeht. Gleichwohl ist es keineswegs unwahrscheinlich, dass die hier skizzierten Entwicklungen sich auch im deutschen Gesundheitssystem wiederholen könnten. Auch dass deutsche Gesundheitssystem ist durch komplexe Akteurskonstellationen geprägt, in denen vielfältige Vetopunkte existieren; und zugleich existieren auch hier Akteure, die mit ihren Deregulierungs- und Privatisierungsinteressen bisher an den machtpolitischen und institutionellen Widrigkeiten gescheitert sind. Was läge hier näher, als sich in analoger Weise zu den erwähnten Entwicklungen im Versicherungswesen und im Straßengüterverkehr um eine interessenpolitische Instrumentalisierung der voranschreitenden Politikverflechtungen zu bemühen. Die Frage, ob dies der Fall ist, könnte zur Strukturierung der Fragestellungen dienen, mit denen sich das deutsche System analysieren lässt. Im aktuellen Stadium konzentriert sich die, über das das offene Koordinierungsverfahren transportierte Europäisierung der Gesundheitspolitik vor allem auf die Sammlung, Sichtung und Bewertung von Informationen über die nationalen Gesundheitssysteme, die (vermittelt über den beschriebenen Benchmarking-Prozess) in die politischen Praktiken der nationalen Akteure, insbesondere der Nationalstaaten Eingang finden sollen. Daher soll hier vor allem danach gefragt werden, wie die neuen Informationen aus Europa mit Blick auf die Zukunftschancen des Systems der *sozialen* Krankenversicherung in Deutschland wirken könnten.¹²⁵ Genauer: werden sie eher die politischen Akteure und Reformoptionen stützen, die mit Blick auf die Solidarelemente und die soziale Leistungsqualität des Systems auf einen Erhalt bzw.

¹²⁵ Am Beispiel der Alterssicherungspolitik formuliert Martina Eckardt aus einer transaktions- (kosten)ökonomischen Sicht die Hoffnung, dass sich die OMK gerade wegen ihrer Informationsvermittlungsfunktion als Reformbeschleuniger bewähren könnte. Vor allem die zu erstellenden gemeinsamen Benchmarking-Berichte dürften demnach „zu Transaktionskostensparnissen bei der Beschaffung von Informationen über Reformalternativen und ihre Wirkungen in den verschiedenen Alterssicherungssystemen führen. Damit wird auch die Voraussetzung für Länder übergreifende Lerneffekte geschaffen. Spezialisierungsvorteile und damit die Nutzung von Skalenerträgen können durch die Herausbildung von Expertenwissen bzgl. der Reformen und ihrer Wirkungen in verschiedenen Alterssicherungssystemen entstehen. (...) Damit könnte die MOK (Methode der offenen Koordinierung; der Verf.) zu einer schnelleren Diffusion von erfolgreichen Reformen beitragen, als es im Rahmen des bislang nur rudimentären indirekten Systemwettbewerbs zwischen den Rentensystemen der EU der Fall ist.“ (Eckardt 2002: 201; Hervorh. im Orig.).

eine reformpolitische Weiterentwicklung dieser Elemente setzen; oder werden sie Machtressourcen und konzeptionelles Ansehen derjenigen stärken, die in mehr Wettbewerb, Privatisierung und Leistungsdifferenzierung die problemadäquaten Lösungsstrategien für zweifelsohne vorhandene Defizite sehen? Dabei sollen erstere als stabilisierende und zweitere als destabilisierende Implikationen bezeichnet werden. Dass es sich im Folgenden weitgehend um (natürlich begründungspflichtige) Vermutungen handelt, die häufiger als üblich in konjunktivische Aussagen gefasst werden, ergibt sich aus dem Wagnis, das übersichtlichere Gelände der Gegenwart zu verlassen und in die Zukunft zu blicken.

2. Mögliche stabilisierende Implikationen

Die Europäisierung der Gesundheitspolitik muss für das deutsche Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik keineswegs unweigerlich und ausschließlich mit Nachteilen verbunden sein. Gerade die deutsche Debatte um die Reform des Gesundheitswesens könnte durch eine europäische Erweiterung positive Impulse erhalten. Dabei sind vor allem die Differenzen, die sich zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und dem der EU-Nachbarländer ausfindig machen lassen, von Interesse (dazu etwa: Brandt 2002). Ihre Sichtung und Bewertung könnte im deutschen System vielleicht dazu beitragen, analytische Fehldiagnosen zu korrigieren und überzogene Problembeschreibungen in der öffentlichen Debatte zu entdramatisieren, zugleich aber auch wertvolle Hinweise auf Qualitätsdefizite und Ineffizienzen zu liefern.

2.1. Entdramatisierungseffekte

Dies böte sich etwa mit Blick auf die in der deutschen Debatte oftmals als „kostenpolitische Zeitbombe“ apostrophierten Entwicklungstrends in der demographischen Zusammensetzung der Gesellschaft und der Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts an. Abgesehen davon, dass die mit diesen Entwicklungstrends einhergehenden Kostenimplikationen regelmäßig erheblich überschätzt werden (Glaeske u.a. 2001 und 2002, DIW 2002, Lauterbach/Stock 2001, Kühn 2001), lässt sich mit Blick auf die konkurrierenden Wirtschaftsstandorte in der europäischen Union konstatieren, dass diese mit ähnlichen Problemlagen konfrontiert sind (etwa 2002; Europäische Kommission 2001). Wie hoch immer die Relevanz des Demographie- und Medizintechnologie-Problems für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens bzw. die Entwicklung seiner Beitragssätze eingeschätzt werden mag, ein komparativer Wettbewerbsnachteil gegenüber den europäischen Konkurrenten lässt sich daraus nicht ableiten. Damit bleibe zwar das etwaige Problem einer abgabenpolitischen Überforderungen von Versicherten und Unternehmen als binnenökonomisches und –gesellschaftliche Problem erhalten. Doch wären Wettbewerbsnachteile des Wirtschaftsstandortes gegenüber den ausländischen Konkurrenzstandorten nicht zu erwarten, dürfte das gesamte Problem in der einschlägigen Wissenschaft, im politischen Diskurs und in den Medien schon die Hälfte seines Schreckens verloren haben.

Zugleich zeigt der Blick auf die Gesundheitssysteme der europäischen Nachbarländer, dass der Kostenanteil der stationären Versorgung in Deutschland weit unterdurchschnittlich (der Anteil der Ärzte an den Gesundheitsberufen hingegen weit überdurchschnittlich) ausfällt. Lag der prozentuale Anteil der Krankenhausausgaben an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens in Deutschland Mitte der 90ziger Jahre bei knapp unter 36 Prozent (West: 35,8 Prozent; Ost: 35,7 Prozent) so lag er in allen anderen Ländern der EU deutlich darüber, wobei insbesondere Dänemark mit einem Anteil von 49,7 Prozent, Österreich mit 48,0 Prozent und Frankreich mit 45,1 Prozent Spitzenplätze einnahmen. (Schneider 1998: 154) Nun ist bei der Interpretation dieser Zahlen freilich Vorsicht geboten. Letztlich bringen die dem stationären Sektor zugeordneten Kostenanteile wohl eher die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -kulturen sowie die jeweiligen Modelle der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer bzw. ärztlicher und pflegerischer Versorgungsformen als wirkliche Kostenanteile gleicher Versorgungssektoren zum Ausdruck.¹²⁶ Doch differenzierte Vergleiche der Ausgestaltungen der stationären Versorgung und der Position des deutschen Modells in diesen lassen durchaus erkenntnisbringende Relativierungen und Einschätzungen zu (Schöllkopf/Stapf-Finé 2002). Nimmt man die deutliche Unterrepräsentanz nichtärztlicher Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitswesen hinzu (Döhler 1997), so wird z. B. deutlich, dass die im Zuge der Kostensenkungsstrategien immer wieder infrage gestellten Einkommens- und Beschäftigungsinteressen des nichtärztlichen Gesundheitspersonals in der deutschen Gesundheitspolitik vielfach unterrepräsentiert sind und sich mit Blick auf die Praxis der Nachbarländer ein entsprechender Nachholbedarf konstatieren lässt. Damit verlieren jedoch die so beliebten Metaphern vom stationären Versorgungssektor als einem „Fass ohne Boden“ und den angeblich überzogenen Tariflöhnen des nicht-medizinischen Personals als dem Hauptverantwortlichen für die Finanzprobleme in diesem Sektor erheblich an Überzeugungskraft.

2.2. Ordnungspolitische Warnungen

Wichtige Warnsignale könnten aus einem europäischen Vergleich der Gesundheitssysteme auch mit Blick auf die Frage nach geeigneten ordnungspolitischen Ansätzen kostenpolitischer Konsolidierungsstrategien empfangen werden. Zunächst bestätigt sich, dass das deutsche System sowohl bei der Höhe der Gesundheitsquote (Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP) als auch bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben eine Spitzenstellung in Europa einnimmt (Schmidt 1999a und 1999b, DIW 2002: 165). Doch für die weit verbreitete Hoffnung, die Dämpfung der Gesundheitsausgaben ließe sich über Privatisierungsmaßnahmen und die Implementierung von Wettbewerbs- und Konkurrenzelementen bewerkstelligen, liefert der Blick über die Grenzen keine Belege. Das Gegenteil ist der Fall. Zwar lässt sich durchaus eine Korrelation zwischen der jeweiligen Ordnungsform des

¹²⁶ Insofern gilt auch hier, was weiter unten ausführlicher darzulegen sein wird: dass eine sinnvolle Identifizierung von benchmarks und Best-Practice-Konstellationen ohne systematische Berücksichtigung des Systemkontextes kaum möglich und zielführend ist.

Gesundheitssysteme mit der Höhe der Gesundheitsausgaben nachweisen; doch dies in einer gänzlich anderen Gestalt, als im einschlägigen Gesundheitsdiskurs regelmäßig unterstellt wird. Zum einen lässt sich zeigen, dass in Gesundheitssystemen mit nationalen Gesundheitsdiensten die Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP sowie die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit tendenziell geringer sind als in Sozialversicherungs- und Marktsystemen; und dass darüber hinaus von staatlichen Interventionen in die Gesundheitsmärkte und -systeme kostendämpfende Effekte für die Gesundheitsausgaben ausgehen¹²⁷. Zugleich weist Deutschland im europäischen Vergleich ausgerechnet in der Arzneimittelversorgung den relativ höchsten Kostenanteil auf und damit in einem Sektor, der - trotz staatlicher Regulierungsmaßnahmen wie Festbetragsregelungen usw. – noch am stärksten privatwirtschaftlich organisiert ist. Insgesamt zeigt sich gerade mit Blick auf den Arzneimittelabsatz bzw. den Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben, dass diese in Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten deutlich geringer als in Ländern mit GKV-Systemen ausfallen. So lag der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben Mitte der 90er Jahre in Deutschland bei knapp 15 Prozent und in Frankreich bei knapp 17 Prozent, während er in Dänemark lediglich bei gut 8 Prozent, in Schweden bei gut 9 Prozent und in den Niederlanden bei gut 11 Prozent lag (Schneider u. a. 1998: 146). Die Dinge scheinen eindeutig: Je unmittelbarer der Staat die Gesundheitsversorgung organisiert oder reguliert, desto niedriger fallen die Kosten aus. Ein Befund, auf den noch zurückzukommen sein wird.

2.3. Hinweise auf Effizienz- und Qualitätsdefizite

Eine vergleichende Analyse unterschiedlicher Gesundheitssysteme bietet nicht nur wertvolle Informationen über Unterschiede bezüglich der internen Kostenstrukturen und der relativen Kostenanteile der einzelnen Versorgungsbereiche und vermag damit mitunter zur Versachlichung der nationalen Debatte beitragen; sie kann auch durch komparative Input-Outcome-Analysen Aussagen zu Wirtschaftlichkeit und (Versorgungs-)Qualität der Systeme machen, die gerade für die deutsche Debatte einen hohen Nutzen bereithalten. Sie können wichtige Informationen für die am nationalen Reformprozess beteiligten Akteure bereitstellen. So ist mit Blick auf die deutsche Geschichte der Gesundheitsreformen eine signifikante „Dominanz der Ausgabenbetrachtung“ und ein komplementärer „Mangel an Ziel- bzw. Outcome-Orientierung“ (für viele: SVRKAiG 2001a: 15-65, hier 61 und 63) festgestellt worden. Die Überbetonung von Konsolidierungszielen in der Tradition der „Kostendämpfungspolitik“ ging gerade in Deutschland mit der Vernachlässigung von Analysen und Politikzielen einher, die stärker auf Effizienz- (also die optimale Allokation der vorhandenen Ressourcen) und Effektivitätsziele (also einen möglichst hohen Grad in der Erreichung von versorgungspolitischen Gesundheitszielen)

¹²⁷ Dass das Ziel der Begrenzung von Gesundheitsausgaben in staatlich kontrollierten oder gesteuerten Gesundheitssystemen weit eher möglich erscheint als in stärker marktwirtschaftlich organisierten, ist ein empirisch vielfach bestätigter Befund (siehe dazu etwa die Studien von Alber von 1989, OECD 1995 und Schmidt 1999a), der sich in der aktuellen deutschen Debatte um die ordnungspolitische Ausrichtung der nächsten Gesundheitsreform allerdings kaum Geltung zu verschaffen vermag.

orientieren. In diesem Sinne stand die Dominanz des Reformziels Beitragssatzstabilität und die Nachrangigkeit der Reformziele Effizienz, Effektivität und Qualität in den Gesundheitsreformen des letzten Jahre (Deppe 2000) einer gesundheitsökonomisch rationalen Reformpolitik eher im Wege, als dass sie befördert worden wäre.¹²⁸ Zweifelsohne haben eine Reihe einschlägiger komparativer Studien zur politischen Ökonomie und zur Leistungsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme, die in der jüngeren Vergangenheit vorgelegt wurden, einen erheblichen Anteil daran, dass (bisher allerdings vorwiegend in der wissenschaftlichen und vorpolitischen Debatte) der analytische Blick geöffnet und einige valide Belege für den Effizienz- und Effektivitätsrückstand des deutschen Gesundheitssystems vorgelegt wurden.¹²⁹ Stellvertretend und repräsentativ für viele sei hier auf Ergebnisse der international vergleichenden Analyse des Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) verwiesen, in der dieser die Gesundheitsquoten¹³⁰ und die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Relation zu den Outcome-Indikatoren Lebenserwartung und verlorene Lebensjahre setzt. Dabei gelangt er zu der Schlussfolgerung, dass Deutschland im internationalen Ranking der OECD-Staaten bei den Gesundheitsausgaben auf Platz drei (Gesundheitsquote) bzw. gar zwei (Pro-Kopf-Ausgaben) rangiert, mit Blick auf die Wachstumsraten der ferneren Lebenserwartung sowie der verlorenen Lebensjahre jedoch nur einen Platz im Mittelfeld einnimmt (2001a: 63-64). Unter Hinweis auf eine umfassendere Studie der WHO (2000), die zu gleichwertigen Resultaten gelangt, resümiert er: „Unbeschadet aller inhaltlicher und methodischer Unvollkommenheiten und Unzulänglichkeiten internationaler Vergleiche von Gesundheitssystemen deuten die bisherigen Ergebnisse darauf hin, dass das deutsche Gesundheitssystem bei der Zielerreichung im gehobenen Mittelfeld liegt, dafür jedoch einen unverhältnismäßig hohen Mittelaufwand benötigt.“ (2001a: 64). Ein Befund, der auf die Existenz erheblicher Ineffizienzen und Rationalisierungspotenziale verweist und somit wichtig Hinweise für eine Reformpolitik liefert, die sowohl an der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit als auch an der Behebung von versorgungspolitischen Defiziten interessiert ist.

3. Mögliche destabilisierende Implikationen

Könnten sich in der skizzierten Form durch die Öffnung der gesundheitspolitischen Debatte Zusatzerkenntnisse ansammeln, die in die politische Strategiebildung der Schlüsselakteure des Gesundheitssystems und damit in einer problemadäquaten Reformpolitik in Deutschland Eingang finden könnten, so stehen diesen potentiellen Vorteilen einer Europäisierung der Gesundheitspolitik zweifelsohne manifeste Risiken gegenüber. Diese sind vor allem auf das Verfahren der offenen Koordinierung, den

¹²⁸ So stellt der SVRKAiG (2000a: 16) zu Recht fest: „Die Beitragssatzstabilität, die nur an den Ausgaben ansetzt, die in die GKV fließen, und von der Outcome-Ebene der Gesundheitsversorgung völlig abstrahiert, könnte bei einer stärkeren gesundheitspolitischen Zielorientierung kaum zur zentralen oder gar alleinigen Richtschnur der Ausgaben- und Einnahmegerbarung avancieren.“

¹²⁹ Neben den bereits zitierten Studien (Schmidt 1999a und b, Schneider 1998 und 1999, SVRKAiG 2001a) sei verwiesen auf OECD 1999 und WHO 2000.

¹³⁰ Definiert als Quotient aus nationalen Gesundheitsausgaben und nationalem Bruttoinlandsprodukt.

konsolidierungs- und wettbewerbspolitischen Kontext der europäischen Gesundheitspolitik sowie den daraus resultierenden ordnungs- und versorgungspolitischen Implikationen zurückzuführen. Hinzu kommen natürlich die Probleme, die aus der geschilderten Kollision des deutschen Krankenversicherungsrecht mit dem europäischen Marktrecht drohen. Sollten die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig als Wirtschaftsunternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrecht begriffen werden, dürfte das gesamte System der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und den Verbänden der Leistungserbringer als wettbewerbswidrige Regulierungen eingestuft und somit grundsätzlich infrage gestellt werden. Das Krankenversicherungssystem stünde vor der Aufgabe, sich ein gänzlich neues Regulierungs- und Steuerungssystem zu geben. Da der Umstieg in ein „Staatssystem“ kaum eine gesellschaftliche Mehrheit finden würde (und sein Nutzen auch bezweifelt werden kann), spricht einiges dafür, dass sich Modelle der marktlich-wettbewerbsorientierten Allokation durchsetzen würden. Noch gelten die Träger der deutschen Krankenversicherung als Einrichtungen, die im öffentlichen Interesse Aufgaben mit ausschließlich sozialen Charakter und ohne Gewinnzweck wahrnehmen, die auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität beruhen. Doch selbst wenn sich diese Auffassung im europäischen Rechtsbildungsprozess auch weiterhin halten sollte, so droht das europäische Wettbewerbsrecht wie ein Damoklesschwert über dem Kopf der sozialen Krankenversicherung und dürfte früher oder später als latenter Wegweiser in die Strategiebildungsprozesse der Schlüsselakteure Eingang finden. Kein Zweifel also: Die Europäisierung der Gesundheitspolitik erhöht nicht nur den allgemeinen, externen Reformdruck auf das deutsche Gesundheitssystem, sie gibt ihm auch eine Richtung. Und diese weist in Richtung einer Protektion konsolidierungs- und wettbewerbsorientierter und einer Abwertung staatlich organisierender oder regulierender Reformstrategien. Welche Folgen dies konkret haben könnte, soll im folgenden diskutiert werden.

3.1. Folgeprobleme der Ambivalenzen und Defizite der OMK

Zunächst hat auch der neue Typus der koordinierenden Regulierung seine Eigenheiten, die unabhängig vom Politikfeld, auf das er Anwendung findet, existieren. Sein wichtiger Vorteil, seine autonomieschonende und zugleich gemeinschaftsverträgliche Wirkungsweise, könnte sich zugleich als eine wichtige Schwachstelle erweisen. Indem die OMK entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip die nationalstaatliche Autonomie prinzipiell akzeptiert und über keine harten, sanktionsbewährten Kontroll- und Einflussinstrumente verfügt, setzt ihr Erfolg die freiwillige Bereitschaft der Mitgliedsstaaten zur Beteiligung am Koordinierungsverfahren voraus. Diese kann aber auch in der Gesundheitspolitik nicht ohne weiteres unterstellt werden. Fehlt diese Bereitschaft jedoch, könnten sich die europäische Koordinierungsvorgaben für die Ausrichtung der nationalen Politik als weitgehend wirkungslos erweisen. (Scharpf 2002: 8) Dies ist nicht unwahrscheinlich, denn die unterschiedlichen ökonomischen Entwicklungsniveaus, die Regimevielfalt sowie das wahlpolitische Machtpotenzial der Gesundheitspolitik bleiben als Basis divergenter Interessenlage der nationalen Regierungen erhalten; und damit bleiben auch die potenziellen Blockaden einer

koordinierten Politik. Bisher jedenfalls existiert keine homogene, gleichgerichtete Ausgangs- und Interessenlage als Basis einer gleichgerichteten Politik. Vor allem aber verbleibt den nationalen Regierungen nicht nur die Autonomie über die Wahl der (gesundheits)politischen Reformoptionen; ihnen verbleibt auch die Verantwortung für diese und ihre Folgeprobleme. Dies vor allem in den Augen der korporativen Akteure des gesundheitspolitischen Feldes und der Wahlbevölkerung. Sollten sich die nationalen Regierungen also zur Umsetzung gemeinschaftlich verabredeter Konsolidierungsstrategien und der damit oftmals verbundenen Infragestellung macht- und verteilungspolitischer Besitzstände entscheiden, so werden sie sich (und nicht die EU-Institutionen!) der Lobbykämpfe und Legitimationsprobleme zu erwehren haben. Diese Aussicht, die sich bisher des öfteren durchaus als Schutz vor allzu weitgehenden „Strukturreformen“ Geltung verschafft hat, dürfte auch zukünftig ein gewisses Störpotenzial entfalten.

Doch mehr noch. Mitunter wird nicht nur die Vermutung formuliert, die OMK könnte an der verbleibenden Macht der Gliedstaaten und dem gänzlich unangetasteten Einfluss der gesundheitspolitischen Interessenverbände scheitern. Aus dem wirtschaftsliberalen Lager wird zudem die Befürchtung geäußert, sie könne sich quasi als Trojanisches Pferd erweisen, mit dessen Hilfe sich gerade die diversen Interessengruppen (als Verteilungskoalitionen im Olson'schen Sinne) Eingang in die europäischen Arenen und die dortigen Entscheidungsprozesse verschaffen. So wie sie auf nationaler Ebene durchgreifende Reformen blockierten, dürften sie sich dann auf europäischer Ebene als Veto-Player gegenüber einer weiteren Marktöffnung etablieren. Diese Befürchtung gilt – den wirtschafts-liberalen Prämissen ihrer Vertreter folgend – vor allem in Hinblick auf die Organisationen der Arbeitsmarkt- und Betriebsparteien.¹³¹

Für den Fall der Ver- oder Behinderung der offenen Koordinierung infolge einer Kooperationsverweigerung der Mitgliedsstaaten oder wirkungsmächtiger Interventionen organisierter Interessengruppen dürfte sich die Wirkungskraft der OMK auf die nationalen Gesundheitspolitiken also in Grenzen halten. Aber auch für den Erfolgsfall könnte ihre Anwendung mit problematischen Folgewirkungen verbunden sein, die vor allem auf die immanenten Ambivalenzen und Defizite des Verfahrens und seines Kontextes, aber auch auf die Besonderheiten des Politikfeldes Gesundheit zurückzuführen sind.

¹³¹ Die Befürchtung, die Eckardt hier am Beispiel der Wirkungsweise der OMK in der europäischen Alterssicherungspolitik formuliert, ließe sich grundsätzlich, trotz aller Differenzen zwischen den beiden Politikfeldern, sicherlich auch auf die Gesundheitspolitik übertragen. „Zudem schafft die MOK (Methode der offenen Koordinierung; der Verf.) ein neues Einfallstor für solche Interessengruppen, die sich auf der zentralen europäischen Ebene gut organisieren und damit wirkungsvoll ihre Mitglieder vertreten können. (...) Durch das Bestreben der EU, die Sozialpartner stärker in die europäische Politikgestaltung über die Mitwirkung diverser Ausschüsse einzubeziehen, erhöht sich die Intransparenz weiter. (...) Damit wird gut organisierten Interessengruppen erleichtert, Maßnahmen zur Beschränkung wirtschaftlichen Wettbewerbs auf der zentralen europäischen Ebene durchzusetzen.“ (2002: 202). Die Relevanz dieser Befürchtung scheint jedoch bereits durch den Umstand begrenzt, dass (jedenfalls bisher) weder die Arbeitsmarktparteien noch andere Interessengruppen (vielleicht mit Ausnahme der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie) auf europäischer Ebene einen Formierungs- und Organisationsgrad erreicht haben bzw. auf absehbare Zeit erreichen werden, der ihnen eine entsprechende Vetomacht zuwachsen ließe.

Blockadeverfahren gegenüber kollektiven Mindeststandards

1. Zunächst ist jedoch darauf zu verweisen, dass die OMK nicht nur anfällig gegenüber externen Blockadeversuchen ist, sondern zugleich selbst einen anderen, sozialpolitisch umkämpften Prozess blockiert. Gemeint ist der Versuch der Implementierung sozialer Mindeststandards in der EU. Mit der OMK dürften die Entscheider im europäischen Integrationsprozess nicht nur vom Versuch einer Harmonisierung der Institutionen, sondern auch von der Einführung verbindlicher Mindestregelungen im Sozialbereich und damit von verbindlichen Rechten für Erwerbstätige und Transferempfänger Abschied genommen haben. Dabei litt das Mindeststandardkonzept als sozialpolitische Strategie bisher freilich keineswegs weniger an Problemen als das Harmonisierungskonzept. Die Etablierung verbindlicher Mindeststandards scheiterte bisher nicht nur (wenngleich vor allem) am Widerstand des Kapitals und an der Hegemonie wirtschaftsliberaler Politik. Sie hat auch mit einem immanenten Dilemma zu kämpfen, das ihre Realisierung erschwert. So wie die Harmonisierungspolitik an der institutionellen Vielfalt und der Unterschiedlichkeit der nationalen Sozialkulturen scheiterte, standen der Umsetzung der unterschiedlichen Mindeststandardkonzepte die Divergenzen in den ökonomischen Produktivitäts- und den bereits existierenden sozialen Sicherungsniveaus entgegen. Da diese sehr unterschiedliche Bedarfs- und Interessenlagen in den europäischen Mitgliedsstaaten hervorbringen, erschweren sie zusätzlich das Überspringen der hohen institutionellen Hürde, die der EG-Vertrag nach wie vor für Entscheidungen im Bereich der sozialen Sicherung bereithält („Einstimmigkeits-Prinzip“).¹³² Die OMK scheint diese Schwäche zu nutzen und damit zugleich jene Diskussionsansätze zu entwerten, die das Problem etwa durch eine Koppelung des Mindestsicherungsniveaus an die Wirtschaftskraft der Einzelstaaten zu lösen vorschlugen.¹³³ Ob sich die OMK als ein gleichwertiger Lösungsansatz im Sinne eines funktionalen Äquivalentes einer Mindeststandardlösung wird erweisen können, scheint mehr als fraglich. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sie in einem anderen Kontext entstand und, siehe die Stoßrichtung der Lissabonner Strategie, geradezu entgegengesetzten strategischen Zielen dienen soll.

Mit Blick auf die Gesundheitspolitik bzw. die gesundheitspolitische Versorgung der Bevölkerung dürfe sich das Fehlen quantitativer Mindeststandards weniger bemerkbar machen. Fragen der Qualität der gesundheitspolitischen Versorgung, der Zugangsgerechtigkeit zum Gesundheitssystem oder der Erschließung von Effizienzreserven in der Produktion und Verteilung von Gesundheitsgütern und –leistungen verschließen sich weitgehend quantitativen Messverfahren und sind über diesen Weg kaum zu regulieren. Anders sieht es jedoch mit Blick auf soziale Mindeststandards für die im Gesundheitssystem Beschäftigten aus. Diese sind im gesamten Koordinierungsverfahren weitgehend ausgeblendet und systematisch

¹³² Klaus Busch (1998: 148) hat dieses Dilemma wie folgt formuliert: „Entweder missachten zu hohe Mindestvorschriften die ökonomische Leistungsfähigkeit der ärmeren EU-Staaten und gefährden damit deren Wettbewerbsfähigkeit, oder die Mindeststandards erweisen sich als ‚benchmark‘, auf die die reichen Staaten im Zuge eines verschärften Wettbewerbs ihre Sozialpolitik auszurichten beginnen.“

¹³³ Siehe dazu etwa das „Korridormodell“ von Klaus Busch (1998).

unterbelichtet. Weder finden sie bei den strategischen Zielen Erwähnung, die in der einschlägigen Kommissions-Mitteilung als Fixpunkte der europaweiten Kooperation benannt wurden, noch werden sie als eine entscheidende Variable im gesundheitspolitischen Versorgungsprozess berücksichtigt. Dies muss nicht nur deshalb als zentrales Defizit gewertet werden, da die Qualität der medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen usw. Dienstleitungen unmittelbar mit den Arbeitsbedingungen und Sozialstandards der Gesundheitsberufe korrespondiert. Die Vernachlässigung der Arbeits- und Sozialbedingungen und der Verzicht auf die Formulierung einzuhaltender Mindeststandards für die Gesundheitsbeschäftigten lässt auch die Vermutung zu, dass gerade die hier anfallenden personenbezogenen Kosten die Variable darstellen, die mit Blick auf die übergeordneten Konsolidierungsabsichten (nach unten) flexibel gehalten werden soll. Die Gefahr ist groß, dass der durch Spar- und Wettbewerbsziele verstärkte Druck auf die Gesundheitssysteme sich in Richtung traditioneller „cost-cutting“-Strategien entlädt, die ineffiziente Versorgungsstrukturen, die gleichwohl von mächtigen Lobby-Akteuren verteidigt werden, weitgehend bewahren und die geforderten Konsolidierungsbeiträge zu Lasten der Beschäftigten erschließen. Zumindest werden die europäischen Impulse keine Hilfestellung liefern, dies zu verhindern.

Vernachlässigung der systemexternen Umwelt

2. Wie dargelegt kommt dem Benchmarking-Verfahren in der OMK eine zentrale Funktion zu. Doch dieses Verfahren ist mit erheblichen Problemen behaftet. Das Verfahren der Ermittlung von Benchmarks über die Identifizierung von „Best-Practice“-Beispielen konzentriert den Blick auf einzelne Komponenten innerhalb der beobachteten Systeme und vernachlässigt systematisch nicht nur den systeminternen Kontext, sondern auch die Einflussfaktoren aus der systemexternen Umwelt.¹³⁴ Dies erweist sich auch und gerade mit Blick auf die Gesundheitswesen in der EU als schwerwiegendes Problem. Ihre Wachstums- und Ausgabedynamik lässt sich, wie empirische Quer- und Längsschnittanalysen der Entwicklung der Gesundheitswesen in der OECD-Welt erneut gezeigt haben, nicht ausschließlich aus Spezifika der Gesundheitsmärkte und der institutionellen Konfigurationen der Krankenversorgungssysteme erklären; vielfältig wurzeln sie auch in systemexternen sozialökonomischen, politisch-institutionellen und kulturellen Faktoren, die – im Anschluss an Mancur Olson (1982) – als makrogesellschaftliche und makropolitische „Fundamente“ bezeichnet worden sind (Schmidt 1999a und b). Zu diesen Fundamenten zählt Manfred G. Schmidt das Demokratiealter und die dort gegebenen Chancen zur Formierung durchsetzungsfähiger „Verteilungskonkordien“, das langfristige Kräfteverhältnis zwischen dem „linken“ und dem „konservativen“ politischen Lager, die gesellschaftlich verankerten Politikphilosophien und staatlichen Problemlösungs-routinen, die allgemeinen politisch-institutionellen Konstellationen sowie - hoch relevant - der allgemeine Stand des wirtschaftlichen Entwicklungsniveaus. Diese

¹³⁴ Zur Debatte um die Voraussetzungen für erfolgreiche Prozesse des „Policy-Learnings“ in der Wirtschafts- und Sozialpolitik vgl. Schmid 2003.

Faktoren, die tief in den gesellschaftlichen Traditionen und Kulturen verankert sind, fungieren vielfach nicht nur als hohe Hürden für einfache Kostendämpfungspolitiken. Sie dürften sich auch als Restriktionen für ein transnationales Koordinierungsverfahren Geltung verschaffen, dessen Erfolg letztlich auf die Bereitschaft und Fähigkeit der Mitgliedsstaaten zur Umsetzung vereinbarter Leitlinien angewiesen ist. Nun soll hier nicht verschwiegen werden, dass die Dimensionen der Wirkungsmächtigkeit dieser Fundamente umstritten ist und die Versuche ihrer exakten empirischen Verifizierung durchaus plausibel kritisiert wurden.¹³⁵ Doch wie hoch man die Relevanz der einzelnen Fundamente auch immer einschätzen mag, die vorgelegten Befunde stärken die „Auffassung, dass Unterschiede der politischen Leistungsprofile der OECD-Staaten ohne systematische Berücksichtigung von politischen, politisch-kulturellen und sozialökonomischen Fundamenten des Handelns in Staat und Gesellschaft nicht angemessen verstanden und erklärt werden können (Schmidt 1999b: 242-243). Damit zeigen sie zugleich eine strukturelle Grenze des „Benchmarking-Verfahrens“ in der Gesundheitspolitik auf, das bei der Identifizierung und Transplantation der „Best-Practice“-Beispiele diese Einbettung der Einzelkomponenten systematisch vernachlässigt.

Probleme bei der Identifikation geeigneter Indikatoren

3. Bisher haben die Versuche im Bereich der Zielfindung und Indikatorenbildung in den angestellten Gesundheitssystemvergleichen kaum zu objektivierbaren Messgrößen geführt, die qualitative Vergleiche der einzelnen Systeme zuließen.¹³⁶ Auch aus diesen Gründen scheint es insgesamt fraglich, ob die auf den ersten Blick so einleuchtende Suche nach „bewährten Verfahren“ über den Weg der Ermittlung von Erfolgsindikatoren im hochkomplexen Politikfeld Gesundheit zielführend ist. So werden bisher Input- oder Outcome-Faktoren vielfach isoliert erfasst, während die Resultate des Zusammenwirkens in Form vergleichender Kosten-Nutzen-Analysen, ohne die seriöse Aussagen über die Effektivität und Effizienz der einzelnen Gesundheitssysteme kaum möglich sind, vernachlässigt wurden. Wenn aber Ziele, Verfahren und Umsetzungserfolge durch Indikatoren gemessen werden sollen, kommt ihnen eine zentrale Funktion zu. Werden jedoch auf einer unzulänglichen Informationsgrundlage gemeinschaftsweit verbindliche Leitlinien und Benchmarks formuliert, sind inadäquate Politikstrategien vorprogrammiert. Bisher scheint die vorhandene Informationsgrundlage jedenfalls höchst defizitär. So weisen die

¹³⁵ An dieser Stelle soll nicht weiter auf Tofts (1999) durchaus respektable Kritik an der von Schmidt gewählten Methode der multiplen Regressionsanalyse eingegangen werden, mit der M. G. Schmidt die behaupteten Zusammenhänge empirisch zu verifizieren trachtet. Auch wenn andere methodische Messverfahren mitunter anders akzentuierte Zusammenhänge nahelegen (Kemmerling 2001), so bleibt das Theorem eines qualitativen Zusammenhangs zwischen gesellschaftlich verwurzelten sozio-ökonomischen und politisch-kulturellen Faktoren und der Funktionsweise wohlfahrtsstaatlicher Systeme überzeugend. Da das „Benchmarking-Verfahren“ nicht eine bestimmte quantitative Korrelation, sondern diesen Zusammenhang insgesamt und systematisch ignoriert, lassen sich die Forschungsergebnisse Schmidts (wie die seiner Kritiker) durchaus als Belege für zentrale Defizite der OMK anführen.

¹³⁶ Zur aktuellen Stand der statistischen Grundlagen in der komparativen Gesundheitssystemforschung vgl. Schneider 2002.

Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung nicht zu unrecht auf erhebliche methodische und analytische Probleme bei der Indikatorenbildung hin. „Die bisherigen Erfahrungen zeigen (...), dass

- Indikatoren entweder nicht vorhanden sind oder, wo vorhanden, wegen international unterschiedlicher Definitionen Unterschiedliches messen;
- eine Vereinheitlichung der Statistik nur dann zu korrekten Ergebnissen führt, wenn sie erheblich verfeinert und von Fall zu Fall um zahlreiche Parameter ergänzt wird, wofür erhebliche politische, methodische und finanzielle Anstrengungen unternommen werden müssen,
- wobei dennoch eine uneingeschränkte Vergleichbarkeit – auch wegen der historisch gewachsenen unterschiedlichen Systeme – auf Sicht nicht herstellbar sein wird;
- quantitative Vergleiche gerade dann eine suggestive Wirkung erzeugen und in die Irre führen können, wenn sie durch Aggregation komplizierte Sachverhalte scheinbar einfach ausdrücken sollen, in Wirklichkeit aber häufig ein hohes Maß an Wertung und Interpretation verbergen.“ (Spitzenorganisationen 2002: 4).

Ob diese Probleme systematische Schranken der Anwendung des Benchmarking-Verfahrens in der Gesundheitspolitik markieren oder ob sie nach einem entsprechenden Aufwand an theoretischer und empirischer Forschung sowie entsprechenden Umsetzungs- und Praxiserfahrungen überwunden werden können, mag hier einmal dahingestellt bleiben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich jedoch mit Sicherheit sagen, dass es noch umfassender Vorarbeiten und einer entsprechenden Zeitperspektive bedarf, bis die Bedingungen für die Möglichkeit einer Abwicklung des Verfahrens geschaffen sind; zumindest wenn es um ein Projekt gehen soll, das den auch durch die europäischen Akteure formulierten qualitativen Ansprüchen gerecht wird.

Vernachlässigung der systeminternen Umwelt

4. Hinzu kommt ein weiteres, immanentes Problem der unterschiedlichen Varianten des Benchmarking-Verfahrens. Systematisch neigen sie zur Vernachlässigung der Tatsache, dass einzelne Systemkomponenten ihre (positive oder negative bzw. intendierte oder nichtintendierte) Wirkung nur in ihrem spezifischen institutionellen Kontext zu entfalten vermögen und der Komponententransfer in eine andere Systemstruktur schnell zu unerwünschten Folgen führen kann. Ohne ein umfassendes „explizites und implizites Systemwissen“ (Hill 2002: 159), also ohne Kenntnisse über die eingeschlagenen Entwicklungspfade des Systems, die handlungsleitenden Identitäten seiner Akteure, die Funktionsmechanismen seiner Subsysteme usw. lassen sich weder die Wirkungen der transferierten Komponenten im einzelnen antizipieren, noch können Rückschlüsse bezüglich ihrer Wirkungen auf das Systemganze gezogen werden. Dies belegen Studien zu anderen sozialstaatlichen Politikfeldern, etwa zur Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. So hat die Analyse der Rückwirkungen sozialstaatlicher Regulierungen und Standards (im Bereich Löhne, Sozialabgaben und Steuern) auf die Entwicklung der Arbeitsmärkte verdeutlicht, dass es sich empfiehlt, „weniger nach

einzelnen Bestimmungsgründen als nach der nationalen Konfiguration von Bedingungen zu fragen, die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt beeinflussen.“ (Alber 2001: 300) Sind aber die komplexen Wirkungszusammenhänge der nationalen Konfigurationen entscheidend, stößt die Betrachtung einzelner Faktoren oder Verfahren schnell an Grenzen. Somit erscheint es höchst fraglich, „dass Instrumente, die sich in einem Kontext zur Förderung von Beschäftigung bewähren, problemlos nach der simplen Idee des ‚Benchmarking‘ in einen anderen Kontext mit einer unterschiedlichen Konfiguration von Strukturmerkmalen übertragen werden können.“ (Alber 2001: 301, auch Schettkat 2001) Nun lassen sich sicherlich die Erkenntnisse aus der Arbeitsmarktforschung auch nicht problemlos auf die Gesundheitspolitik übertragen. Aber die hier naheliegenden Analogieschlüsse dürften kaum riskanter als die Annahmen der simplen Idee des Benchmarking sein. Dies gilt umso stärker, als davon auszugehen ist, dass insbesondere nichtstaatliche, also korporatistisch oder wettbewerblich gesteuerte Gesundheitssysteme mit ihrer kaum überschaubaren Vielfalt an Akteuren, Interessenkonstellationen und Institutionen einen Komplexitätsgrad aufweisen, der den anderer wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder eher übertrifft als unterschreitet. Es dürfte daher kein Zufall sein, dass erste (sicherlich noch rudimentäre) Analysen bisheriger gemeinsamer Lernprozesse darauf hinweisen, dass im Wesentlichen nur Mitgliedsstaaten mit ähnlichen strukturellen Voraussetzungen (etwa skandinavische Staaten bzw. angelsächsische Staaten untereinander) über den Peer-Review-Prozess begonnen haben, voneinander zu lernen.¹³⁷

Integration regionaler Staatseinheiten als konzeptionelle Leerstelle

5. Neben diesen generellen Problemen weist die OMK konzeptionelle Defizite auf, die sich vor allem in föderalistischen Regierungssystemen bemerkbar machen könnten. Verwendet sie viel Aufmerksamkeit auf die Vermeidung von Verflechtungsfallen und anderer Entscheidungsblockaden zwischen Gemeinschaft und Mitgliedsstaaten, so stellt die Einbeziehung der Regierungseinheiten unterhalb der Zentralstaatsebene offenbar ein konzeptionelle Leer- und damit Schwachstelle dar. Zwar stellt der Anspruch der Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Akteure (zumindest im Modell) einen zentralen Bestandteil der Konzeption dar; doch die systematische Integration von Akteuren der unterzentralstaatlichen Ebene in das OMK-Verfahren wurde schlichtweg nicht mitgedacht. Dies könnte in der Furcht begründet liegen, durch die Einbeziehung von regionalen Akteuren das gesamte Verfahren vor zu komplexe Aufgaben zu stellen und es damit zu überfordern. Es könnte freilich auch darauf zurück zu führen sein, dass dieses Problem in anderen Staaten der EU wohl weniger Relevanz besitzt. Denn natürlich hängt die Bedeutung dieser konzeptionellen Leerstelle nicht unwesentlich davon ab, ob die nationalen Regierungssysteme stärker durch zentrale oder zentralistische (Beispiel: Frankreich) bzw. durch dezentrale oder föderalistische

¹³⁷ Zu diesem Ergebnis kommt Christian Engel vom European Institute of Public Administration (EIPA) in Maastricht, vgl. ders., *Integration durch Koordination und Vergleich? Vortrag bei der Tagung „Europäisches Verwaltungsrecht“* am 22. März 2002 in Speyer, hier zit. nach Hill 2002: 152/153.

Entscheidungsstrukturen (Beispiel: Deutschland) geprägt sind.¹³⁸ Und ähnliche Differenzen in der Relevanz dürften auch mit Blick auf die jeweiligen Politikfelder bestehen. In der Migrations- und Asylpolitik könnte das Problem deutlich an Gewicht verlieren. Doch im deutschen Regierungssystem und im Politikfeld Gesundheit sind die hier thematisierten Fallstricke von höchster Relevanz. So gilt gerade das deutsche Regierungssystem als ein ausgeprägtes Modell eines verflochtenen Föderalismus, das mit starken Staatseinheiten unterhalb der Zentralebene in Form der Bundesländer ausgestattet ist. Und das gesundheitspolitische Feld ist wie wenige mit diesem Föderalismus verwoben und zwingt die jeweilige Bundesregierung in nahezu allen strukturverändernden Reformen, die Beteiligung und Zustimmung der Länder bzw. des Bundesrates zu suchen.¹³⁹ Auch Veränderungsambitionen im Rahmen des OMK-Verfahrens könnten in Deutschland also auf politisch-institutionelle Widrigkeiten treffen, die seit jeher als zentrale Ursachen der viel beklagten Reformunfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems gelten. Betrachtet man den Unmut der Länder über die stillen Verschiebungen in der Kompetenzordnung der EU zu Lasten der Akteure in den Mitgliedsstaaten, ist nicht unwahrscheinlich, dass Reformbestrebungen, die im europaweiten Koordinierungsprozess generiert werden, im Bundesrat sogar besonderer Skepsis und besonders entschiedenen Vetostrategien begegnen. Damit würde eine bereits bestehende Reformhürde noch höher. Was die OMK an Entscheidungsblockaden im Gemeinschaft-Gliedstaat-Verhältnis zu beseitigen mag, könnte im Bund-Länder-Verhältnis neu entstehen. Im Saldo käme es also nicht zu einer Erhöhung der Problemlösungsfähigkeit bzw. Effizienzsteigerung im gesamten Mehrebenen-System, sondern eher zu einem Blockadetransfer von der einen in die andere Ebene. Die so verschärften Konflikte könnten nicht nur die Effizienz des gesamten OMK-Verfahrens erheblich beeinträchtigen, sondern auch in der deutschen Gesundheitspolitik Reformen eher erschweren als befördern.

Mangel an demokratischer Legitimation

6. Doch das Verfahren der OMK ist nicht nur mit Effizienzrisiken, sondern gleichermaßen mit Problemen und Defiziten an demokratischer Legitimation behaftet. Es ist vor allem der Europäische Rat, der über seine Rechte die politikinhaltlichen Ziele bestimmt und Herr des gesamten Umsetzungs- und Überwachungsverfahrens ist, auch wenn die Europäische Kommission aufgrund der vielfältigeren fachlichen und personellen Ressourcen und mittels ihrer Indikatoren-, Benchmarking- und Reviewvorschläge wirkungsmächtige Einflussmöglichkeiten besitzt.¹⁴⁰ Doch gleich,

¹³⁸ In diese Richtung tendiert Hill wenn er vermutet, dass die Verweise der Länder auf die Einhaltung der europäischen Kompetenzordnung „im europäischen Kontext vor allem als deutsche Besonderheit verstanden zu werden (scheint).“ (2002: 157).

¹³⁹ Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass die Mechanismen politischer Mehrebenen-Systeme im Allgemeinen, die politischer Verflechtungsfallen im Besonderen zuerst am Gegenstand des deutschen Bund-Länder-Systems analysiert und dann in die europäische Integrationsforschung übertragen wurden; dazu grundlegend Scharpf 1985.

¹⁴⁰ Es wäre zu prüfen, ob und inwieweit die Europäische Kommission auch im Rahmen des OMK-Verfahrens den von Schmidt analysierten Prozess der stillen Ausweitung eigener Kompetenzen in Gang setzen kann. So zeigt Schmidt (2001), dass die Kommission ihre wettbewerbs- und vertragsrechtlichen

welche der beiden Institutionen als Gewinnerin aus der (Neu-)Verteilung von Macht und Einfluss im bzw. durch das OMK-Verfahren hervorgehen sollte, der Verlierer dürfte das Europäische Parlament sein. An ihm laufen die Entscheidungsprozesse des offenen Koordinierungsverfahrens faktisch weitgehend vorbei. Es kann daher nicht verwundern, dass das Europäische Parlament bereits erhebliche Skepsis gegenüber dem gesamten Verfahren zum Ausdruck gebracht und auf eklatante „immanente Demokratieprobleme“ (zit. n. Schulz-Weidner 2002: 12) aufmerksam gemacht hat. Zwar versuchte die Kommission auf diese Einwände zu reagieren, indem sie empfahl, „Verfahren für regelmäßige Berichte an das Europäische Parlament“ festzulegen, und sich dafür aussprach, dass „das Europäische Parlament nicht aus einem europäischen Politikprozess ausgeschlossen werden (sollte).“ (Europäische Kommission 2001a: 29) Doch die gesamte Anlage des OMK-Prozesses weist in eine andere Richtung. Zweifelsohne wachsen dem Europäischen Rat und vor allem der eigentlichen Prozessführerin, der Kommission (Tidow 1999), aufgrund ihrer Stellung im Prozedere des Gesamtverfahrens Machtbefugnisse zu, die durchaus dazu geeignet sind, das Kräfteparallelogramm des europäischen Institutionengefüges zugunsten der exekutiven Akteure zu verschieben und der informellen Etablierung einer „versteckten Parallelgesetzgebung“ (Schulz-Weidner 2002: 12) abseits der gemeinschaftsvertraglich vorgesehenen Verfahren und Regeln Vorschub zu leisten. Wer festlegt, welches das „Best-Practice-Modell“ ist und welches die Indikatoren sind, die als Bewertungsmaßstäbe bei der Zielerreichung Anwendung finden, vermag die Ausrichtung der Gesamtprozesse zu prägen, gleichgültig, wie ansonsten Anhörungsrechte und Berichtspflichten verteilt sein mögen.¹⁴¹

Doch nicht nur auf der Ebene der EU, auch mit Blick auf die Mitgliedsstaaten und ihre politischen Entscheidungsstrukturen, muss eine parlamentarische Lücke der OMK konstatiert werden. Hier sind nicht einmal formale Beteiligungsoptionen vorgesehen. Die benannte, mit Blick auf die Beteiligung unterzentralstaatlicher Instanzen unübersehbare konzeptionelle Leerstelle könnte sich nicht nur als Umsetzungshürde, sondern auch als demokratisches Defizit Geltung verschaffen. Die Konzentration von strategischen Entscheidungen bei der europäischen Exekutive droht somit auch auf eine Zentralisierung der Entscheidungskompetenz in der europäischen Gesundheitspolitik

Kompetenzen dazu nutzen kann, Verhandlungen des Ministerrates, aber auch die Verhaltensweisen der Mitgliedsstaaten über ihr Vorschlagsrecht hinaus zu beeinflussen. Indem sie die Rückfallpositionen der Mitgliedsstaaten einseitig verändert oder eingetretene Veränderungen nutzt, kann sie die Durchsetzungschancen ihrer Initiativen verbessern, da diese nunmehr als „kleineres Übel“ erscheinen. Auch die an sich einflussreicheren Mitgliedsstaaten seien, so Schmidt weiter, nur begrenzt in der Lage, dem entgegenzutreten. Entweder, weil ihnen die notwendige Einstimmigkeit für eine gegebenenfalls vorteilhafte Vertragsänderung fehlt oder weil sie sich außerhalb ihrer Macht stehender externer Zwänge ausgesetzt sehen.

¹⁴¹ Noch dezidierter in diese Richtung argumentiert Hill, wenn er die Vormachtstellung der Kommission im OMK-Prozess als das Zentralproblem der gesamten Methode benennt: „Wer die Indikatoren setzt, bestimmt dadurch zugleich die Perspektive der Betrachtung und die Richtung des Messansatzes. Indikatoren prägen die Wahrnehmung, fokussieren den Blick und stellen Zusammenhänge her. Der Lenkungseffekt ist unübersehbar. Wenn daher die Festlegung von Indikatoren durch den Europäischen Rat auf Vorschlag der Kommission geschieht, erlangt die Kommission die Definitionshoheit und gibt das Deutungsmuster für politisch-strategische Gestaltungsansätze in den Mitgliedsstaaten und Regionen/Ländern vor. Darin liegt das eigentliche Problem der Methode der offenen Koordinierung.“ (2002: 158).

hinauszulaufen. Die durch den deutschen Bundesrat bereits skizzierten Befürchtungen einer schleichenden Verschiebung in der Kompetenzordnung in Richtung auf eine Erweiterung der Gemeinschaftsrechte besitzt auch eine gesundheitspolitische Dimension, wie der Bundesrat angesichts der Ambitionen des Rates feststellt: „Für die Erarbeitung von Leitlinien und Zielvorgaben im Sinne bindender Vorgaben durch die EU im Sinne der Schlussfolgerungen von Göteborg im Bereich der Gesundheitssysteme besteht im Rahmen von Artikel 152 EGV keine Gemeinschaftskompetenz. Solche Kompetenzen stehen der Gemeinschaft in Bezug auf die nationale Gesundheitspolitik nicht zu. Dies würde im Übrigen auch in die Länderkompetenzen eingreifen.“ (Bundesrat 2002: 3 u. 4).¹⁴²

Der hier zum Vorschein kommende Konflikt um die Kompetenzverteilung zwischen Gemeinschaft, Mitgliedsstaaten und Regionen (hier: Bundesländer) betrifft nicht nur die Frage einer effizienten und legitimen Binnenstruktur des europäischen Mehrebenensystems. Er berührt auch das politikfeldspezifische Problem einer Regionalisierung und Demokratisierung der Gesundheitspolitik, etwa in Form der Implementierung regionaler Gesundheitskonferenzen als Gremien einer beteiligungsorientierten Lenkung der Gesundheitsressourcen, der Erweiterung von Patientenrechten und der Einbeziehung von patientengestützten Selbsthilfeinitiativen in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Eine Zentralisierung von Entscheidungen in der Gesundheitspolitik dürfte kaum einen Beitrag zur Behebung der vorhandenen Partizipationsdefizite und zur Stärkung einer bedarfsgerechteren und beteiligungsorientierteren Gesundheitsversorgung leisten; schon gar nicht, wenn die Ebene der Konzentration wichtiger Entscheidungskompetenzen oberhalb der nationalstaatlichen liegt und damit dem Druck der zivilgesellschaftlichen Akteure weitgehend entzogen ist, die (man mag es beklagen, muss es aber registrieren) bisher national organisiert und nur national handlungsfähig sind. Die gesundheitspolitische Reformdebatte in Deutschland weist jedenfalls eher Reformbedarf in die Gegenrichtung aus, wenn sie mehr Regionalisierung in der Bedarfs- und Versorgungsplanung (Rosenbrock 2002b) sowie die Ausweitung von Rechten und Partizipationschancen der Versicherten bei der Definition strategischer Gesundheitsziele und der Formulierung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien für konkrete Leistungserbringung betonen (SVRKAiG 2001a).

Doch die methodenspezifischen Risiken der OMK im Feld der deutschen Gesundheitspolitik reichen noch weiter. Der Mechanismus der Verfahrens stärkt – wie gezeigt – die Machtposition des Europäischen Rates sowie der Europäischen Kommission deutlich und lässt ihnen durchaus weitreichende Einflüsse auf die nationalen Politiken zufließen. Dadurch wächst in der Gesundheitspolitik die Gefahr, dass beide Institutionen, die zugleich die Schlüsselakteure bei der Umsetzung der Vorgaben des Euro-Finanzregimes und der Lissabonner Wettbewerbsstrategie sind, im Rahmen ihrer Definitionsmacht nicht das „beste“, sondern das billigste bzw. das am

¹⁴² Es handelt sich um eine Stellungnahme des federführenden Ausschusses für Fragen der europäischen Union sowie des Ausschusses für Familie und Senioren sowie des Gesundheitsschusses, in dem sie dem Bundesrat eine durchaus kritische Stellungnahme zur Mitteilung der Kommission empfehlen (Bundsrats-Drucksache 53/1/02, vom 18.02.02).

stärksten wettbewerbsorientierte Gesundheitssystem zum europaweiten Benchmark kuren bzw. die Reformmaßnahmen protegieren, die (in ihren institutionellen Kontexten) die größten Konsolidierungserfolge vorzuweisen haben bzw. die Marktmechanismen ausweiten.¹⁴³ Damit gewinnen beide Institutionen Einfluss auf die ordnungspolitische und strategische Anlage und Ausrichtung der nationalen Reformprojekte und könnten diese in eine problematische Richtung drängen. Nun sollte (zum gegenwärtigen Zeitpunkt?) die Reichweite des Einflusses der EU-Akteure in die deutsche Gesundheitspolitik sicher nicht überschätzt werden; doch da in der Gemeinschaft wie national die parlamentarischen Gegengewichte gegen die Entscheidungen der Exekutivorgane strukturell geschwächt sind, sich Konsolidierung und Wettbewerb als Politikziele reibungslos in die Zeit(?)stimmung in der EU einfügen und keine Bremsmechanismen gegenüber dem wettbewerbskompatiblen Umbau der wohlfahrtsstaatlichen Politikfelder zu erkennen sind, sollte der auf die nationalstaatlichen Akteure bald zukommende Druck auch nicht bagatellisiert werden.

3.2. Stärkung der Kosten- über die Versorgungsperspektive

Dass die so beschriebene Entwicklung im gesundheitspolitischen Feld Platz greifen wird, ist wahrscheinlich. Sicher ist, dass die OMK die Politikfelder, in denen sie Anwendung findet, nicht gegenüber den Zwängen und Restriktionen des Binnenmarktes, des Euro-Finanzregimes und der Lissabonner Wettbewerbsstrategie mit seinen angebotspolitischen und monetaristischen Paradigmen zu schützen vermag. Im Gegenteil: mit ihrer Anwendung vollzieht sich gerade die Einbindung der nationalen Gesundheitspolitiken in die strategischen Ziele einer weiteren Marktintegration über strikte Haushaltskonsolidierung und Wettbewerbsstärkung des Wirtschaftsstandortes Europa. Dadurch werden aber, trotz formal erhaltener Souveränität der Mitgliedsstaaten, die nationalstaatliche Politikoptionen dergestalt begrenzt, dass Reformstrategien, die etwa auf Mittelzuwendungen aus öffentlichen Haushalten, eine stärkere Kostenbelastung der Unternehmen oder die Suspendierung von Marktmechanismen hinauslaufen, von vornherein ausgeschlossen sind.¹⁴⁴ Zugleich werden systematisch solche Reformoptionen begünstigt, die mit den ökonomischen Prämissen kompatibel und ihrer Realisierung dienlich sind. Dies stellt faktisch eine Einschränkung der Autonomie der nationalen Akteure dar, die durchaus im Gegensatz zur vordergründig autonomieschonenden Konzeption der neuen Koordinierungsphilosophie steht.

Diese kontextgesteuerte Einbindung der Gesundheitspolitik dürfte, trotz stets mitschwingender Sozialrhetorik, auf eine Verschärfung der ökonomistischen Verzerrungen in den gesundheitspolitischen Reformdebatten der Mitgliedsländer hinauslaufen. Die vorwiegende Wahrnehmung der Gesundheitssysteme als

¹⁴³ Dass wettbewerbsorientiert und kostengünstig keineswegs Synonyme sein müssen, wird noch zu thematisieren sein.

¹⁴⁴ In diesem Sinne konstatiert Scharpf, dass mit der offenen Methode der Koordinierung kein Beitrag zur Rückgewinnung von Autonomie für die nationalen Wohlfahrtsstaaten gegenüber den Restriktionen, die aus dem Binnenmarkprojekt und der Währungsunion resultieren, verbunden sein wird und dass sie keinen Beitrag zu einer marktkorrigierenden Sozialpolitik auf europäischer Ebene zu leisten vermag, die für den Ausbau der sozialen Dimension Europas eigentlich notwendig wäre (Scharpf 2002a: 8-9).

wettbewerbs- und standortbelastende Kostgänger, die noch dazu der Sanierung der öffentlichen Haushalte entgegen stehen, die in den Gesundheitsdebatten vieler europäischer Staaten durchaus verbreitet ist, vermag eventuell einen Beitrag zu umfassenden Privatisierungs- und Vermarktlichungsstrategien, kaum aber einen zur Beseitigung versorgungspolitisch unzulänglicher Strukturen, Routinen und Qualitätsstandards zu leisten (SVRKAiG 2001b und c). Damit werden die Gesundheitssysteme jedoch schlecht auf die zwei zentralen Reformanforderungen eingestellt, die sich in nahezu allen entwickelten Gesellschaften, jenseits aller Detailprobleme, zeigen. Diese ergeben sich zum einen aus der epidemiologischen Transition, nach der das Krankheitsspektrum nicht mehr durch die „alten“ Infektionskrankheiten, sondern vor allem durch wenige chronisch-degenerative Krankheiten, die sogenannten „big killers“ (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebse usw.) sowie die „big crippers“ (degenerative Muskel- und Skelett-Erkrankungen, Diabetes, depressive Erkrankungen usw.), geprägt ist, die das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen (und damit auch die personelle Verteilung der Gesundheitskosten) bis zu 80 Prozent prägen (Rosenbrock 2002b)¹⁴⁵. Diese verfügen oft über eine symptomlose Latenzphase und können medizinisch in der Regel nicht geheilt, sondern lediglich hinausgezögert und gelindert werden. Da sich das medizinische Versorgungsgeschehen zumeist weitgehend am Paradigma akut-medizinischer Versorgung orientiert, sind defizitäre Versorgungslagen mit gleichzeitiger Über-, Unter- und Fehlversorgung, wie sie für Deutschland jüngst erneut belegt worden sind (SVRKAiG 2001c) vielfache Folge. Hinzu kommt die soziale Ungleichverteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in den entwickelten Gesellschaften. Die Verteilung von Krankheiten und vorzeitigem Tod folgt der sozialen Hierarchie entlang den Merkmalen Ausbildung, Stellung im Beruf und Einkommen. Mitglieder des „untersten“ Fünftels tragen im statistischen Durchschnitt in jedem Lebensalter ein etwa doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Mitglieder des obersten Fünftels; infolge dieser Ungleichverteilung differiert die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen diesen Schichten um fünf Jahre und die Spanne der gesunden Lebensjahre um bis zu zehn Jahren¹⁴⁶.

Aus diesen Entwicklungen und Problemlagen ergeben sich umfassende Neuorientierungsbedarfe für die gesundheitspolitische Versorgung; nicht nur, aber eben auch im deutschen Gesundheitssystem. Dabei kämen dem Ausbau der Primärprävention in Arbeitswelt und Gesellschaft, der Anpassung der Versorgung an das chronisch-degenerativ geprägte Krankheitspanorama sowie einer „sozialkompensatorisch“

¹⁴⁵ Winkelhake/Miegel/Thormeier haben in einer Untersuchung der personellen Verteilung der Leistungsausgaben der deutschen GKV für die Bereiche der Krankenhäuser, des Krankengeldes und der Arzneimittelversorgung für die Jahre 1998/1999 sogar eine noch höhere Konzentration der Kosten nachgewiesen. Zusammenfassend stellen sie fest, dass „etwa 90 Prozent aller Versicherten keinen entscheidenden Einfluss auf (für) das Kostengeschehen haben. Auf diese 90 Prozent entfallen zusammen nur rund 20 Prozent aller Ausgaben. Die restlichen 80 Prozent werden von den 10 Prozent teuersten Versicherten verursacht. Selbst innerhalb dieser Gruppe der extrem teuren Versicherten kann man noch eine starke Ungleichverteilung feststellen. Das teuerste Prozent der Versicherten verursacht fast 30 Prozent aller Kosten.“ (2002: 59).

¹⁴⁶ Rosenbrock 2002b, zur sozialen Ungleichverteilung von Gesundheitschancen siehe auch Schneider 2003, Holleder 2003 sowie grundlegend und umfassend dazu: Mielck 2000.

ausgerichteten Versorgung zum Abbau der gesellschaftlichen Ungleichverteilung von Krankheit und Gesundheit entscheidende Bedeutung zu¹⁴⁷. Obwohl die gesundheitspolitische Defizit-Analyse in der Kommissionsmitteilung durchaus die Zusammenhänge zwischen sozialer Stellung und Gesundheit sowie Defizite in der Versorgungsqualität in europäischen Gesundheitssystemen andeutet, dürften die strukturellen Grenzen des offenen Koordinierungsverfahrens sowie die starke Kostendämpfungsperspektive in der Debatte um „gute Praktiken“ einer präventiven und sozialkompensatorischen Ausrichtung der europäischen Gesundheitspolitik im Wege stehen oder gar gegenläufige Entwicklungen befördern. Sollte sich darüber hinaus das Paradigma der vermeintlich produktivitäts- und wettbewerbsfördernden Funktion sozialer Ungleichheit, das für das Neue Europäische Sozialmodell geradezu konstitutiv ist, in der Gesundheitspolitik Praxisrelevanz verschaffen, wäre ein versorgungspolitischer Rollback vorprogrammiert.¹⁴⁸

3.3. Konsolidierung der Ausgaben statt Stabilisierung der Einnahmen

Doch die Zwänge und Vorgaben der OMK dürften nicht nur einer präventiven und sozialkompensatorischen Neuausrichtung des Gesundheitssystems im Wege stehen. Zugleich droht der wettbewerbs- und konsolidierungspolitische Kontext, in dem sich der europäische Gesundheitsdiskurs entfaltet, den analytischen Fokus so einzustellen, dass ein Problemkomplex, der auch die deutsche Diskussion in hohem Maße prägt, höchst verzehrt wahrgenommen wird. Es handelt sich dabei um die (nicht nur in Deutschland) kontrovers diskutierte Frage nach den Ursachen der strukturellen Finanzprobleme des Gesundheitssystems bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung. Im politischen Diskurs, den Medien und großen Teilen der Wissenschaft dominieren die Metaphern von der „Kostenexplosion“ oder vom Gesundheitssystem als „Fass ohne Boden“. Suggestiert wird ein überproportionales Wachstum der Gesundheitsausgaben, mit dem weder die allgemeine Wirtschaftskraft (BIP) noch die Einnahmen der Krankenversicherung Schritt halten konnten und das sich somit notwendigerweise in steigenden Beitragssätzen niederschlagen muss.¹⁴⁹

Seit geraumer Zeit scheint sich die bisherige Einseitigkeit durch die Hervorhebung und analytische Überbewertung der Ausgabenseite zugunsten der Anerkennung der Einnahmeproblematik zurückzubilden. Selbst der chronisch angebots- bzw. ausgabenorientierte „Sachverständigenrat zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung“ (SRW)¹⁵⁰ anerkennt in seinem neuen Gutachten die Bedeutung der

¹⁴⁷ Siehe dazu etwa SVRKAiG 2001a-c und Wanek/Heinrich/Chavet 2002.

¹⁴⁸ Immerhin wurde im Rahmen des „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ (BGBl I S. 2626) im „Präventions-Paragraph“ § 20 des SGB V der gesetzliche Auftrag der Krankenkassen festgeschrieben, durch „Leistungen der Primärprävention (...) insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ zu erbringen. Dieser Auftrag diente bereits als Anknüpfungspunkt gemeinsamer – sicherlich noch unzureichender - Vorhaben der Krankenkassen und weist zweifelsohne auch für weitere Strukturreformen einen wichtigen Weg (dazu: Rosenbrock 2001).

¹⁴⁹ Vgl für viele Braun/Kühn/Reiners 1998, Kruse/Kruse 2002, Amelung/Glied/Topan 2001, Bandelow 2002.

¹⁵⁰ Zu den bisherigen Analysen des Sachverständigenrates Wirtschaft zum Gesundheitswesen siehe insbesondere SRW 2000: Ziffer 267-489 sowie SRW 2001: 261-272.

Erosion der Einnahmehasis als eine wichtigen Ursache der Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwar sei insgesamt festzuhalten, dass für den Beitragssatzanstieg der letzten 30 Jahre die Ausgabensteigerungen bedeutender gewesen seien als die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen, doch hätten „– variierend mit dem Betrachtungszeitraum – auch Probleme auf der Einnahmeseite eine Rolle gespielt“ (SRW 2002: Ziffer 247). Dabei resultierten, so der SRW weiter, die Ausgabenprobleme vor allem aus effizienzmindernden Fehlanreizen im Arzt-Patient-Verhältnis (in Gestalt einer „doppelten Rationalitätsfalle“¹⁵¹) und ineffektiven Organisationsstrukturen (vor allem in Gestalt einer antiquierten Vertriebsstruktur im Arzneimittelbereich und fehlendem Wettbewerb in der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern). Zugleich sei für die Krankenversicherung jedoch ein Einnahmeproblem gegeben, „da ihre Finanzgrundlage durch hohe Arbeitslosigkeit, Leistungsrücknahmen bei den Renten, Frühverrentungsmaßnahmen, eine Verschiebung von Kosten der sozialen Sicherung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie einen Mitgliederverlust an die Private Krankenversicherung geschwächt wird.“ (SRW 2002: Ziffer 484).

Mit dieser (wenn auch nur partiellen) Anerkennung des strukturellen Einnahmeproblems beitragsfinanzierter Gesundheitssysteme in Folge des Strukturwandels der Arbeitsmärkte und der volkswirtschaftlichen Verteilungskonstellationen gewinnt der Sachverständigenrat Wirtschaft Anschluss an eine Auffassung, die darauf verweist, dass die Metapher der „Kostenexplosion“ (etwa infolge einer „Anspruchsinflation“ der Versicherten) nicht die ökonomische Realität des deutschen Gesundheitswesens trifft (DIW 2002, Kühn 2001, Wille 2002, SVRKAiG 2003). Dies gilt, obwohl die Entwicklung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung augenscheinlich anderes nahe legt. Betrag der Beitragssatz zur GKV 1970 durchschnittlich noch 8,2 Prozent, so erhöhte er sich bis 1975 auf 11,3 Prozent um dann bis 2001 auf 13,5 Prozent (Westdeutschland) bzw. 13,7 Prozent (Ostdeutschland) zu steigen (SRW 2002: Tab 75; siehe auch *Abbildung 4*). Gleichwohl war dies keineswegs auf eine gleichartige Entwicklung der Ausgaben zurückzuführen. Kam es noch bis Mitte der 1970er Jahre infolge verschiedener Leistungsgesetze zu einer deutlichen Ausgabenausweitung (vor allem im Zusammenhang mit der Einführung der Einzelleistungsvergütung und des Zahnersatzes als Regelleistung), so verlief der

¹⁵¹ Unter der „doppelten Rationalitätsfalle“ versteht der SRW Anreizstrukturen auf der Mikroebene, die sowohl dem Versicherten als auch dem Arzt kostentreibende Verhaltensweisen nahe legen. Da es sich bei den Beiträgen zur GKV um Zwangsbeiträge handle, die der Versicherte weder durch seine Lebensweise noch durch das Maß der Inanspruchnahme beeinflussen könne, sei ein kostenunabhängiges Nachfrageverhalten individuell rational. Auf der Anbieterseite ergäbe sich ein auf eine Mengenausweitung gerichtetes Angebotsverhalten aus dem geltenden System der Einzelleistungshonorierung, da die Ärzte aufgrund ihrer höheren Sachkunde in der Lage seien, in weiten Teilen die Nachfrage nach ihren Leistungen selbst zu bestimmen. Auswege aus diesen kostensteigernden Rationalitätsfällen seien Selbstbehalte auf der Nachfrageseite sowie ein stärker ergebnisorientiertes Honorierungssystem auf der Angebotsseite (SRW 2002: Ziffern 485ff.). Bei der Annahme anreizstrukturbedingter Rationalitätsfällen im Arzt-Patient-Verhalten handelt es sich um „liberale Klassiker“ der mikroökonomisch orientierten Wirtschaftstheorie, die etwa unter den Begriffen des „moral hazard“ bzw. der „angebotsinduzierten Nachfrage“ zum Standardrepertoire der Gesundheitsökonomik gehören (vgl. für viele: Graf von der Schulenburg/Greiner 2000 sowie Rosenbrock/Gerlinger 2003). Dies gilt ebenfalls für die vorgeschlagenen Lösungswege (Enquete-Kommission 1990).

Anstieg der Gesundheitsausgaben in Westdeutschland seit Mitte der siebziger Jahre im Gleichklang mit dem Wachstum der allgemeinen Wirtschaftskraft, sodass die GKV-Quote (Anteil der GKV-Ausgaben am BIP) recht konstant blieb und lediglich im Zuge der deutschen Wiedervereinigung für Gesamtdeutschland kurz anstieg. Lag in der alten BRD der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP in 1960 bei 31,1 Prozent und stieg bis ins Jahr 1970 lediglich auf 3,7 Prozent, so ist bis 1975 ein Anstieg auf 5,9 Prozent zu verzeichnen, der bis 2001 fast konstant blieb. Lediglich der hohe Wert für Ostdeutschland, der allerdings in 1992 mit 12,3 Prozent seinen Höhepunkt überschritt und sich seit her dem Westwert annähert, führte dazu, dass die gesamtdeutsche GKV-Quote mit 6,6 Prozent etwas höher liegt (*Abbildung 6*).¹⁵²

Schließlich lässt sich zeigen, dass die Schwankungen in der GKV- bzw. Gesundheitsquote weniger durch Schwankungen der vergleichsweise unelastischen Nachfrage der Versicherten nach Gesundheitsgütern bzw. schwankende GKV-Ausgaben als vielmehr durch das zyklische Wachstum des BIP hervorgerufen wurden (Kühn 2001: 4).

Die steigenden Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung, an der gemeinhin die Debatte um die vermeintliche Kostenexplosion ansetzt, gehen vor allem auf Probleme auf der Einnahmeseite zurück. Zum einen hat die GKV in der jüngeren Vergangenheit einen merklichen Mitgliederverlust, vor allem in Richtung Private Krankenversicherung (PKV), zu verzeichnen. Da es sich bei den Wechslern in die PKV in der Regel um „gute Risiken“ handelt, verschlechtert sich die Einnahme-Ausgabesituation der GKV entsprechend.¹⁵³ Zugleich hat die in der deutschen Sozialpolitik traditionsreiche „Verschiebebahnhof-Politik“¹⁵⁴ einen Beitrag zu den aktuellen Finanzproblemen und dem Beitragssatzdruck geleistet. Insgesamt wurde das Belastungsvolumen für die GKV durch Maßnahmen dieser Art, je nach gewählter Methode bei der Schätzung und den einbezogenen Maßnahmen, im Zeitraum der Jahre 1995 bis 2002 auf zwischen 12,1 Mrd. Euro und 29,3 Mrd. Euro geschätzt (SRW 2002: 250 und Tabelle 42).

In der langen Frist und strukturell dürfte aber der verteilungspolitisch begründeten Erosion der Einnahmen der Krankenversicherung die entscheidende Bedeutung zukommen. So reduzierte sich die Einnahmehasis der GKV vor allem in Folge der seit Beginn der 80er Jahre rückläufigen Verteilungsposition der abhängig Beschäftigten

¹⁵² Auch das DIW kommt in seiner Berechnung, die methodisch geringfügig von denen des BMWA abweicht, zu dem Ergebnis, dass weder die GKV-Quoten noch die allgemeine Gesundheitsquote (Anteil Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich BIP) merklich anstiegen. „Die Ausgaben für Gesundheit sind ... als Quote am BIP seit Mitte der 70er Jahre nur geringfügig gestiegen, dies gilt sowohl für die Ausgaben der GKV als auch für die Gesamtausgaben. So stieg die Quote für die Leistungsausgaben der GKV von 5,84 Prozent im Jahr 1975 auf 6,04 Prozent im Jahr 1998. Die Relation aller Gesundheitsausgaben zum BIP stieg von 13,08 Prozent im Jahr 1975 auf 13,46 Prozent im Jahr 1998.“ (DIW 2002: 81) Den gleichen Entwicklungstrend bestätigt Gerlinger (2002b: 30-31) anhand neuerer Zahlen für die folgenden Jahre.

¹⁵³ Zwischen Dezember 2001 und Juli 2002 verlor die GKV etwa 380.000 Mitglieder, was einem Nettoverlust von rund 1 Mrd. Euro bedeutete (SRW 2002: Ziffer 235).

¹⁵⁴ Unter „Verschiebebahnhof-Politik“ sind insbesondere Gesetzesänderungen zu verstehen, die im Interesse der Entlastung eines Zweiges der Sozialversicherung (zumeist der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung) oder des allgemeinen Staatshaushaltes Belastungen eines anderen Bereichs (hier der GKV) in Kauf nehmen.

bzw. der beitragspflichtigen Erwerbstätigen. Weist bereits die (bereinigte) Lohnquote seit Beginn der 1980er Jahre in der Tendenz eine sinkende Entwicklung auf (Kühn 2001), so ist darüber hinaus ein unterproportionales Wachstum der versicherungspflichtigen Einkommen zu verzeichnen. Von 1980 bis zum Jahr 2000 stieg das BIP je Erwerbstätigen um 115,2 Prozent, die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied jedoch lediglich um 84,3 Prozent. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Beitragsbemessungsgrenze (Westdeutschland) ebenfalls lediglich um 104,8 Prozent anstieg (Wille 2002: 8). Die aus dieser Kluft sich ergebende Größenordnung der Beitragsausfälle für die GKV wird an einer fiktiven Rechnung deutlich. Unterstellt wird, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im genannten Zeitraum mit der gleichen Wachstumsrate wie das BIP je Erwerbstätigem zugenommen hätten: „Danach wären die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Jahr 2000 um 16,7 Prozent höher gewesen, was in den alten Bundesländern bei gegebenem Beitragssatz fiktiven Mehreinnahmen von 35,6 Mark (18,2 Milliarden Euro) entspricht. Mit Hilfe dieser fiktiven Mehreinnahmen ließe sich das gegebene Ausgabenvolumen bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6 Prozent decken. Dieser Beitragssatz weicht unwesentlich von jenem der Jahre 1980 beziehungsweise 1984 ab. Hochgerechnet auf das gesamte Bundesgebiet belaufen sich die entsprechenden fiktiven Mehreinnahmen auf fast 43 Milliarden Mark (22 Milliarden Euro).“ (Wille 2002:8) In dieser Entwicklung spiegeln sich insbesondere die Folgen der strukturellen Massenarbeitslosigkeit, der Ausdehnung von Beschäftigungsformen jenseits des „Normalarbeitsverhältnisses“ sowie die verteilungspolitische Defensive der Gewerkschaften in Folge dieser Verwerfungen auf den Arbeitsmärkten. Hinzu kommt die Besonderheit des deutschen Beitragsrechts, die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGBV), die dazu beitrug, dass die GKV-Einnahmen noch einmal hinter der allgemeinen Entwicklung der Lohneinkommen zurückblieben.

Mit dieser etwas ausführlicheren Darlegung der Ursachen des mittlerweile chronischen Finanzdefizits soll nun keineswegs der Fokus gänzlich von ausgabeseitigen Problemen weggenommen und einseitig auf Einnahmeprobleme ausgerichtet werden. Die hier skizzierte Sicht der Dinge zwingt keineswegs dazu, Ineffizienzen und Ineffektivitäten bei der Produktion und Verteilung von Gesundheitsprodukten und -leistungen oder die Verschwendung im Sinne nicht sachdienlicher Ausgaben zu ignorieren, wie sie in den Unter-, Über- und Fehlversorgungslagen deutlich werden. Zugleich leugnet sie keineswegs „explodierende“ Ausgabenentwicklungen in einzelnen Versorgungssektoren (etwa im Arzneimittelbereich), denen Strukturdefizite zugrunde liegen, die im Rahmen einer nachhaltigen Reformpolitik zu beseitigen wären (dazu etwa SVRKAiG 2002). Doch sie verweist auf die Grenzen einer politischen Reformstrategie, die sich einseitig auf das Ziel der Kostendämpfung durch Ausgabenreduzierung oder -begrenzung konzentriert, und sie verweist auf die Notwendigkeit der Verbreiterung und Verstetigung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Doch auch Strategien solcher Art sollten sinnvolle ausgabensteuernde Regulierungen wie etwa zielorientierte, mittelfristige und flexible Globalbudgets (Kühn 2001: 17-23) sowie die Möglichkeiten preis- und mengenregulierender Interventionen in besonders kostentreibenden Versorgungsbereichen wie den Arzneimittelsektor (SRW 2002: Ziffer

289) nicht vernachlässigen. Gleiches gilt für Vorschläge zur Stabilisierung der Einnahmehasis etwa durch die Weiterentwicklung der GKV zu einer Erwerbstätigenversicherung, die An- oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Ergänzung der Beitragseinnahmen aus Steuermitteln oder schließlich die Verbeitragung weiterer Einkommensarten wie Einkommen aus Kapitalbesitz, Verpachtung, Vermögen oder weiteren Versorgungsbezügen (Klose/Schnellschmidt 2001 und Jacobs/Schnellschmidt 2002).¹⁵⁵ Doch bei der Profilierung dieser Reformoptionen und der Orientierung auf eine sozial verträgliche Konsolidierung der GKV könnte sich die Europäisierung der Gesundheitspolitik als eher hinderlich denn als förderlich erweisen. So wie die Nähe der Debatte zur Strategie der fiskalischen Austeritätspolitik auch in der Gesundheitspolitik Ausgabensenkung statt Einnahmestabilisierung nahe legt, so dürfte die allgemeine Ausrichtung der europäischen Debatte in Richtung Marktöffnung und Kartellverbote das Ansehen marktkorrigierender Budgetierungs- und Preisregulierungselemente oder einer Einbeziehung weiterer Personengruppen oder Einkommensarten in das Solidarsystem nicht gerade fördern. Auch in diesem Sinne droht die Europäisierung der Gesundheitspolitik, die ohnehin stabile Hegemonie anti-interventionistischer und marktorientierter Reformoptionen weiter zu verfestigen.

3.4. Vertiefung wettbewerbspolitischer Paradoxien

Auch für das Regulierungsmodell des deutschen Gesundheitswesens könnten die Einflüsse der Europäisierung der Gesundheitspolitik mit höchst problematischen Folgewirkungen verbunden sein. Sollten sich im deutschen Gesundheitssystem die Versuche verstetigen, der über die europäische Ebenen verstärkten Kostensenkungs- und Vermarktlichungsperspektive durch die Ausdehnung wettbewerblicher und risikoprivatisierender Regelungen zu genügen¹⁵⁶, so würde dies zwar einem „internationalen Megatrend“ in der Gesundheitspolitik (Buchner/Wasem 2000: 361) folgen. Doch zugleich wären, so die hier vertretene These, gravierende Folgeprobleme abzusehen. Der Grund: im medizinischen System eignen sich Markt und Wettbewerb weder als Instrumente zur Kostendämpfung noch zur Verbesserung der Versorgungsqualität; beide neigen vielmehr eher dazu, sich in klassischen Mittel-Ziel-Konflikten zu verfangen und zu paradoxen Politikergebnissen zu führen, die vielfach mit den anvisierten Politikergebnissen nicht mehr viel zu tun haben oder gar in ihr Gegenteil umschlagen. Diese These soll im folgenden illustriert und begründet werden:

Wettbewerb und Kostendämpfungspolitik

Kostendämpfungspolitiken und die Einführung bzw. der Ausbau „regulierter Wettbewerbsmodelle“ spielen bei den Versuchen, die Gesundheitssysteme in Europa zu

¹⁵⁵ Als Überblicksdarstellungen über die Optionen einer Finanzreform in der GKV siehe auch SVRKAiG 1997: Ziffern 422-598 sowie neuerdings SVRKAiG 2003: Ziffern 28-210; zu den Forderungen politischer Akteure vgl. Deppe/Burkhardt 2002.

¹⁵⁶ Zur aktuellen Debatte: Gerlinger/Lenhardt/Stegmüller 2002.

reformieren, eine wichtige Rolle (Moran 1999, Freemann 2000, Freemann/Moran 2000, Light 2001). In vielen Staaten starteten staatliche Gesundheitsreformen den Versuch – selbstredend mit unterschiedlicher Radikalität –, mittels Reduzierung von Gesundheitsleistungen und Kürzung von Gesundheitsausgaben zur finanziellen Konsolidierung der Gesundheitssysteme wie der öffentlichen Haushalte insgesamt beizutragen. Nicht selten wurde zur Realisierung der formulierten Konsolidierungsziele auf die Implementierung von Markt- und Wettbewerbselementen gesetzt, die freilich in der Regel in überschaubaren Dosen verabreicht wurden. Doch kein Zweifel, „the cluster of policies known as ‚managed competition‘ became the prevailing international model for health care policy in the 1980s and 1990s“ (Light 2001: 682). Hinter dieser Orientierung auf Modelle eines mehr oder weniger regulierten Wettbewerbs verbarg sich nicht selten die Hoffnung, die anonymen Mechanismen des Marktes könnten vorhandene Wirtschafts- und Effizienzpotenziale erschließen, von sich aus Konsolidierungserfolge erzielen oder zumindest Spielräume für staatliche Maßnahmen der Reduzierung von Budgets und Ausgaben schaffen, ohne dass sich die Regierungen in kräftezehrenden und legitimationsriskanten Konflikten mit Versicherten, Patienten und Interessengruppen verschleifen müssten. Doch die Resultate dieser Politik fielen nicht sehr überzeugend aus. Das gilt zum einen für den Versuch, mehr Kostendämpfung über mehr Wettbewerb zu realisieren. Die bisherigen Erfahrungen mit den Kosteneffekten wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitssektor haben Vermarktlichungs- und Privatisierungsstrategien nicht als taugliche Instrumente zur Kostensenkung profiliert.¹⁵⁷ Im Gegenteil: Mit Blick auf die gängigen Kostenindikatoren zeigt sich, dass in Staaten mit nationalen Gesundheitsdiensten der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP und die Pro-Kopf-Ausgaben tendenziell geringer ausfallen, als dies in Staaten mit Sozialversicherungssystemen der Fall ist (DIW 2002: 164-167). Hingegen sind diese Kostenindikatoren in dem wohl am stärksten wettbewerblich ausgerichteten US-amerikanischen System am höchsten (Schmidt 1999a: 290 und 293) und scheinen auch zukünftig diese Spitzenstellung nicht zu verlieren.¹⁵⁸ Auf der andern Seite existieren vielfältige Erfahrungen und Belege für kostendämpfende Effekte staatlicher Tätigkeit in der Gesundheitspolitik. So haben verschiedene Studien auf positive Kosteneffekte eines hohen „Zentralisierungsgrades der Steuerung und der Kontrolle der Leistungsanbieter und der Finanzierung“ sowie einer „Durchdringung der Gesundheitsfinanzierung durch den Staat“ aufmerksam gemacht (Alber 1989, OECD 1999 und 2002). Die (empirisch belegte) ausgabendämpfende Eigenschaft staatlich organisierter Gesundheitsdienste ist gar als „National Health Service“-Faktor (Schmidt 1999a: 314) in die empirische

¹⁵⁷ Light (2001) macht im Rahmen einer Auswertung nationalstaatlicher Fallanalysen bereits in einigen Staaten einen ordnungspolitischen „backdraft“ wettbewerbsorientierter Gesundheitsstrategien aus, da diese Strategien und die mit ihnen verbundene Wettbewerbsdynamik eher zu Kostenexpansionen als -reduzierungen geführt haben.

¹⁵⁸ So auch die neue Health-Data-Studie der OECD (2002), in der unter anderem die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in den OECD-Ländern für die Jahre 1990-2000 untersucht wurde. Am höchsten lag der Anteil der Kosten für das Gesundheitswesen nach wie vor in den USA. Dort stieg er zwischen 1990 und 2000 von 11,9 Prozent des BIP auf etwa 13 Prozent. In den USA wird auch weiterhin mehr Geld pro Kopf der Bevölkerung für Gesundheit ausgegeben als in andern OECD-Ländern. Im Jahre 2000 waren es 4.600 Dollar und damit mehr als doppelt so viel wie im OECD-Schnitt von knapp 2.000 Dollar.

Gesundheitsforschung eingegangen; und die ausgabenbegrenzende Wirkung staatlicher Interventionen in die Finanzierung nichtstaatlicher Gesundheitssysteme wurde in Form der These von den „ausgabensenkenden Wirkungen der zunehmenden Einschaltung des Staates in die Finanzierung des Gesundheitswesens“ (Schmidt 1999a: 303) verdichtet.

Staatliche Regulierungen und Interventionen durch wettbewerbliche Steuerungselemente zu ersetzen, ist also gerade mit Blick auf die Kostenseite eine höchst riskantes Unterfangen.¹⁵⁹ Die Mahnung, „dass bei der Einführung von Wettbewerbselementen im Gesundheitssystem mit großer Sorgfalt zu Werke gegangen werden muss, damit der Schuss nicht nach hinten losgeht und nicht ein kostentreibender Effekt erreicht wird“ (Buchner/Wasem 2000: 353), kann auf jeden Fall eine deutlich höhere empirische und theoretische Evidenz für sich in Anspruch nehmen als die üblichen wettbewerbsoptimistischen Reformvorschläge. Denn mit den Spielregeln des Marktes hält auch seine Expansionsdynamik Einzug. Die Fähigkeit, sich über vorhandene Barrieren hinwegzusetzen und Felder neuer Güterproduktion und Nachfrage zu generieren, die Wettbewerb und Markt als Allokationssysteme so produktiv und so expansiv machen (und die sie als historische Sieger aus der Konkurrenz mit staatlichen Planungssystemen haben hervorgehen lassen), gereichen ihnen mit Blick auf das Politikziel Kostendämpfung zum Nachteil. Es ist also kein Zufall, dass die Strukturreformen, die in den Gesundheitssystemen der westlichen Industrieländer als Antwort auf den „fiskalischen Imperativ“ immer wieder durchgeführt wurden und die sich weitgehend am Konzept eines mehr oder weniger „regulierten Wettbewerbs“ orientierten, in der Regel nicht sonderlich erfolgreich waren. Denn die in diesem Rahmen eingeführten Wettbewerbselemente vermochten, so Light in seiner vergleichenden Fallstudie (2001), allenfalls kurzfristig mehr Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu erzwingen. „But in the medium and long run, it rewards market expansion and economic growth through new products and generation of new ‚need‘.“ (Light 2002: 702). Diese Innovationskräfte des Wettbewerbs erforderten aber nicht kleinere, sondern größere Budgets, die dann doch wieder politisch begrenzt und zurückgeführt werden mussten. Und nicht selten zogen diese unverzichtbaren Sparmaßnahmen gerade jene Konflikte mit Versicherten und Lobbygruppen des Gesundheitssystems nach sich, die eigentlich hätten vermieden werden sollen und die den Regierungen erheblich zu schaffen machten.

Es spricht vieles dafür, dass die Implementierung weiterer wettbewerblicher Steuerungselemente auch im deutschen System und gerade mit Blick auf das Ziel der Dämpfung der Kostendynamik höchst wahrscheinlich mit schädlichen Nebenwirkungen verbunden wäre. Indem die Strategie des „weniger Kosten durch mehr Wettbewerb“ diese Erkenntnisse ignoriert, könnte sie schnell in die Falle eines sich selbst verstärkenden „negativen Konsolidierungszirkels“ geraten. Wenn mehr Wettbewerb das Ziel von Sparerfolgen konterkariert und stattdessen zu einer weiteren Kostenexpansion

¹⁵⁹ Mit den Verweisen auf die Kostendifferenzen der Gesundheitssystemtypen ist natürlich noch nichts über ihre Effizienz gesagt. Dazu müssten im Sinne einer Input-Outcome-Analyse Kosten und Nutzen in Relation zueinander gesetzt werden; natürlich ist nicht auszuschließen, dass staatliche Systeme ihre Kostengünstigkeit durch geringere Leistungsniveaus und -qualitäten erkaufen. Gleichwohl bieten die hier zitierten Studien keine Belege dafür.

führt, entstehen neue Konsolidierungszwänge, die dann noch weitreichendere Vermarktlichungs- und Privatisierungsschübe heraufbeschwören dürften. So entsteht die Gefahr eines „Hase und Igel“-Wettlaufs der für die Wettbewerbsprotagonisten nicht zu gewinnen ist, in dessen Folge sich aber Leistungseinschnitte mit Risikoprivatisierungen bzw. Wettbewerbselementen einen leistungs- und versorgungspolitischen Anpassungswettbewerb nach unten liefern könnten.

Wettbewerb und versorgungspolitische Ziele

Eine forcierte Vermarktlichungs- und Privatisierungspolitik wäre aber nicht nur wegen ihrer Kostenimplikationen, sondern auch aus einer qualitäts- und versorgungspolitischen Sicht mit erheblichen Risiken für den Fortbestand des sozialen Krankenversicherungssystems verbunden. Das gilt zum einen mit Blick auf die unverzichtbare sozialkompensatorische Ausrichtung sozialer und medizinischer Versorgung. So haben neuere sozialepidemiologische Studien erneut den positiven Zusammenhang zwischen einer, von individuellen Einkommen möglichst unabhängigen Gesundheitsversorgung und Erfolgen bei der Verminderung der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheitschancen belegt. Das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien sowie die deutsche soziale Krankenversicherung mit ihren (vergleichsweise) egalitären Leistungsprinzipien scheinen signifikant erfolgreicher bei dem Versuch, das erhöhte Mortalitätsrisiko in schwächeren Einkommensgruppe abzufedern.¹⁶⁰

Doch auch im Verhältnis zwischen den Trägern der Krankenversicherung ist nicht plausibel, warum mehr Wettbewerb zu mehr Versorgungsqualität führen sollte. Schon im theoretischen Modell sind die Anreizstrukturen mikro- und makroökonomischer Wettbewerbskonstellationen mit Blick auf den gesundheitspolitischen Reformbedarf höchst problematisch (Kühn 1998, Rosenbrock 2002b). Und die Praxiserfahrungen bestätigen: Entgegen den Vermutungen des gesundheitsökonomischen und – politischen Mainstreams bringt ein unregulierter Wettbewerb zwischen den Trägern der sozialen Krankenversicherung eine Anreizstruktur hervor, die nicht Patientenorientierung, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit, sondern volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch kontraproduktive Handlungsorientierungen einfordern. In einer Wettbewerbskonstellation, in der der Preis (also: der Kassenbeitragsatz) zum entscheidenden Parameter avanciert, sind die Kassen faktisch dazu gezwungen, ihren Beitragssatz über Strategien der positiven oder negativen Risikoselektion¹⁶¹ niedrig und

¹⁶⁰ Klein und Unger (2001: 108) kommen in ihrer Untersuchung, in der sie unter anderem die Einkommensabhängigkeit des Sterblichkeitsrisikos von den institutionellen Merkmalen des Gesundheitssystems in den USA, Großbritannien und Deutschland untersuchen, zu folgendem Ergebnis: „ (...) am stärksten fällt die Reduzierung des Einkommenseffektes aus bei einer umfassenden Einbeziehung der Bevölkerung in ein staatlich-öffentlich organisiertes Krankenversicherungs- bzw. Versorgungssystem und einer für den Einzelnen unentgeltlichen Inanspruchnahme der Leistungen (Großbritannien, Deutschland). Die Reduzierung des Einkommenseffektes bleibt jedoch gering, wenn die medizinische Versorgung stark von privaten Ausgaben abhängt (USA).“; vgl auch Mielck 2000: 76ff.

¹⁶¹ Als positive Risikoselektion wird eine Mitgliederrekrutierungsstrategie bezeichnet, die auf die gezielte Anwerbung relativ gesunder Mitglieder mit höheren Einkommen, niedrigen Morbiditätsrisiken und möglichst wenigen beitragsfreien Familienangehörigen zielt; als negative Risikoselektion eine Strategie,

damit wettbewerbsfähig zu halten. Doch ohne massive Gegenmaßnahmen ist dies mit erheblichen Folgeproblemen verbunden. „Zusammenfassend muss deshalb vor einem unflankierten Kassenwettbewerb gewarnt werden, weil er

- eine dysfunktionale und ressourcenverzehrende Verlagerung der Kassenaktivitäten auf die Risikoselektion erzwingt;
- eine gesamtwirtschaftlich sinnlose und solidaritätsgefährdende Mitgliederwanderung auslöst, bei der die Kassenwechsler nur risikostruktur-, aber keine effizienzbedingten Beitragssatzvorteile realisieren; sowie
- ein durch Risikoselektion und nicht durch Unwirtschaftlichkeit bedingtes ‚Kassensterben‘ auslöst, das die Gefahr einer Monopolisierung und – auf dem Weg dahin – einer anhaltenden Instabilität der Marktstrukturen bzw. Kassenlandschaft in der GKV mit sich bringt.“ (Cassel u.a. 2001: 23)

Aber selbst wo der politische Wille vorhanden ist, diesen Defiziten entgegen zu wirken, stellen sich erhebliche Probleme, wie gerade der Dauerkonflikt um die Ausgestaltung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA) (§§ 266-268 SGBV) deutlich werden lässt. Bisher haben die getroffenen Regulierungen die Dynamik des Wettbewerbs und die strategischen Ausweichreaktionen der Krankenkassen weitgehend unterschätzt und sahen sich zu permanenten Nachregulierungen veranlasst. Die politisch apostrophierte Kanalisierung in Richtung eines Qualitäts- und Effizienzwettbewerbs in der Gesundheitsversorgung ist gleichwohl bisher nicht gelungen. Als vorläufig letzte Maßnahme in dieser Absicht kann wohl die politisch eingeleitete morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Finanzausgleichssystems und seine Ergänzung durch „Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen“ (DMP – Disease-Management-Programme) (§§ 137f und 137g SGB V) im Rahmen des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs gelten.¹⁶²

Dieser RSA verfügt über eine kleine Geschichte, die zugleich als Geschichte der Dilemmata des Wettbewerbs im Gesundheitssystem gelesen werden kann. Es begann mit der Eröffnung von Wettbewerbsspielräumen unter den Krankenkassen¹⁶³ durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992, durch die Krankenkassen zu Konkurrenten auf dem Markt der sozialen Krankenversicherung wurden und ihre Bestandsgarantie verloren. Seither avancierte der Beitragssatz zum entscheidenden Wettbewerbsparameter, der in hohem Maße über Mitgliedergewinne und -verluste und damit über die wirtschaftliche Zukunft der Kasse entscheidet. Damit wurde eine ökonomische Anreizstruktur gesetzt, die das Kassenhandeln nach betriebswirtschaftlichen und nicht nach versorgungspolitischen Kriterien ausrichtet, indem sie bestimmte Strategieoptionen ökonomisch belohnt und andere bestraft.

die auf die Fernhaltung morbider, geringverdienender und kinderreicher Mitglieder zielt oder diese indirekt oder direkt zum Kassenwechsel zu veranlassen sucht.

¹⁶² „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (BGBl. I S. 3465) zum Konzept der Disease-Management-Programme vgl. SVRKAiG 2001b.

¹⁶³ Dies geschah insbesondere durch die Einführung des allgemeinen Wahlrechtes für alle Versicherte und die Ausdehnung des Kontrahierungszwangs auf alle Kassen (mit Sonderregelungen für Innungs- und Betriebskrankenkassen) im Rahmen des „Gesundheitsstrukturgesetzes“ (GSG) von 1992 (BGBl. I S. 2266); dazu Stegmüller 1996 und Gerlinger 2002a.

Belohnt wird das Einwerben „guter“, bestraft wird Halten „schlechter“ Risiken. Doch von Beginn an war offensichtlich, dass den Krankenkassen innerhalb dieser Anreizstruktur verbindliche Spielregeln vorgegeben und enge Grenzen für ihr Wettbewerbsverhalten gesetzt werden mussten, um gesundheitspolitisch höchst schädliche Strategien der positiven oder negativen Risikoselektion zu verhindern. Mit diesem Ziel wurden ein hochkomplexes Finanz- und Risikostrukturausgleichsverfahren (§§ 265-267 SGB V) mit hohem Verwaltungsaufwand eingeführt, das infolge immer wieder neuer Ausweichreaktionen der Kassen mehrfach nachjustiert werden musste. Schließlich endete der Kampf um die Regulierung des Kassenwettbewerbs zur Vermeidung ungewollter Wettbewerbsfolgen in einer „Weiterentwicklung“ des Risikostrukturausgleichs (§ 268 SGB V) und der Einführung eines ergänzenden Ausgleichsverfahrens für aufwändige Leistungsfälle („Risikopool“ nach § 269 SGB V)¹⁶⁴, die faktisch etwaige wettbewerbspolitische Vorsprungsgewinne einzelner Kassen verhindern oder im GKV-System umverteilen sollen. Die nun bis zum Jahre 2007 angestrebte Weiterentwicklung des RSA zum „Morbi-RSA“ trägt der Erkenntnis Rechnung, dass der Finanzausgleich in seiner bisherigen Form nicht in der Lage war, schädliches Wettbewerbsverhalten der Kassen in Form aktiver Risikoselektion und Konzentration der Werbe- und Versorgungsaktivitäten auf die „guten Risiken“¹⁶⁵ zu unterbinden. Offensichtlich erwies sich der wettbewerbsgetriebene Anreiz zur Risikoselektion gegenüber dem gesetzlichen Auftrag einer sozialkompensatorischen Versorgungspolitik als stärker. Durch die „vollständige und definitive Einführung“ des „Morbi-RSA“ soll nun ein Beitrag dazu geleistet werden, „die mit dem Risikostrukturausgleich in seiner bisherigen Ausgestaltung noch verbundenen Anreize zur Risikoselektion weiter einzuengen“, indem die bisher nur unzureichende Morbiditätsbelastung der Krankenkassen durch eine direkte Erfassung der Morbidität der Versicherten und einen entsprechenden Ausgleich ersetzt wird.¹⁶⁶ Hinzu kommen mit den DMPs Programme zur Behandlung chronischer Erkrankungen, die verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse beinhalten, die über Krankheitsverläufe und institutionelle Versorgungssektoren hinausreichen und auf der Grundlage medizinischer Evidenz festgelegt werden. Für die Versicherten ist die Einschreibung in die entsprechenden Programme freiwillig. Die DMPs sollen umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und einer Evaluation unterworfen und bundeseinheitlich durch das Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen werden. Gedacht sind sie als qualitätssichernde und effizienzsteigernde Innovationen im Versorgungsgeschehen, die einerseits „den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern“ (§ 137f SGB V) sollen; zugleich, so die (erneute) Hoffnung des Gesetzgebers, wird durch sie „der Orientierung des Wettbewerbs auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität ein entscheidender

¹⁶⁴ Siehe dazu das „Gesetz zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (BGBl. I S. 3465).

¹⁶⁵ Unter dem Begriff „gute Risiken“ sind Versicherte zu verstehen, die in der Regel über ihre Beitragszahlungen den Kassen mehr Einnahmen zur Verfügung stellen als sie an Ausgaben für in Anspruch genommene Leistungen abfragen.

¹⁶⁶ Wo nicht anders ausgewiesen entstammen die in diesem Absatz zitierten Stellen der Begründung des Gesetzentwurfs zur Reform des RSA (Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in den gesetzlichen Krankenversicherung. Bundestags-Drucksache 14/7123, vom 12.10. 2001).

Anschub gegeben.“ Um die betriebswirtschaftliche Attraktivität der DMPs für die Krankenkassen zu erhöhen, finden die eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten als eigenständige Versichertengruppe im RSA Berücksichtigung. Dort können die höheren standardisierten Leistungsausgaben für diese Gruppe im Finanzausgleichsverfahren geltend gemacht werden.

Durch den weiterentwickelten Morbi-RSA und die mit finanziellen Anreizen versehenen DMPs soll den Krankenkassen durch eine Mischung aus gesetzgeberischem Druck und finanziellen Anreizen gerade jene Qualitätsorientierung abgerungen werden, die im bisherigen Kassenwettbewerbs systematisch auf der Strecke bleibt und nur noch in der Rhetorik von Kassen- und Verbandsvertretern lebt (Lauterbach/Wille 2001, Cassel u.a. 2001). Der Aufwand an gesetzlichen Maßnahmen und finanzwirtschaftlichen Verfahren, der zur Bändigung der kontraproduktiven Wettbewerbsverhaltensstile als notwendig erachtet wird, ist durchaus umfangreich. Dabei ist es keineswegs gesichert, dass sich dieses mal der Wille des Gesetzgebers gegen die Dynamik des Wettbewerbs durchsetzen können. Bereits im Prozess der Implementierung der DMPs zeichnet sich ab, dass sich vorhandene Ressourcen und Phantasie der beteiligten Akteure, vor allem der Kassen- und Ärzteverbände, weniger auf die Entwicklung möglichst hochwertiger, evidenzgestützter Programme, sondern vor allem auf eine möglichst hohe Zahl eingeschriebener Versicherter konzentriert. Eine nicht gewollte Verhaltensweise, die sich wettbewerbspolitisch gleichwohl begründen lässt. Denn die Zahl der eingeschriebenen Patienten entscheidet zwar nicht über die realisierte Verbesserungen in der Qualität der Versorgung, wohl aber über das Volumen, das die einzelne Kasse im Rahmen des Finanzausgleichsverfahrens entlastend (als geringere Abführung in oder höhere Leistung aus dem RSA) geltend machen kann. Damit wird zugleich über die Spielräume für eine eventuell günstigere Gestaltung des kassenspezifischen Beitragssatzes entschieden und damit gegebenenfalls über die Chance, mit einem „unterdurchschnittlichen Preis“ am Markt erfolgreich um attraktive Kunden („gute Risiken“) zu werben. In den Mühlen dieses Wettbewerbs um günstige Marktpositionen droht erneut der Wettbewerb um hohe Versorgungsqualitäten zermahlen zu werden.

Erneut wird deutlich: Einmal den Weg des Wettbewerbs und der Vermarktlichung eingeschlagen, scheint die Politik schnell vor zwei nicht sonderlich attraktiven Alternativen zu stehen: Entweder sie lässt Risikoselektion und soziale Diskriminierung als strategisches Wettbewerbsverhalten zu und gefährdet damit in mittlerer Perspektive den Solidarcharakter des Systems; oder sie begibt sich auf einen Strategiepfad, auf dem sie mit immer weitgehenderen und differenzierteren Regulierungsvorschriften zur Begrenzung der ungewollten Folgeprobleme des Kassenwettbewerbs reagiert und sich damit wachsende Steuerungs- und Komplexitätsprobleme einhandelt, die dann wieder zu Ansatzpunkten für weitere Deregulierungs- und Entbürokratisierungsforderungen in den gesundheitspolitischen Arenen und Diskursen dienen.

Das Steuerungsparadox wettbewerblicher Strategien

Der hier zum Ausdruck kommende Zusammenhang zwischen forciertem Wettbewerb und komplementären Steuerungsproblemen verweist auf eine Problemkonstellation im Gesundheitswesen, die in der einschlägigen Debatte um die Reform des Gesundheitssystems systematisch unterbelichtet bleibt. Sowohl mit Blick auf das Ziel der Kostendämpfung, als auch mit Blick auf das versorgungspolitische Ziel der Qualitätsverbesserung scheint sich eine auf Wettbewerb und Markt setzende Politik einen Konflikt einzuhandeln, der die zu bewältigenden Probleme eher ver- als entschärft. Doch nicht nur das. Entgegen der staatsabweisenden Rhetorik brachten die bisher praktizierten Wettbewerbsstrategien den Staat in dem Maße wieder ins Spiel, indem seine Folgeprobleme kosten- und versorgungspolitisch relevant und damit legitimationspolitisch prekär wurden. Was hier deutlich wird, ließe sich als das Steuerungsparadox marktlicher und wettbewerblicher Reformstrategien im Gesundheitswesen bezeichnen.¹⁶⁷ Es entfaltet sich in dem Maße, wie gesundheitspolitische Reformen in staatskritischer Absicht durch Vermarktlichungs- und Wettbewerbsstrategien auf Kostendämpfung sowie mehr Effizienz bzw. Effektivität und weniger Staat zielen, sich dabei aber neue Kosten- und Versorgungsprobleme einhandeln und bei dem Versuch, diesen Problemen Herr zu werden, letztlich bei mehr und nicht weniger staatlichen Interventionen und Regulierungen enden.

Hier handelt es sich um ein Phänomen, so die These, das sich mittels der Denkfigur nicht-intendierter Politikfolgen bzw. nicht beabsichtigter Nebenfolgen sozialen oder politischen Handelns analysieren lassen sollte; einer Figur, die in der neueren sozialwissenschaftlichen Debatte gerade eine Renaissance erlebt (Beck/Holzer/Kieserling 2001). Dies gilt insbesondere für zwei Theoriestränge, die sich weitgehend abseits der beiden dominierenden Theorieansätze, dem handlungs- und institutionenorientierten sowie dem systemtheoretischen Ansatz, entwickeln:

Zu nennen ist hier zum einen die „Theorie reflexiver Modernisierung“, als deren führender Repräsentant fraglos der Münchner Soziologie Ulrich Beck gelten kann (siehe etwa: Beck/Giddens/Lash 1996 und Beck/Bonß 2001). Die Theorie der reflexiven Modernisierung versteht sich insbesondere als Theorie der Analyse eines tiefgreifenden „Epochenbruchs“, der etwa seit Mitte der 1970er Jahren in den reifen industriekapitalistischen Staaten des Nordens einen Prozess des Übergangs von der einfachen Ersten Moderne zu einer „reflexiven“ „Zweiten Moderne“ in Gang gesetzt habe. Im Gegensatz zu den Theorien der Postmoderne wird diese zweite „Great Transformation“ (Karl Polany) jedoch nicht als Abschied von der Moderne, sondern als moderneinterner Prozeß, als „Meta-Wandel *innerhalb* der Moderne“ (Beck/Bonß/Lau 2001: 25)¹⁶⁸ interpretiert; d. h. als ein Prozess, „der nur begrenzt intendierten Veränderungen folgt und der somit in der *Kontinuität* ‚kapitalistischer‘ Modernisierung

¹⁶⁷ Bereits Freeman/Moran (2000: 55) weisen in der Auswertung ihrer vergleichenden Fallstudien auf eine pradoxe Konstellation hin: „This assertion of government authority reveals the paradox of reform in health care: an era when reform was pictured in the imagery of liberal economics was in truth one where state control was actualley strengthened.“

¹⁶⁸ Die Hervorhebungen in diesem und den folgenden Zitaten aus den Schriften von Beck u.a. befinden sich im Original.

verbleibt, die gemäß ihrer eigenen Logik die national- und sozialstaatlichen Fesseln abstreift – in unserer Sprache: *Basisprämissen* aufhebt.“ (Beck/Bonß/Lau 2001: 19). Zu diesen Basisprämissen und den auf ihnen basierenden Basisinstitutionen der ersten Moderne zählen unter anderem die nationalstaatliche Verfasstheit der Gesellschaften, ihr Charakter als kapitalistisch geprägte Erwerbsgesellschaften, die Dominanz ständisch eingefärbter kollektiver Lebensmuster, ein auf Ausblendung und Ausbeutung der Natur beruhendes Naturkonzept, ein wissenschaftlich definiertes Rationalitätskonzept und ein, nach dem Prinzip der funktionalen Differenzierung betriebenes gesellschaftliches Entwicklungsmodell (Beck/Bonß/Lau 2001: 20-22). In dem Maße, in dem diese Basisinstitutionen vor allem durch ökonomische, politische und kulturelle Globalisierungsprozesse, soziale Individualisierungsschübe, die Revolutionierung der Geschlechterbeziehungen, die Ausbreitung von Formen flexibler Unterbeschäftigung und nicht zuletzt die politische Dynamik global wahrgenommener Modernisierungskrisen (wie etwa der ökologischen Krise) infrage gestellt werden, verlieren die nationalstaatlich verfassten Wohlfahrtsstaatsgesellschaften mit ihren Spielregeln an Funktions- und damit letztlich auch an Existenzfähigkeit. Damit steht allerdings nicht nur ein Gesellschafts- und Entwicklungsmodell zur Disposition. Der Einschnitt geht weit tiefer. „Es zerbricht der Monopolanspruch des westlichen Modernitätsentwurfs auf Modernität“ (Beck/Bonß/Lau 2001: 25) insgesamt. Was folgen wird, ist noch nicht ausgemacht. Über die Gestalt der (auf jeden Fall jedoch nicht mehr nationalstaatlich verfassten) Gesellschaften der Zweiten Moderne entscheiden Verlauf und Ausgang des „Metaspiels der Weltpolitik“, indem die strategisch relevanten Akteure der Zweiten Moderne: die Staaten, die weltwirtschaftlichen Akteure sowie die Akteure der globalen Zivilgesellschaft entsprechend ihrer Ausstattung mit Interessen und Macht bzw. Gegenmacht die Institutionen, Spielregeln und Entwicklungsmodelle auf globaler Ebene neu aushandeln und auskämpfen (Beck 2002).

Im hier diskutierten Kontext ist entscheidend, dass der Meta-Wandel der Ersten Moderne nicht auf erfolgreichen Strategien zielsicher agierender Akteure beruht, sondern sich gleichsam hinter dem Rücken der Handelnden aus der Kumulation nicht-intendierten Nebenfolgen einfacher Modernisierungsstrategien zusammenfügt. Er entsteht „infolge der Dominanz von nicht-intendierten *Nebenfolgen* technisch-ökonomischer und kulturell-politischer Neuerungen im globalen Kapitalismus, der auf diese Weise seine eigenen Grundlagen revolutioniert“ (Beck/Bonß/Lau 2001: 19). Doch dieser „Revolution der Nebenfolgen“ folgen nicht Eindeutigkeiten, sondern höchst widersprüchliche und inkonsistente Konstellationen, in der sich Handlungsintentionen mitunter in ihr Gegenteil verkehren. Paradoxe Resultate in Gang gesetzter Modernisierungsstrategien gehören zur Normalität und dies in nahezu allen Sphären von Ökonomie, Gesellschaft, Politik und Kultur.

Doch nicht nur in dieser „Neuen Kritischen Theorie in kosmopolitischer Absicht“ (Beck 2002), auch im Kontext neuerer Entwicklungen der klassischen Kritischen Theorie der Frankfurter Schule stehen Aspekte des Problems paradoxer Resultate sozialen oder politischen Handelns an prominenter Stelle. Sie bilden geradezu das Zentrum einer theoretischen Neuorientierung, die seit geraumer Zeit im Frankfurter Institut für

Sozialforschung im Gange ist. Sahen sich im institutsoffiziellen Selbstverständnis die Basisannahmen und -kategorien der bisherigen Analysen offensichtlich bis in die Gegenwart hinein der Marx'schen bzw. marxistischen Kapitalismusanalyse und -kritik verbunden, so zeichnet sich ein Paradigmenwechsel in Form des Übergangs zu einer neuen theoretischen und programmatischen Grundlage ab, die als „Theorie der Paradoxien kapitalistischer Modernisierung“ bezeichnet wird (Hartmann 2002, Honneth 2002b). Dieser neue programmatische Ansatz stellt den Versuch dar, sich von als veraltet angesehenen Theoriebeständen der Kritischen Theorie loszusagen, ohne diesen paradigmatischen Wechsel „bis zum Punkt der Preisgabe ihres emanzipatorischen Anspruchs“ (Honneth 2002a: 10) vorantreiben zu wollen. Im Zentrum dieses Prozesses steht die Ersetzung der der Marx'schen Gesellschaftsanalyse entlehnten Begriffe des „Widerspruchs“ und der „Krise“ durch die Kategorie der „Paradoxie“, die zukünftig für die gemeinsame Forschungsarbeit des Instituts als forschungsprogrammatische Klammer fungieren soll. „Es soll untersucht werden, wie heute in kapitalistischen Gesellschaften dieselben Strukturwandlungen, die einerseits normative Fortschritte bedingen, diese gleichzeitig auch wieder infrage stellen, indem sie zu deren Aushöhlung, Vereinseitigung oder sozialen Monopolisierung beitragen. (...) Theoriegeschichtlich lässt sich dieser Perspektivenwechsel sicherlich als eine Rückkehr von Marx zu Max Weber und Simmel erklären, während kulturell darin ein resignatives oder realistisches Eingeständnis der Langlebigkeit des Kapitalismus zum Ausdruck kommen mag“. (Honneth 2002a: 9)

Auch diese Neuausrichtung der Kritischen Theorie unterbreitet mit dem Theorem der Paradoxien kapitalistischer Modernisierung das Angebot einer Denkfigur, mit der sich das Phänomen nichtintendierter Folgen politischen Handelns in einen gesellschafts- und handlungstheoretischen Kontext stellen und analysieren lässt. In diesem Kontext hat die Analyse paradoxer sozialer Entwicklungen einen ihrer zentralen Ausgangspunkte „in menschlichen Absichten, die in institutionell verwirklichter Form oder als Bewusstsein prägendes Ideenraster zu Ergebnissen führen, die diesen Absichten widersprechen, sie verkehren oder ihr Gegenteil bewirken. Paradox wird dieser Prozess durch die Tatsache, dass es ein und dieselben absichtsvollen Wandlungsverläufe sind, die zu diesen gegenläufigen Entwicklungen führen.“ Paradoxe Entwicklungen dieser Art, so eine zentrale These dieses theoretischen Ansatzes¹⁶⁹, lassen keine „ökonomistische Engführung“ zu und werden sich „in allen gesellschaftlich relevanten Handlungssphären ausfindig machen lassen“. Doch zugleich, und dies wird trotz der präsenten Angst vor ökonomistischen Verkürzungen konstatiert, „lässt sich nicht bestreiten, dass einige der derzeit beobachtbaren Paradoxien ihre Quelle in

¹⁶⁹ Wenn hier an die auf die Forschungsagenda des ISF gesetzte Phänomenologie sozialer Paradoxien angeknüpft wird, beruht dies auf der Einschätzung, dass die dahinter stehende Denkfigur mit Erkenntnisgewinn auf einzelne Politikfelder, etwa das deutsche Gesundheitssystem mit seinen Spezifika anwendbar ist. Dass sie darüber hinaus die gesellschaftstheoretische Produktivität besitzt, als gesellschaftstheoretisches Funktionsäquivalent der preisgegebenen Marx'schen Kategorien zu wirken, dass der institutseinheitliche Rückweg von Marx zu Weber und Simmel ohne Schaden für den „emanzipatorischen Anspruch“ der Institutsforschung ablaufen wird und dass er schließlich dem Institut ein identitätsstiftendes Profil in der sozialwissenschaftlichen Forschungslandschaft zu sichern vermag, soll damit nicht nahegelegt, geschweige denn behauptet werden.

marktförmigen Vereinseitigungen ursprünglich pluraler oder an anderen Werten ausgerichteter Handlungssphären haben.“ (Hartmann 2002: 241, 243, 244). Dass die hier zur Diskussion gestellte Variante paradoxer Entwicklung in der Gesundheitspolitik dazu gehört und warum marktförmige Vereinseitigungen und die Ausrichtung der gesundheitspolitischen Handlungssphäre an privatwirtschaftlichen Werten die benannten Paradoxien hervorrufen, soll im folgenden kurz skizziert werden.

Die theoretische Profilierung, aber auch die praktische Implementierung von wettbewerblichen Steuerungsmechanismen existierten im deutschen Gesundheitswesen bereits vor und unabhängig von den jüngeren Tendenzen einer Europäisierung der Gesundheitspolitik. Jedoch halten sich bisher die Wettbewerbsspielräume in relativ engen Grenzen. Vom dominierenden Interaktionsmodus her gesehen ließe sich das deutsche Gesundheitssystem in Anlehnung an Fritz W. Scharpf eher als ein „Modell sozialer Selbstorganisation im Schatten staatlicher Hierarchie“ (2000: 323ff.), denn als Wettbewerbs- oder Marktmodell charakterisieren. Den Kern des Regulierungsmodells bildet das Zusammenwirken von korporatistischer Selbstverwaltung und staatlicher Letztverantwortung. Wettbewerbselementen wird ein klar eingegrenztes Terrain zugewiesen. Wo sie existieren, werden sie reguliert und in ihren Auswirkungen korrigiert (Gerlinger 2002a). Das gilt für die Vertragsbeziehungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und Leistungsanbietern, die auf einen einheitlichen, für alle verbindlichen Leistungskatalog verpflichtet sind; und es gilt für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der durch den Risikostrukturausgleich und vielfältige Vorgaben zu einem „einheitlichen und gemeinsamen“ Vorgehen im Vertragsgeschäft in Grenzen gehalten wird. Doch diese Koexistenz zwischen wettbewerblichen (bzw. korporatistischen) Steuerungselementen und staatlichen, regulativen Interventionen war bzw. ist keineswegs immer eine friedliche.¹⁷⁰ Vielmehr stehen beide in einem komplizierten Verhältnis wechselseitiger Beeinflussung, das sich mitunter als eines der wechselseitigen Verstärkung entfaltet. Dass die Rücknahme staatlicher Vorschriften und Eingriffe den individuellen und/oder kollektiven Akteuren zusätzliche Freiräume für Wettbewerbsverhalten eröffnet, ist allgemein anerkannt und oftmals Grundlage für Forderungen nach dem Rückzug des Staates aus der Gesundheitspolitik oder mehr Wettbewerb im Vertragssystem.¹⁷¹ Weniger Beachtung findet hingegen, dass die Ausdehnung von Markt- und Konkurrenzbeziehungen keineswegs zwangsläufig zum Rückzug des Staates oder zum Abbau regulierender Staatsinterventionen führt. Wettbewerb und staatliche Regulierung stehen keineswegs immer in einer substitutiven Entweder-oder-Beziehung. Gerade im Politikfeld Gesundheit mit seine ökonomischen

¹⁷⁰ An anderer Stelle habe ich argumentiert, dass die Bewegungsenergie, die aus dem Konflikt zwischen globalisierungsbedingtem Veränderungsdruck und staatlich-korporatistischer Beharrungskraft entsteht, zumindest partiell in Richtung eines wettbewerbskorporatistischen Umbaus der institutionellen Arrangements im Gesundheitssystem drängt (Urban 2001).

¹⁷¹ Als ein jüngstes, radikales Beispiel zur ersten Forderung siehe SRW 2002, auch Buchholz 2001; als ein moderateres Beispiel zur zweiten Forderung siehe Glaeske u. a. 2001 und 2002 sowie die Kritik von Rosenbrock 2002a.

und politischen Besonderheiten verbindet sie oftmals ein Mechanismus wechselseitiger Verstärkung, die auf eine Sowohl-als-auch-Beziehung hinausläuft.¹⁷²

Die Ursache dafür besteht, kurz gesagt, in folgendem Zusammenhang. Indem Markt und Wettbewerb Kosten treiben und nicht dämpfen und die Versorgung eher ökonomisieren statt effektivieren, erzwingen sie staatliche Gegenreaktionen, die die Politik schnell in eine Zwangssituation hineinführen können, in der sie den gerade promovierten Wettbewerb durch umfassende politische Interventionen regulieren, zivilisieren und relativieren muss, um die anvisierten Politikziele zu retten. Im Kern stellen diese Gegenreaktionen den Versuch einer Vermeidung (ex-ante-Regulierung) oder Kompensation (ex-post-Regulierung) unerwünschter Folgewirkungen durch die Rückführung zuvor implementierter wettbewerblicher Anreize dar – allerdings um den Preis der Etablierung weitreichender Regulierungen und Interventionen. Die erläuterte „kleine Geschichte“ des Risikostrukturausgleichs legt am realen Beispiel dar, was gemeint ist. An dieser Entwicklung wird deutlich, dass Einführungen von Markt- und Wettbewerbselementen in die gesundheitspolitische Versorgung „Gegenbewegungen in die andere Richtung hervorrufen“, wenn sie nicht „zu massiven Verwerfungen in der medizinischen Versorgung führen sollen“ (Gerlinger 2002a: 35). Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass wettbewerbliche Reformstrategien die anvisierten Effizienzpotenziale durch eine Veränderung der Anreizstrukturen auf der Mikroebene zu erschließen suchen, in die die am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure eingebunden werden. Diese neuen, wettbewerblichen Anreizstrukturen richten das Akteurshandeln (hier: der Krankenkassen) jedoch nach den Kriterien betriebswirtschaftlicher Ertragsmaximierung aus und nicht nach denen einer möglichst effektiven, qualitätsgesicherten Versorgung. Dies mag kurzfristig zu Effizienzgewinnen führen, mittel- und langfristig ruft es aber in der Regel die benannten versorgungspolitischen Verwerfungen hervor. Um diese zu vermeiden und der versorgungspolitischen Handlungslogik gegenüber der wettbewerblichen Geltung zu verschaffen, bedarf es einer erneuten Veränderung der Anreizstrukturen in die Gegenrichtung. Denn die versorgungspolitischen Defizite würden schnell mit den hohen Erwartungen der Bevölkerung an eine hochwertige Versorgung kollidieren (Wasem 2000, Zok 2002) und wären für demokratische Regierungen schnell mit entsprechenden Legitimationsproblemen verbunden. Bereits die Artikulation anderweitiger Bevölkerungserwartungen (etwa bei Wahlen oder in demoskopischen Umfragen) sowie ihre Bündelung und Verstärkung über entsprechende Medienkampagnen dürfte der Opposition Anknüpfungspunkte für Profilierungsaktivitäten bieten und auf die Regierung einen entsprechenden Handlungsdruck ausüben.¹⁷³ Da diese sich ein

¹⁷² Zu den ökonomischen Spezifika gehören vor allem die Eigenarten des „Wirtschaftsgutes Gesundheit“, die Asymmetrien in der „Produzenten-Konsumenten-Beziehung“ (also der Arzt-Patienten-Beziehung), sowie die Mechanismen der „angebotsinduzierten Nachfrage“; zu den politischen Besonderheiten gehören die ausgeprägte „Vermachtung“ des Politikfeldes durch Verbände, die hohe Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung sowie der daraus entstehende Legitimationsdruck der Regierungen. Diese und weitere Besonderheiten konstituieren im gesundheitspolitischen Feld einen Regulierungsmodus, der unter anderem den Mechanismus der wechselseitigen Verstärkung hervorbringt (siehe dazu: Bäcker u. a. 2000: 21-150, Graf von der Schulenburg/Greiner 2000 und Sauerland 2002).

¹⁷³ Zur Funktion der Massenmedien im Prozess der Abgleichung der Bevölkerungserwartungen mit Reformoptionen der politischen Akteure siehe Rieger 2002 und FN 76.

hinreichendes Mindestmaß an Zustimmung von Wahlbevölkerung und Massenmedien sichern müssen und der Mechanismus der legitimatorischen Entlastung durch Verweis auf den „Sachzwang Globalisierung“ aufgrund des geringen Transnationalisierungsgrades im Politikfeld Gesundheit nur eingeschränkt zur Verfügung steht¹⁷⁴, können sie Risiken dieser Art nicht ignorieren. Daher ist das wettbewerbsregulierende Gegensteuern des Staates, auch bei Regierungskonstellation mit ansonsten eher wettbewerbsorientierten Grundauffassungen, eine theoretisch wahrscheinliche und empirisch auch zu konstatierende Antwort auf die Wettbewerbsprobleme (Light 2001). Da dem Staat neben der Gewährung monetärer Vor- und Nachteile aber nur das Recht als Interventionsmedium zur Verfügung steht¹⁷⁵, und entsprechende rechtliche Vorgaben, wollen sie der Wucht der ökonomischen Anreize Paroli bieten können, ein Mindestmaß an Regelungsdichte und Verbindlichkeit aufweisen müssen, enden Interventionen dieser Art nicht selten in dem, was gemeinhin als Bürokratie oder staatliche Gängelung geißelt wird. Somit steht eine solche Politik schnell vor dem was als Paradox wettbewerbs- und marktorientierter Reformen im öffentlichen Gesundheitssektor bezeichnet wurde: Sie startet mit dem Ziel der Forcierung der Marktkräfte und endet bei der Stärkung staatlicher Kontrollen. Sollten sich dann im politischen Prozess, etwa über die so beliebten Anti-Bürokratie-Kampagnen, der Abbau staatlicher Regulierungen und die Einführung von mehr Wettbewerb erneut als Gegentherapie durchsetzen, so würde der *Circulus vitiosus* eine neue Runde drehen.

Die Übersetzung des aus der Europäisierung resultierenden Drucks auf das deutsche Gesundheitssystem in eine Implementierung zusätzlicher Wettbewerbs- und Marktelemente lassen mit Blick auf die Ziele weniger Kosten, bessere Versorgungsqualität und effektivere Steuerung, so ließe sich schlussfolgern, wenig Nutzen, aber hohe Risiken (und einige gewisse Schäden) erwarten. Absehbar sind politische Folgeprobleme, die Strategien des wettbewerbsorientierten Umbaus zu höchst riskanten Unterfangen werden lassen. Offensichtlich haben Wettbewerbsstrategien im Gesundheitswesen nicht zufällig und in mehrfacher Hinsicht immer wieder mit dem Problem nichtintendierter Politikfolgen zu tun, die zu paradoxen Ergebnissen führen. Sollen diese vermieden werden, bedarf es umfassender Ex-post- und Ex-ante-Regulierungen, die ihrerseits nicht ohne erhebliche ökonomische und politische Kosten zu haben sind. Aus Sicht der Politik weist diese Problemsstruktur Elemente eines Dilemmas¹⁷⁶ auf und solche Dilemmata lassen sich im Politikfeld Gesundheit in kosten-

¹⁷⁴ Dabei soll nicht übersehen werden, dass der „Sachzwang Weltmarkt“ (Elmar Altvater) sich zunehmend über den „Umweg der Lohnnebenkosten-Debatte“ Zugang in die gesundheitspolitischen Diskurse verschafft.

¹⁷⁵ An dieser Stelle soll die regulierende Funktion normativer Ideen oder Sozialkulturen nicht übersehen werden; gleichwohl dürften diese „weichen Steuerungsressourcen“ angesichts der Übermacht der ökonomischen Anreize an dieser Stelle als nachrangig einzuschätzen sein.

¹⁷⁶ Hier soll nicht behauptet werden, dass diese, durch einen Ziel-Mittel-Konflikt geprägte Problemstruktur vor den strengen Blicken spieltheoretisch geschulter Analytiker umstandslos als ein echtes Dilemma durchginge. Ob eine dezidierte Wettbewerbspolitik des Staates auf Seiten der Schlüsselakteure der Gesundheitssysteme entsprechende Interessenprofile und Handlungsoptionen hervorruft und das Ganze sich dann zu „Situationsstrukturen“ verdichtet, „deren spieltheoretische Modellierung ein Dilemmaspiel ergibt“ (Zürn 1992: 315) oder ob auch in diesem Fall die „Warnung vor der Versuchung (angebracht erscheint), alle sozialen und politischen Konstellation als Dilemma zu interpretieren“ (Scharpf 2000: 134), mag dahin gestellt bleiben. Der hier eher im umgangssprachlichen

, versorgungs- und steuerungspolitischer Hinsicht beobachten. Mit Sicherheit aber fallen, wie Erfahrungen etwa aus den Niederlanden zeigen (Greß u.a. 2002), hohe Transaktions- und Regulierungskosten¹⁷⁷ an, die gemeinsam mit den Unsicherheiten bei der Erreichung des gesundheitspolitischen Ziels in die wettbewerbspolitische Bilanz eingehen müssen und schnell in entsprechende politische Risiko- und Legitimationskosten umschlagen können. Sollte die Europäisierung der Gesundheitspolitik mit der politischen Ermutigung und Förderung wettbewerbspolitischer Reformstrategien einhergehen, dürfte sich die nationale Gesundheitspolitik eine Verschärfung der Dilemmata und zugleich weitere Regulierungskosten und –probleme einhandeln. Und damit dürfte sie sich in Zwangslagen hineinmanövrieren, für die Auswege schwer zu finden sind.

3.5. Negative Rückkoppelungen

Doch die Ausweitung von Wettbewerb und Marktmechanismen würde nicht nur in den Arenen der nationalstaatlichen Gesundheitspolitik erhebliche Folgeprobleme hervorrufen und die Politik früher oder später mit den aufgezeigten Paradoxien konfrontieren. Wenn die nationalen Wohlfahrtsstaaten den externen Druck aus Europa in markt- und wettbewerbsfördernde Binnenreformen übersetzten, wirken die sich so verändernden Regulierungsmechanismen ihrerseits auf die europäische Ebene zurück. Schließlich handelt es sich bei der Europäisierung der Gesundheitspolitik, wie gezeigt, um einen Prozess, der die Ebenen des Systems über Rückkopplungsschleifen verbindet und von der sich so entfaltenden Dynamik voran getrieben wird. Die funktionale Verflechtung zwischen den Arenen im gesundheitspolitischen Mehrebenen-System sorgt dafür, dass die Veränderungen in den Mitgliedsstaaten ihrerseits Spuren auf der europäischen Ebene hinterlassen. Dies jedenfalls, wenn die dortigen Akteure diese Veränderungen aufnehmen und ihre Orientierungen und Strategien entsprechend modifizieren.

Mit Blick auf das deutsche Gesundheitswesen könnte vor allem der EuGH ein solcher Akteur sein. Über die zunehmende Relevanz seiner Rechtssprechung für die deutschen Gesundheitspolitik kann kaum Zweifel bestehen. Bisher ist das deutsche Gesundheitssystem weitgehend außerhalb des Anwendungsbereichs des gemeinschaftlichen Marktrechts geblieben. Doch dieser Status quo in der rechtlichen Bewertung ist höchst prekär und instabil. Einerseits hat der EuGH mehrfach die Geltung des Grundsatzes betont, dass die Mitgliedsstaaten zwar weiterhin souverän über ihre Gesundheitssysteme verfügen können, in ihrer Rechtsetzung und ihrer Politik aber das

Sinne verwendete Begriff des Dilemmas soll lediglich besagen, dass eine Reformpolitik, die mehr Wettbewerb und Markt als unverzichtbare Voraussetzungen für mehr Einsparungen, Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen präsentiert, früher oder später in eine Situation gerät, in der sie vor der Wahl zwischen zwei gleich unangenehmen Übeln steht: Bürokratie ohne oder mit Wettbewerb!

¹⁷⁷ Zu den Regulierungskosten sind insbesondere die Aufsichtskosten sowie die Kosten für die Implementierung, Durchführung und regelmäßige Anpassung des RSA zu rechnen; die Transaktionskosten bestehen insbesondere in den wettbewerbsbedingten Marketingkosten der Krankenkassen, den bei Kassen und Versicherten anfallenden Informationskosten sowie den Kosten, die im Zusammenhang mit der Initiierung und Abwicklung von Kassenwechselforgängen anfallen. (dazu etwa: Greß 2002 und Greß u.a. 2002).

Gemeinschaftsrecht zu beachten haben. „Darum ist das Leistungserbringungsrecht so auszugestalten, dass die Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit gewahrt bleibt und dass ungerechtfertigte Diskriminierungen von Leistungserbringern ebenso zu vermeiden sind wie rechtliche Gestaltungen, welche bei den Leistungserbringern zu nach Art. 81 EGV verbotenen Verhaltensweisen oder nach Art. 82 EGV verbotenen missbräuchlich marktbeherrschenden Strukturen führen.“ (Ebsen 2000: 312). Durch diese marktrechtlich geprägten Vorgaben verengt sich zweifelsohne das Spektrum der Reformoptionen, die dem nationalen Gesetzgeber zur Verfügung stehen. Aussicht auf Bestand haben nur solche, die diesen Auflagen genügen. Doch andererseits darf die Markt- und Wettbewerbsnähe auch nicht zu weit gehen. Rücken die nationalen Gesundheitsreformen etwa die Krankenkassen in ihren Beziehungen zu den Versicherten, zur PKV oder zu den Leistungserbringern in Richtung "Unternehmen mit wirtschaftlichen Tätigkeiten“, so würde dies weitreichende Folgen haben. Aufgrund des engen Wechselverhältnisses zwischen den nationalen Maßnahmen und dem europäischen Recht können entsprechende Privatisierungs- und Wettbewerbsstrategien auf EG-Ebene schnell „zu einem ‘Umschlag‘ der Gesamteinschätzung“ des deutschen Systems durch den EuGH führen (Ebsen 2000: 313; ähnlich: Bieback 2001: 11ff.). Dies würde jedoch die Bestandsrisiken für das heutige Regulierungssystem verschärfen, die sich bereits heute aus der Rechtsprechung der nationalen Gerichte, aber in Ansätzen auch des EuGH herauslesen lassen (ausführlich: Jacobs/Wasem 2003). In diesem Sinne höchst risikoreich sind somit gerade jene Reformoptionen, die an jene Strukturprinzipien rühren, an denen der EuGH bisher den Charakter des deutschen GKV-System als einem „hoheitlichen Solidarsystem“ festmachte, auf das das europäische Marktrecht keine Anwendung findet. Diese „Umschlagsgefahr“ muss also insbesondere für folgende Maßnahmen unterstellt werden:

- Für den Ausbau des Wettbewerbscharakters der Krankenkassenaktivitäten zu echtem unternehmerischen Handeln;
- für die Einführung von Vertrags- und Versorgungsmodellen, in denen die Krankenkassen zu Einkäufern unterschiedlicher Leistungspakete werden;
- für die Ausweitung des Kostenerstattungs- zu Lasten des Sachleistungsprinzips;
- und schließlich für den Abbau von Strukturen des internen Solidarausgleichs zu Gunsten von mehr versicherungsmathematischer Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen.

Diese Agenda bedenklicher Veränderungsmaßnahmen, die die öffentlich-rechtlichen Akteure des GKV-Vertragssystems in gefährliche Nähe des Anwendungsbereichs des europäischen Marktrechts rücken und die am hoheitlichen Charakter des Gesamtsystems nagen, liest sich wie eine Auflistung der aktuell in den wissenschaftlich und politischen Arenen präferierten Reformvorschläge. Dies gilt etwa für die „pragmatischen Schritte und konzeptionellen Perspektiven“, die der SRW (2002: Ziff. 483 ff.) in seinem jüngsten Gutachten formuliert und der Politik für die nächste Strukturreform des Gesundheitswesens empfohlen hat.

Dazu zählen u. a. folgende Maßnahmen:

- Die Ablösung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitseinkommen (und damit von der paritätischen Finanzierung von Versicherten und Arbeitgebern) und ihre Ersetzung durch an den durchschnittlichen Gesundheitskosten orientierten Pro-Kopf-Beiträgen sowie die Übertragung der bisher vom Krankenversicherungssystem wahrgenommenen nicht unmittelbar gesundheitsbezogenen Umverteilungsaufgaben auf das staatliche Steuer- und Transfersystem; dies liefe nicht nur auf eine Eliminierung eines erheblichen Teils des GKV-internen Solidarausgleichs hinaus, sondern würde zugleich zu einer Entkoppelung zwischen ökonomischer Leistungsfähigkeit und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führen.
- Ähnlich problematisch wäre die geforderte Rückführung des einheitlichen und für alle Kassen verbindlichen Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen Grundkatalog und die Anheimstellung der ausgegliederten Leistungen für die private Versicherungswirtschaft (dazu auch ausführlich: Beske 2001). Käme dann nach die Ausgliederung von Leistungen nach Unfällen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog und ihre Übernahme in eine obligatorische, nach dem Äquivalenzprinzip organisierte Unfallversicherung hinzu, die gegebenenfalls durch Maßnahmen von Selbstbehalten geprägt wäre, so würden nach privatwirtschaftlichen Versicherungsprinzipien gestaltete Leistungen zum integralen Bestandteil einer ausreichenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und würden den hoheitlichen Solidarcharakter des Systems zweifelsohne substantiell in Frage ziehen.
- In ähnliche Richtung weist schließlich der Vorschlag, den Kontrahierungszwang auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen aufzuheben und es jeder Kasse grundsätzlich zu erlauben, Einzelverträge mit Ärzten und Krankenhäusern zu schließen, um so Versorgungsnetze für die Erbringung von Leistungen gegenüber den eigenen Versicherten zu knüpfen; da dies explizit mit dem Ziel verbunden ist, die Kassen weitaus stärker als heute als wirtschaftlichkeitsorientierte Unternehmen agieren lassen zu können, ist die Nähe zum funktionalen Unternehmensbegriff des EG-Rechts augenfällig.

Doch nicht nur in den konzeptionellen Reformvorstellungen, die aus einer wirtschaftsliberalen Perspektive heraus formuliert werden und in denen der Solidarcharakter kaum noch als Zielgröße politischen Handelns erkennbar ist, wird das deutsche Gesundheitssystem in gefährliche Nähe des Geltungsbereiches des europäischen Marktrechtes gerückt. Auch wettbewerbliche Reformkonzepte, denen es dezidiert nicht um die Aufgabe, sondern die Stabilisierung des Sozialcharakters der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Beseitigung von Fehlsteuerungen und die Erhöhung von Versorgungsqualität und Effizienz geht, bergen vielfach ähnliche Gefahren in sich. Dies gilt etwa für die Vorschläge eines gesundheitsökonomischen Beraterkreises des Bundesgesundheitsministeriums (vgl. Glaeske u. a. 2001 u. 2002). Auch sie gehen davon aus, dass im deutschen Gesundheitssystem eine „wettbewerbliche Öffnung“ notwendig sei, „damit sich Innovationen in Qualität und Wirtschaftlichkeit durchsetzen können. (...) Gegenwärtig werden die Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung größtenteils von Gesetzgeber detailliert vorgegeben. Dies ist

umso entbehrlicher, je wettbewerbsorientierter die gesundheitliche Versorgung ausgerichtet wird; also so viel Markt wie möglich, so viel Staat wie nötig.“ (Glaeske u. a. 2001: 16 u. 22). Empfohlen wird auf der Basis eines einheitlichen Leistungskataloges, „weitgehende Vertragsfreiheit in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern“ einzuführen, den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung auf die einzelnen Kassen zu übertragen und die einheitlich und gemeinsam wahrzunehmenden Aufgaben deutlich zurückzuführen (Glaeske u.a. 2002: S. 2).

Abgesehen davon, dass auch diese Option einer umfassenden Vermarktlichung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern schneller in den Fallstricken der Dilemmata einer zu stark wettbewerbsorientierten Politik landen könnte, als dass sich die erhofften Verbesserungen in der Versorgungsqualität einstellen: Auch die Realisierung dieses Reformpaketes könnte schnell die für das deutsche Gesundheitssystem unschädliche Dosis an Wettbewerb überschreiten und früher oder später in der Bewertung des EUGH jenen Umschlag in der Gesamtschätzung hervorrufen, der der wettbewerblichen Neustrukturierung des Gesamtsystems eine nicht intendierte Dynamik und Radikalität verleihen könnte.

Kapitel D

Soziale Dynamik und politische Regulation im deutschen Gesundheitssystem: Theoretische Reflexionen und historischer Stand

VI. Soziale Dynamiken, institutionelle Kontexte und Pfadabhängigkeiten in der Gesundheitspolitik: sozialwissenschaftliche Deutungsversuche

Es spricht also vieles für die Vermutung, dass die Etablierung der Gesundheitspolitik als EU-gemeinschaftliches Politikfeld weitreichendere Folgen für die Gesundheitspolitiken in den Mitgliedstaaten zeitigen könnte, als es die formal weitgehend unangetastete Souveränitätsordnung der Gemeinschaft vermuten ließe. Europäisierung in diesem Sinne beinhaltet also nicht einen mehr oder weniger umfassenden Transfer von Kompetenzen und Interaktionen aus den Mitgliedstaaten in die Institutionen und Politikprozesse der EU. Vielmehr handelt es sich bei diesem Europäisierungstyp um die sukzessive Herausbildung und funktionale Aufwertung der europäischen Ebene in einem zunehmend supranationalen gesundheitspolitischen Mehreben-System. Wie die Akteure der Einzelebenen horizontal und vertikal mit einander agieren, welche Politikverflechtung(sfall)en welche Politikergebnisse verhindern, ob sich Dominanzstrukturen zwischen den Ebenen herausbilden, zu welchen Resultaten die prozessorientierte Politiksteuerung im Rahmen der OMK in den einzelnen Politikfeldern führen wird usw., Fragen dieser Art können nur auf der Grundlage empirischer Forschung beantwortet werden. Sicherlich legen die bisherigen Erkenntnisse über die allgemeine Funktionsweise des europäischen Mehrebenen-Systems sowie über die nationalen Politikfelder Vermutungen nahe, wie dies am Beispiel möglicher Implikationen der Europäisierung der Gesundheitspolitik für den Entwicklungs- und Reformprozess im deutschen Gesundheitswesen illustriert werden sollte. Doch beim jetzigen, noch eher rudimentären Entwicklungsstand der

gesundheitspolitischen Europäisierung sind kaum mehr als begründete Vermutungen möglich. Ein politischer Prozess, der gerade erst begonnen hat und ein gesundheitspolitisches Mehrebenen-System, das erst im Werden begriffen ist, können kaum auf der Grundlage empirisch fundierter Erkenntnisse auf ihre Folgewirkungen befragt werden.

Während also die Fragen nach dem Ob, dem Ausmaß und den Folgenwirkungen der Europäisierung prospektiv zukünftige Entwicklungstrends erfassen wollen, soll im folgenden Teil der vorliegenden Studie retrospektiv nach Veränderungen gefragt werden, die sich im deutschen Gesundheitssystem bisher zwar relativ unabhängig von europäischen Entwicklungen vollzogen haben, die zukünftig aber durchaus in ein Verhältnis wechselseitiger Beeinflussung mit den supranationalen Trends treten könnten. Mit anderen Worten: Während bisher mit der Frage nach den Implikationen der gesundheitspolitischen Europäisierung *potenzielle* Folgeprobleme einer wettbewerbs- und konsolidierungspolitischen Restrukturierung des deutschen Gesundheitssystems thematisiert werden, soll in den folgenden Abschnitten das Augenmerk auf einen *realen* Entwicklungstrend gerichtet werden. In diesem kommt der Versuch der Politik zum Ausdruck, den etwa seit Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts einsetzenden Konsolidierungsdruck durch Veränderungen der politikinhaltlichen Agenda und der institutionellen Arrangements im Gesundheitssystem zu verarbeiten. Dabei wird deutlich, dass der „fiskalische Imperativ“ einer konsolidierungs- und wettbewerbskompatiblen Restrukturierung des gesundheitspolitischen Politikfeldes nicht in eine umfassende Dekonstruktion der für das deutsche System so prägenden korporatistischen Aushandlungsstrukturen mündete, obwohl in den diversen Gesundheitsstrukturreformen immer wieder wettbewerbliche und marktliche Regulierungselemente implementiert wurden. Grosso modo beförderte der Transformationsdruck offensichtlich eher einen Entwicklungspfad des Systems, der *zwischen* absoluter Strukturkonstanz und einem radikalen Pfadwechsel verläuft. Weder bleibt das traditionelle verbändekorporatistische System unberührt, noch kommt es offensichtlich etwa zu einer generellen Substitution der korporatistischen durch wettbewerbliche und marktliche Regulierungsstrukturen. Festgestellt werden können vielmehr graduelle Veränderung in der Hierarchie der gesundheitspolitischen Ziele sowie eine (zumindest partielle) Neuausrichtung wichtiger institutioneller Strukturen. Dieser Wandel in der gesundheitspolitischen Agenda und im institutionellen Arrangement des Gesundheitssystems soll durch den Begriff (und das dahinter stehende Analysekonzept) des „Wettbewerbskorporatismus“ zum Ausdruck gebracht werden. Es handelt sich hierbei um eine Leihgabe aus der allgemeinen Wohlfahrtsstaatsforschung, die bisher vorwiegend zur Analyse der Veränderungen in den Arbeitsbeziehungen in den entwickelten kapitalistischen Ländern herangezogen wurde. Auf das deutsche Gesundheitssystem wurde dieses Konzept bisher nicht angewendet. Illustriert werden soll dieser, durch die staatliche Gesundheitspolitik in Gang gesetzte Prozess anhand der Beschreibung des Funktionswandels einer der zentralen Regulierungsagenturen des deutschen Gesundheitssystems. Die Rede ist vom „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ (BÄK), dem für die Definition des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung und damit für die gesundheitspolitische Versorgung der

Bevölkerung eine zentrale Rolle zukommt. Die Skizze der Veränderungen seiner politischen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der diversen Gesundheitsreformen soll beispielhaft deutlich werden lassen, was mit der These der Herausbildung wettbewerbskorporatistischer Regulierungselemente im deutschen Gesundheitssystem gemeint ist.

Bevor dies geschieht, sind jedoch noch einige Fragen zu stellen und zu beantworten. Zu diesen gehört an prominenter Stelle die Frage nach den Spielräumen und Grenzen der politischen Steuerbarkeit (des Wandels) des Gesundheitssystems. Die These von der Transformation des Sozial- in den Wettbewerbskorporatismus infolge des umfassenden Restrukturierungsprozesses des europäischen Sozialmodells sowie der nationalen Wohlfahrtsregime schließt die Behauptung eines gezielten Umbaus der diversen sozialpolitischen Politikfelder mit ein. Das gilt auch für die Gesundheitspolitik. Auch in diesem Feld, so wird hier behauptet, kann davon ausgegangen werden, dass der sich herausbildende Wettbewerbsstaat im Sinne der konsolidierungs- und wettbewerbspolitischen Zielstellung absichtsvoll in das System der Produktion und Verteilung von Gesundheitsgütern interveniert.

Doch auch wenn eine solche Interventionsabsicht des Staates plausibel gemacht werden kann, so stellt sich spätestens an dieser Stelle die Frage, ob er dazu auch in der Lage ist, ob den Absichten entsprechende Fähigkeiten zur Seite stehen. Dies ist durchaus vielfach in Frage gestellt worden. In der sozialwissenschaftlichen Debatte ist die Fähigkeit des Staates, das Gesundheitssystem gezielt zu steuern und auf einen gewünschten Entwicklungspfad zu führen, eher mit Bedenken als mit Zustimmung beantwortet worden. Mag in der allgemeinen Gesellschafts- und Politiktheorie die Planungseuphorie der 60er und 70er Jahre einer steuerungspolitischen Ernüchterung gewichen sein (vgl. für viele: von Beyme 1991, Mayntz 1996 [1997]), in der Gesundheits(system)forschung war der Steuerungsoptimismus nie besonders stark ausgeprägt und herrschten eher unterschiedliche Schattierungen von Skepsis vor.

Gleichwohl ist der Fundus an erprobten sozialwissenschaftlichen Theorieansätzen, die mit Erkenntnisgewinn zur Analyse des institutionellen und politikinhaltlichen Wandels im Gesundheitswesens herangezogen werden können, nicht sonderlich groß. Als hinreichend diskutierte Instrumentarien stehen im Grunde lediglich zwei theoriegeleitete Analyseansätze zur Verfügung, die sich einer der beiden aktuell dominierenden sozialwissenschaftlichen Theorien zuordnen lassen. Dabei handelt es sich um die Theorie autopoietischer sozialer Funktionssysteme und um die handlungs- bzw. akteursorientierte Theorie der Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Handlungssysteme. Beide lassen sich als Theorien der sozialen Differenzierung lesen (Schimank 1996) und haben sich in ihrem jeweiligen Theoriekontext mit Fragen der Entwicklung und Steuerbarkeit des gesundheitspolitischen Feldes beschäftigt. Und beide kamen zu unterschiedlichen Antworten, die sich – ähnlich wie die theoretischen Ansätze zur Analyse der europäischen Sozialpolitik – als eine eher pessimistische und eine eher (!) optimistische Antwort beschreiben lassen.

1. Selbststimulierte Expansionsdynamik und systemisches Steuerungsversagen

Zunächst zur skeptischen Sichtweise, zu der die systemtheoretische Linie führt. Prägend für den systemtheoretischen Ansatz war zweifelsohne auch in diesem Themenfeld vor allem Niklas Luhmann. Seine Ausführungen über das „Funktionssystem der Krankenbehandlung“ (Luhmann 1983a und b sowie 1990) sind eingebettet in seine allgemeine Theorie autopoietischer Systeme und seine darauf fußende Analyse des Wohlfahrtsstaates (vor allem: Luhmann 1981, 2000). In seiner reiferen Theoriephase¹⁷⁸ versteht Luhmann unter sozialen Systemen der Gesellschaft Sinnzusammenhänge, die zu einer kommunikationsbasierten Selbstreproduktion („Autopoiesis“) in der Lage sind. Im Prozess der Reduktion von überkomplexen Umweltbedingungen zeichnen sie sich durch klare Grenzziehungen gegenüber ihrer Umwelt aus („System-Umwelt-Beziehung“). Entstanden sind sie im Zuge eines Differenzierungsprozesses moderner Gesellschaften in funktionale Teilsysteme. In diesem Prozess büßen moderne Gesellschaften ihr Zentrum ein und damit verliert die Gesellschaft den Ort, von dem aus die Gesamtgesellschaft oder soziale Teilsysteme gesteuert werden könnten. Dieser Verlust an Steuerungskompetenz beruht nicht zuletzt darauf, dass die Teilsysteme der Gesellschaft intern nach je eigenen, binären Codes kommunizieren und anders codierte Interventionsversuche nicht zu den gewünschte Ergebnisse führen.

Nach Luhmann ist auch der Wohlfahrtsstaat als Teil des „politischen Systems der Gesellschaft“ ein funktionales Teilsystem. Er unterscheidet sich vom klassischen Sozialstaat. Während der Sozialstaat als ein Staat zu fassen ist, „der auf die Folgen der Industrialisierung mit Maßnahmen der sozialen Hilfe reagiert“ (Luhmann 1981: 7), bringt der Wohlfahrtsstaat „die allgemeine Verantwortung der Politik für das Wohlergehen der Bevölkerung auf ihrem jeweiligen Staatsgebiet“ zum Ausdruck (Luhmann 2000: 364). Die Logik des Wohlfahrtsstaates besteht im Prinzip der Kompensation sozialer Unterschiede, das letztlich auf soziale Inklusion im Sinne der Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in die Leistungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme zielt.¹⁷⁹ Mit den Prinzipien der Kompensation und Inklusion wird jedoch, sobald sie als Anspruchsgrundlage anerkannt und praktiziert werden, jene Eigendynamik in Gang gebracht, die vom Sozialstaat zum Wohlfahrtsstaat führt und die keine interne Stoppregelung kennt. Denn die Kompensations- und

¹⁷⁸ Zur Unterscheidung zweier Phasen in Luhmanns Systemtheorie vgl. das Vorwort in Luhmann 1984; zur allgemeinen Systemtheorie Luhmanns vgl. Ders. 1984 und 1997.

¹⁷⁹ Wohlfahrtsstaatliche Inklusion bedeutet für Luhmann nicht nur die Zunahmen von Rechten, sondern auch die Zunahme von Abhängigkeiten (bis hin zur Zerstörung der Fähigkeit der individuellen Reproduktionsfähigkeit), die das wohlfahrtsstaatliche Versprechen der Emanzipation ins Ideologische umschlagen lassen und statt dessen eher eine infantilisierungsähnliche Entmündigung des Einzelnen bewirken. Die wohlfahrtsstaatlichen Ansprüche laufen letztlich auf die Abschwächung, wenn nicht gar Auflösung der „Zumutungen der Selbstversorgung, der genetischen, ökonomischen, moralischen und kulturellen Selbstreproduktion“ hinaus, die „einen Restbestand an juristischen Klauseln, die Ansprüche auf öffentliche Hilfe nur subsidiär gewähren.“ (2000: 426) „Die alte, den Erwachsenen definierende Einheit von Mündigkeit und Selbstreproduktion ist aufgegeben worden. Statt dessen wird Mündigkeit unter den Namen Emanzipation ideologisch und politisch – also *von anderen* verlangt, und die Zumutung, dies durch Selbstreproduktion zu erreichen, ist aufgegeben.“ (2000: 427). Damit lösen sich die traditionellen Merkmale des Erwachsenseins auf und lassen die ehemaligen Grenzen zur Kindheit verschwimmen. Hier ist Luhmanns Inklusions- und Wohlfahrtsstaatstheorie bruchlos anschlussfähig an neoliberale Vorstellungen von der freiheitsbedrohenden Wirkung wohlfahrtsstaatlicher Interventionen.

Inklusionsversprechen werden in Form der sozialstaatlichen Werten artikuliert, die von gesellschaftlichen Akteuren (vor allem Massenparteien und Mitgliederorganisationen) aufgegriffen und aus denen dann Ansprüche der gesellschaftlichen Gruppen an den demokratischen Wohlfahrtsstaat formuliert werden. „Demokratie und Parteienkonkurrenz führen dazu, dass immer mehr ‚Notlagen‘ und immer mehr sinnvolle Wünsche entdeckt und formuliert werden, die dann in Forderungen an das politische System umgemünzt werden. (...) Die Konsequenz ist, daß die Staatsorganisation jetzt nur noch ein Teilsystem des politischen Systems ist, dem anders organisierte politische Parteien und zunehmend dann auch Organisationen der Interessenvertretung, des ‚lobby‘, gegenüberstehen. Eine Arbeitsteilung spielt sich ein: die Parteien saugen neue Probleme an, politisieren den Meinungsmarkt, die Staatsorganisation versucht, mit einer juristisch und finanziell haltbaren Ordnung nachzukommen.“ (Luhmann 2000: 139/215)

Diese Wünsche und Ansprüche der gesellschaftlichen Individuen oder Gruppen versucht der Wohlfahrtsstaat mit Hilfe der Interventionsmedien zu befriedigen, die ihm als Teil des politischen Systems zur Verfügung stehen: Recht und Geld. Der prinzipiell unbegrenzte Charakter dieser Kommunikations- und Interventionsmedien ermöglicht und fördert eine sich permanent drehende Anspruchsspirale und setzt die immanente Expansionsdynamik des Wohlfahrtsstaates in Gang. „Es gibt keine spezifisch-rechtlichen Gründe für weniger Recht und keine finanziellen Gründe für weniger Geld. In den Schematismen findet man keine Stopregel, keine Gründe für einen geringeren Spielraum zusätzlicher Konditionierung.“ (Luhmann 1981: 108) Die so ermöglichte unbegrenzte Expansion führt den Wohlfahrtsstaat an seine immanenten Schranken. „Was Geld angeht, wird der Wohlfahrtsstaat zu teuer. Er fördert Tendenzen zur Inflation, die ihn dann wieder ruinieren. (...) Was Recht angeht, so findet gegenwärtig die ‚Verrechtlichung‘ vieler Lebensbereiche, einschließlich des politischen Systems selbst, wachsende Aufmerksamkeit. (...) In beiden Bereichen, in Bezug auf Geld und in Bezug auf Recht, darf außerdem nicht übersehen werden, dass die Bedingungen der Möglichkeit dieser Mittel letztlich außerhalb des politischen Systems garantiert sein müssen: im Wirtschaftssystem und im Rechtssystem, und das sich daraus Schranken der politischen Disponibilität ergeben.“ (Luhmann 1981: 99)

Aus dieser Konstellation resultiert ein permanenter Konflikt zwischen dem immanenten Expansionspotenzial infolge des universalistischen Charakters der wohlfahrtsstaatlichen Kompensations- und Inklusionsbemühungen und den Grenzen und Schattenseiten der ihm zur Verfügung stehenden Wirkungsmittel, Geld und Recht, der die Möglichkeiten des politischen Systems letztlich überfordert. „Im Grenzfall versteht das politische System sich selbst als zuständig für den Ausgleich von Schicksalsschlägen jeder Art; und natürlich erst recht für Folgen, die in anderen Funktionssystemen erzeugt und ‚externalisiert‘ werden. (...) Und all dies hat sein gutes Recht oder jedenfalls eine unabweisbare Legitimität. (...) Im Ergebnis gleicht der Staat dann einem Wasserturm, in den Mittel hinauf gepumpt werden, um von dort aus verteilt zu werden an jeden, der einen Anschluss unterhält.“ (Luhmann 2000: 424) Doch das ist zum Scheitern verurteilt. Die Probleme, die an den „Wasserturm Wohlfahrtsstaat“ herangetragen

wurden, sind insofern unlösbare Probleme, als der Staat bei seinen Problemlösungsversuchen früher oder später an die Grenzen der politischen Steuerbarkeit anderer Gesellschaftssysteme stoßen muss. Mit seinem Einwirkungsmitteln interveniert der Wohlfahrtsstaat zum Zwecke der Realisierung der ständig steigenden Anforderungen vor allem in die ebenfalls autopoietischen Teilsysteme, das Wirtschafts- und das Rechtssystem, mit denen er in einem Verhältnis der strukturellen Koppelung steht.¹⁸⁰ Die Einwirkungsmöglichkeiten des Wohlfahrtsstaats in diese Subsysteme mittels Recht und Geld sind aber (aufgrund deren Autonomie) begrenzt und stoßen an Grenzen; dies kommt in Form der Überbeanspruchung der Einwirkungsmittel und daraus entstehenden Deformationserscheinungen wie der Staatsfinanzkrise¹⁸¹ und der Verrechtlichung zum Ausdruck. Im Resultat lässt sich feststellen: Die Diskrepanz zwischen dem allumfassenden Anspruch des Wohlfahrtsstaates und seinen begrenzten Einwirkungsmöglichkeiten in andere gesellschaftliche Teilsysteme infolge der Grenzen seiner Kommunikationsmedien endet in einer permanenten Selbstüberforderung des politischen Systems.

Dieses allgemeine wohlfahrtsstaatliche Prinzip der selbststimulierten Expansion sieht Luhmann auch im Gesundheitssystem am Werk. Auch beim „System der Krankenbehandlung“ (Luhmann 1990) oder dem „Krankheitssystem“ (Luhmann 1983a), wie Luhmann es nennt, handelt es sich um ein „autonomes Funktionssystem der Gesellschaft, auch wenn es in vielen seiner Operationen strukturell gekoppelt ist an finanzielle Transaktionen, an Wissensanwendung, an Rechtsanwendung (Vertrag) etc.“ (Luhmann 1990: 184) Die Unterscheidung, die als systemspezifische binäre Codierung der Reproduktion des Krankenbehandlungssystems zu Grunde liegt, ist die zwischen „krank“ und „gesund“, bzw. zwischen Gesundheit und Krankheit; sie stellt den eigentlichen „medizinischen Code“ dar. Dies hat zur Folge, „dass im Code der Medizin die Krankheit, die man nicht will, als der positive Wert fungiert und alle Detaillierungen des Wissens und der Operationen über diesen Wert laufen, während die Gesundheit

¹⁸⁰ Mit der Theoriefigur der „strukturellen Koppelung“ reagiert Luhmann theoretisch auf das empirisch evidente Phänomen der wechselseitigen Angewiesenheit, Stützung und Irritation der Systeme untereinander und den damit auftretenden Problemen, die zunächst in einem gewissen Widerspruch zur Vorstellung einer autopoietischen Selbststeuerung sozialer Systeme zu stehen schienen; vgl. dazu Luhmann 1997, Bd. 1: 92-120 und Bd. 2: 776-788 sowie 2000: 372-406.

¹⁸¹ Die Umstellung der Wirtschaft auf Geld, also die Entwicklung zur Geldwirtschaft schafft mit dem Kommunikationsmedium Geld die Voraussetzung einer intensiven Wirtschaftstätigkeit des Staates. Gelangt der Staat in den Besitz von Geld kann er in der Wirtschaft wie jeder andere Geldeigentümer mit gleichen Spielräumen und Restriktionen auftreten. Ihm stehen die Verschuldung wie die Emittierung von Geld als Erschließung von Geld zur Verfügung. „Die Finanzierung der öffentlichen Haushalte kann mithin als eine Form der strukturellen Koppelung von Politiksystem und Wirtschaftssystem angesehen werden“. (Luhmann 2000: 384) Die Beschaffung und Vermehrung von Geld über Staatsverschuldung bildet ein weitere „primäre Schiene der Koppelung zwischen Politik und Wirtschaft“. (Luhmann 2000: 385) Der umfassendere Staatsinterventionismus in Form von differenzierteren Steuerhebungen, Subventionen, Technologieentwicklungsförderung, Gesetzgebung, öffentlichen Investitionen, Arbeitsmarktpolitik, Infrastrukturpolitik usw. stellt sodann eine „neue Form der strukturellen Koppelung von Wirtschaft und Politik“ ((Luhmann 2000: 386) dar; und schließlich sieht Luhmann in der auf die Verbesserung der Angebotsbedingungen gerichteten Wirtschaftspolitik zur Verbesserung der „Standortqualität“ als eine „neuartige strukturelle Koppelung“ ((Luhmann 2000: 387). Somit liefert Luhmann anhand der Beschreibung des Formwandels der strukturellen Koppelung zwischen Wirtschaft und Politik eine „kleine Geschichte“ der Wirtschaftspolitik aus systemtheoretischer Sicht.

zwar geschätzt wird, aber im System keine Anschlussfähigkeit hat.“ (Luhmann 1990: 192) Der für die Selbstreproduktion und Anschlussfähigkeit des Systems zentrale Wert ist also die Krankheit: sie gibt dem Arzt Anlass zum Handeln, sie schlägt durch Bezahlung dieser Handlungen die Brücke zum Wirtschaftssystem (dessen binärer Code in Zahlen/Nichtzahlen besteht) usw., kurzum: ohne Krankheit kein Gesundheitssystem.

Das Krankheitssystem neigt, wie alle sozialen Funktionssysteme, zur Hypostasierung der eigenen Funktion und enthält ein „Prinzip eines Selbstantriebs, das in der Erzeugung von Ansprüchen zur Erfüllung von Ansprüchen“ den Prozess der Differenzierung des Systems über eine interne Anspruchsspirale weiter vorantreibt. (Luhmann 1983a: 37) Als interner „Anspruchsgenerator“ wirken einige Spezifika des Systems, die in seiner Codierung wurzeln. Indem nicht nur die Heilung von Krankheit, sondern die Herstellung von Gesundheit angestrebt wird, und indem Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation als ein nie gänzlich zu erreichender Zustand definiert wird¹⁸², folgt das System einer Semantik und Funktionslogik, die keine internen Begrenzungen hervorzubringen in der Lage ist. „Die Ansprüche auf das Hinausschieben des Todes, auf Festhalten der Jugend, auf Heilung von Krankheiten, auf Linderung oder Betäubung von Schmerzen haben einen festen Rückhalt am Körper des Menschen. Sobald ihre Erfüllung *möglich* ist, lässt sich ihre Nichterfüllung kaum mehr begründen. Ungleichheiten im internationalen oder im schichtenspezifischen Vergleich werden wie Skandale behandelt (...) Die Bedenken platzen wie Blasen, die aus der Tiefe an die Oberfläche steigen. An der Oberfläche gesellschaftlicher Kommunikation lassen sie sich nicht halten, geschweige denn zu größeren, wirksameren Einheiten aggregieren.“ (Luhmann 1983a: 43/44) Da das System aus sich heraus keine Mittel zum Anhalten der Anspruchsspirale besitzt und die Intervention von außen und mit systemfremden Medien wenig Erfolg verspricht, stehen die Repräsentanten des politischen Systems dem Ganzen relativ machtlos gegenüber.

Diese Luhmann'schen Vorstellungen schrankenlos expandierender Wohlfahrts- und Gesundheitssysteme sowie seine steuerungspessimistische Auffassung von der Unmöglichkeit erfolgreicher gesundheitspolitischer Interventionen sind in der politikwissenschaftlichen Debatte mit kritischen Einwänden konfrontiert worden. Dies geschah unter anderem aus der akteurstheoretisch orientierten Perspektive.¹⁸³ So wurde der Fokussierung Luhmanns auf die Kommunikations- und Autopoiesis-Paradigmen vor allem eine Art überzogene Abstraktion vorgeworfen, die außer Acht lasse, dass allgemeine Entwicklungen sozialer Systeme, aber auch die Versuche ihrer bewussten Beeinflussung auf Handlungen und diese wiederum auf Akteure zurückzuführen und

¹⁸² Luhmann bezieht sich hier auf die in der Satzung der WHO enthaltene Definition von Gesundheit: „Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.“ (Luhmann 1983a: FN 36). Luhmann stört hier nicht weiter, dass in der Realität wohl kaum ein Gesundheitssystem der Welt seine Politik an dieser Gesundheitsdefinition ausrichten dürfte; das deutsche tut es jedenfalls nicht.

¹⁸³ Eine prägnante Skizze der Kernvorbehalte, die der systemtheoretische und der akteurstheoretische Ansatz mit Blick auf die Frage der politischen Steuerbarkeit sozialer Systeme bzw. politischer Organisationen gegeneinander hegen, lieferten Niklas Luhmann und Fritz W. Scharpf in einem Streitgespräch auf dem Kongress der Vereinigung für Politische Wissenschaft am 12. September 1988 in Darmstadt (vgl. dazu Luhmann 1988 und Scharpf 1988).

theoretisch auch nur als solche zu erfassen seien. So Fritz W. Scharpf: „Politische Steuerung als Chance der zielstrebigen Selbstveränderung des Gemeinwesens lässt sich ohne Rückgriff auf Subjekte politischen Handels nicht konzipieren.“ (1988: 12) Zugleich, so Scharpf weiter, erweise sich die Luhmann'sche Theorie gegenüber der mehrdimensionalen Realität moderner Gesellschaften insofern als „unterkomplex“, als sie systematisch die Koordinations- und Integrationspotenziale von Individuen und Organisationen und ihre Fähigkeit zur evolutionären Stabilisierung von Organisationen und anderer Handlungssysteme unterschätze. Dies lege bereits der Blick auf die Realität gesellschaftlicher Entwicklungen nahe. „Wenn Luhmann recht hätte, dann müsste man sich zuallererst darüber wundern, dass in funktional differenzierten Gesellschaften doch so vieles einigermaßen befriedigend funktioniert – und zwar nicht nur innerhalb der einzelnen Funktionssysteme, sondern auch im Verhältnis zu diesen und der staatlich verfassten Politik.“ (Scharpf 1988: 12)¹⁸⁴

Diese „empirische Irritation“ (Fritz W. Scharpf) wurde von der empirisch orientierten Politik- und Gesundheitsforschung aufgegriffen. So kritisiert Jens Alber insbesondere den Umstand, dass die systemtheoretische Analyse von den empirisch vorzufindenden Unterschiedlichkeiten in den institutionellen Konfigurationen der einzelnen Gesundheitssysteme gänzlich abstrahiert, indem sie die autopoietische Eigendynamik und die Unmöglichkeit effektiver Steuerung allen ausdifferenzierten „Krankheitsbehandlungssystemen“ gleichermaßen zuschreibt.¹⁸⁵ Um diese Unmöglichkeitsthese zu überprüfen hat sich Alber (1989) daran gemacht, aus den Luhmann'schen Theoremen belastbare Hypothesen zu generieren und diese einer empirischen Überprüfung zu unterziehen. In einem Vergleich der Entwicklungen im Gesundheitswesen einiger OECD-Länder geht Alber u.a. den Fragen nach, ob sich empirisch eine übergreifende und von den jeweiligen Kontexten unabhängige Expansionsdynamik feststellen lässt; und ob – ebenfalls in allen Kontexten gleichermaßen – das Scheitern staatlicher Steuerungsversuche im Sinne einer Begrenzung dieser Entwicklungen konstatiert werden kann. In seinem Fazit, das hier etwas ausführlicher zitiert werden soll, begründet er erhebliche Skepsis gegenüber beiden Vermutungen. „1. Die Unterschiede in der Entwicklung der Gesundheitssysteme verschiedener Länder sind mindestens ebenso beeindruckend wie die Gemeinsamkeiten. Es gibt offensichtlich keine allgemeine, in allen Ländern gleiche Entwicklungslogik, die aus der Tatsache folgt, dass sich das Gesundheitswesen als Teilsystem der Gesellschaft ausdifferenziert hat. Verschiedene institutionelle Kontexte oder phasenspezifische gesundheitspolitische Strategiewechsel produzieren jeweils eigene, spezifische

¹⁸⁴ Dabei kritisiert Scharpf nicht, dass Luhmann nicht überall empirisch erfolgreiche Steuerungsaktivitäten des Staates nachweist, sondern dass der systemtheoretische Ansatz ihre theoretische Möglichkeit weitgehend ausschließt. „Das heißt nicht, dass erfolgreiche politische Steuerung als Normalfall vorausgesetzt werden dürfte. Aber die Ausnahmen sind wichtig und zahlreich genug, um Zweifel an einer Theorie zu wecken, in der die Bedingungen der Möglichkeit erfolgreicher Steuerung gar nicht mehr formuliert werden können.“ (1988: 12)

¹⁸⁵ Da die Expansionsdynamik aus der Logik des medizinischen Codes resultiert, so die Luhmann'sche Logik, entfaltet sie sich unabhängig von den ökonomischen, institutionellen und kulturellen Kontextbedingungen des jeweiligen Gesundheitssystems.

Entwicklungsdynamiken, die wir noch genauer herauszuarbeiten und analytisch zu klären haben.

2. Der Versuch der Gesundheitssysteme verschiedener Länder mit unterschiedlichen public/private mixes macht deutlich, dass staatlich kontrollierte Systeme durchaus Steuerungserfolge vorzuweisen haben. Im Gegensatz zu ihnen zeichnen sich eher private, über den Markt gesteuerte Systeme medizinischer Versorgung tendenziell durch vier Eigenschaften aus:

- Sie sind aufwendiger, kostspieliger und in der Expansionsdynamik schwerer zu stoppen als die in stärkerem Maße staatlich organisierten Systeme.
- Sie sind facharztintensiver und begünstigen damit vermutlich die Orientierung an Professions- statt Klientelinteressen.
- Sie verteilen das Angebot an Ärzten und Betten ungleicher als der öffentliche Sektor.
- Und (angesichts der prekären Validität der herangezogenen Daten mit einigem Vorbehalt): Sie sind weniger effizient in der Reduzierung der Sterblichkeit.

Überzeugende Hinweise für einen Rückgang staatlicher Steuerung oder eine zunehmende Wirkungslosigkeit dieser Steuerungsform lassen sich in diesen Untersuchungen meines Erachtens nicht finden.“ (Alber 1989: 281 f.)

2. Ausdifferenzierung sozialer Handlungssysteme und institutionelle Kontexte als Steuerungsvariablen

Diese empirischen Hinweise auf die Relevanz institutioneller Konfigurationen sowie unterschiedlicher gesundheitspolitischer Strategieorientierungen, aber auch die durchaus vorhandenen Indizien für gesundheitspolitische Steuerungserfolge vertragen sich mit Kernaussagen, die im Rahmen des zweiten, des handlungs- bzw. akteurstheoretisch orientierten Analysestrangs formuliert worden sind. Aus dieser Perspektive wird mit Blick auf das Gesundheitssystem wie für andere ausdifferenzierte Teilsysteme der Gesellschaft insbesondere die Auffassung des systemtheoretischen Ansatzes von der fehlenden Steuerbarkeit kritisiert. So haben etwa Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf in ihrer Analyse des Zusammenwirkens von politischer Steuerung und sozialer Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren (Mayntz/Scharpf 1995 a) insbesondere das Verhältnis zwischen politisch-administrativen Steuerungsinterventionen des Staates und den endogenen Entwicklungstendenzen und Veränderungswiderständen in den gesellschaftlichen Regelungsfeldern zum Thema gemacht. Im Rahmen der insbesondere am Kölner Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung durchgeführten Forschungen erheben sie den Anspruch, „dass wir mit unseren empirischen und theoretischen Untersuchungen die ‘Unmöglichkeitstheoreme’ falsifiziert haben, welche (...) wegen der prinzipiell unbeeinflussbaren Autopoiese ausdifferenzierter gesellschaftlicher Funktionssysteme (...) einen fundamentalen Steuerungs pessimismus postulieren. Auch funktional differenzierte (...) moderne Gesellschaften sind in der Lage, ihr eigenes Geschick im gutem wie im schlechten absichtsvoll zu beeinflussen. Der fidele

Steuerungspessimismus der Postmoderne kann sich jedenfalls nicht auf triftige wissenschaftliche Gründe berufen.“ (Mayntz/Scharpf 1995 a: 33)¹⁸⁶

Aus dieser Perspektive sind gesellschaftliche Teilsysteme nicht, wie es die autopoietischen Theorieansätze suggerieren, per se nicht steuerbar, sondern hängt ihre Steuerbarkeit von ihrer binnenstrukturellen Beschaffenheit ab. Von Bedeutung sind insbesondere das Vorhandensein kooperativer, kollektiver Akteure und der Grad der Organisiertheit formaler Interessen. Mit anderen Worten: Die Möglichkeit der politischen Steuerbarkeit eines gesellschaftlichen Teilsystem ist nicht zuletzt Funktion seiner Binnenstruktur sowie der Fertigkeit des Staates, diese in Sinne seiner Steuerungsziel zu aktivieren. Letztlich entscheiden die Einzelkomponenten des Interaktionsmodells, also die Verhandlungsstile des Staates, die Logiken der institutionellen Arrangements sowie die gesellschaftlichen Akteurskonstellationen und ihre inhärenten Situations- und Interessensstrukturen über Gelingen und Scheitern der bewussten Einflussnahme des Staates auf die Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme.

Diesem Ansatz zur Betrachtung von sozialen Interaktionsbeziehungen und politischen Steuerungsoptionen liegt die handlungs- und akteurstheoretisch orientierte Variante der Theorie(en) sozialer Differenzierung zu Grunde. (insbesondere: Mayntz 1988 [1997]) Im Gegensatz zur systemtheoretischen Differenzierungstheorie, die im Anschluss an Durkheim, Parson und Luhmann von der „klassische(n) Vorstellung von Differenzierung als Untergliederung eines Ganzen in Teile“ (Mayntz 1988 [1997]: 14) geprägt ist, führt die handlungstheoretische Begründung sozialer Differenzierungsprozesse zu einer wichtigen Akzentverschiebung. Sie versteht sich eher als Theorie der (Sub-)Systembildung, in der das Augenmerk auf den Beitrag sozialen Handelns zur historischen Systemgenese gelenkt wird. Mayntz unterscheidet drei Stufen, die ein soziales System im historischen Prozess der Herausbildung seiner Binnenstruktur durchläuft: „Die unterste Stufe ist die der einzelnen Handlung, Handlungssituation oder Interaktion. (...) Auf der nächsten Stufe der Ausdifferenzierung existieren spezielle Funktionsrollen, die durch den kontinuierlichen Vollzug einer zunächst nur situativ ausgegrenzten Tätigkeit gekennzeichnet sind: Arzt, Forscher, Schauspieler, Priester usw. Auf der dritten Stufe schließlich treten entsprechend spezialisierte größere soziale Gebilde auf, bei denen es sich um formale Organisationen handelt (aber nicht handeln muß), und die gesellschaftsweit zu einem speziellen Handlungszusammenhang miteinander verknüpft sind.“ (Mayntz 1988 [1997]: 20) Dieser Prozess der sozialen Differenzierung besteht demnach in der stufenförmigen Herausbildung eines intern ausstrukturierten, institutionell organisierten und mit einer eigenen Sinndefinition ausgestatteten Handlungszusammenhangs. Er wird nicht von abstrakten funktionalen Imperativen, sondern durch das interessen geleitete Handeln mehr oder weniger hoch organisierter gesellschaftlicher Akteure vorangetrieben, das durch die Institutionen, die es hervorbringt, seinerseits geprägt wird. Funktionelle Teilsysteme sind demnach

¹⁸⁶ Mayntz/Scharpf weisen ebenso den Steuerungspessimismus zurück, der sich aus der Analyse der Auflösung des unitarischen Staates in pluralistische oder transnationale Verhandlungssysteme begründet (Mayntz/Scharpf 1995a: 33).

„institutionalisierte Handlungszusammenhänge“, in denen sich „spezialisierte Leistungen“ identifizieren lassen, „die angebbare Produzenten für angebbare Abnehmer erbringen“. (Mayntz 1988 [1997]: 18)

Nun lassen die Vorstellung der stufenförmigen Konstituierung sozialer Handlungssysteme und das Selbstverständnis des akteurstheoretischen Ansatzes als einer historisch-genetischen Theorie kaum Zweifel daran zu, dass es sich bei Prozessen der Ausdifferenzierung um nicht einfach umkehrbare Entwicklungen handelt, die eine gewisse Strukturkonstanz hervorbringen. Diese Vorstellung ist anschlussfähig an das Theorem von der Pfadabhängigkeit institutioneller Entwicklungen, das insbesondere zur Analyse der Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Regime herangezogen wurde (und wird).¹⁸⁷ Im Kern handelt es sich bei der Pfadabhängigkeitsthese um ein Theorem der Eigendynamik institutioneller Konfigurationen. Im Mittelpunkt steht die Aussage, „dass strukturaufbauende oder –verändernde Dynamiken der Abweichungsverstärkung in strukturerhaltende Dynamiken der Abweichungsdämpfung übergehen.“ (Schimank 2000: 224) Mit einem historisch orientierten Blick auf institutionelle Entwicklungen, und dieser theoretischen Kontext des historischen Institutionalismus ist in der hier zu verhandelnden Problematik der geeignete, definiert Gerhard Lehbruch Pfadabhängigkeit in einer neueren Studie über die Entwicklungssequenzen des deutschen Föderalismus wie folgt: „Mit diesem ‘interpretatorischen Paradigma’ (...) soll nicht bloß historische Kausalität in dem Sinne bezeichnet werden, dass Entscheidungen der Vergangenheit Einfluss auf zukünftige Entwicklungen haben. Pfadabhängige Entwicklungen sind vielmehr dadurch charakterisiert, dass Strukturen, die in einer eigentümlichen historischen Ausgangssituation entstanden sind, in der Folge dazu tendieren, sich selbst zu reproduzieren. Veränderungen sind dann zwar denkbar, aber nur als Variationen innerhalb eines durch bestimmte institutionelle Merkmale charakterisierten ‘Pfades’, der als solcher irreversibel ist (...), und Alternativen, die sich nicht in diesen Grenzen halten, haben auch keine Durchsetzungschance.“ (Lehbruch 2002: 13)

Im analytischen Modell sind pfadabhängige Entwicklungssequenzen durch drei Phasen oder Stadien beschreibbar:

1. Die *Phase der Weichenstellung*: in dieser Phase wird die Spannweite der zukünftig zur Verfügung stehenden Optionen verengt und ein Kurswechsel zunehmend schwieriger.
2. Die *Phase der Selbstreproduktion*: In dieser Phase erhält sich das institutionelle Arrangement, wobei Selbstreproduktion im hier gebrauchten Sinne nicht bedeutet, dass die Strukturen dauerhaft erstarren müssen.
3. Die *End- oder Modifikationsphase*: dabei handelt es sich um eine Phase, in der der pfadabhängige Entwicklungsprozess abgebrochen oder modifiziert wird, wobei Auslöser oftmals in „externen Schocks“, also äußeren Faktoren aus der ökonomischen,

¹⁸⁷ Siehe dazu Kohl 2000 sowie insbesondere die Debatte um die Wohlfahrtsstaatstypologie Esping-Andersons (1990) in Borchert 1995, Lessenich/Ostner 1998 und Schmidt 1998.

sozialen, politischen oder kulturellen Umwelt bestehen (ähnlich: Lehmbruch 2002: 15-16).

Nach Lehmbruch wird die sich selbstverstärkende Reproduktion des Entwicklungspfades in der mikro-ökonomischen Modellvorstellung als positive Rückkopplung interpretiert, der verschiedene Rückkopplungsmechanismen zu Grunde liegen können. Diese Rückkopplungsmechanismen, die die institutionelle Entwicklung auf dem einmal eingeschlagenen Pfad halten, können – etwa nach den politikfeldspezifischen Umweltbedingungen – durchaus unterschiedlich ausfallen.¹⁸⁸ Entscheidend ist, dass sie aus einer akteursorientierten Sicht darin begründet liegen, dass sich die handelnden Akteure von abweichenden Verhaltensweisen einen geringeren Nutzen als von pfadkonformen versprechen und dass die einen Verhaltensweisen institutionelle belohnt werden („institutionelle Prämierung“) und andere nicht.

Gleichwohl entgeht die Interpretationsvariante des Pfadabhängigkeitsparadigmas durch Lehmbruch der Schwäche eines im methodischen Individualismus verhafteten Interpretationsansatzes, der den im institutionellen Kontext handelnden Akteur vor allem als Homo Öconomicus versteht. Während letztere Sichtweise nahezu ausschließlich der Logik individueller Nutzenmaximierung Handlungsrelevanz zuschreibt und damit individuelle Nutzenkalküle zur entscheidenden Erklärungsvariable sozialen und politischen Handelns erhebt, insistiert Lehmbruch auf die Bedeutung von Machtverteilungen innerhalb spezifischer Akteurskonstellationen. So hebt er hervor, dass „pfadabhängige politische Institutionen (...) sich nicht einfach aus aggregierten Nutzenkalkülen erklären (lassen); man muss sie vor allem als ein Ergebnis eigentümlicher Machtkonstellationen verstehen.“ (Lehmbruch 2002: 15) Tut man dies und versteht man institutionelle Entwicklungen – ob pfadkonform oder pfadverändernd – auch als Funktion der Ausstattung der Handelnden mit sozialer oder politischer Macht, dann müssen auch jene Faktoren Berücksichtigung finden, die auf die Ausstattung der individuellen oder kollektiven Akteure mit Machtressourcen Einfluss ausüben. Und zu diesen gehören neben der Verfügung über materielle und immaterielle Ressourcen (wie etwa Geld, Legitimation, Informationen), dem formalen Grad der Organisation kollektiver Interessen und der Fähigkeit zur Schließung strategischer Bündnisse auch die Kompatibilität der eigenen Interessenlagen mit den gesellschaftlich dominierenden Wertvorstellungen und Leitbildern. „Die politisch-kulturelle Orientierungen von hegemonialen Diskurskoalitionen oder Elitengruppen können in Situationen, in denen unterschiedliche Weichenstellungen zur Diskussion stehen, ein wichtiger Antriebsfaktor für die Wahl eines bestimmten Entwicklungspfades werden“. (Lehmbruch 2002: 17) Diese gesamtgesellschaftlichen Hegemoniekonstellationen, die

¹⁸⁸ Lehmbruch benennt die folgenden Rückkoppelungsmechanismen: *Erstens*: Hohe Startkosten, die dazu führen, dass Akteure, die in eine bestimmte Institution investiert haben, eine Interesse daran haben, diese Kosten wieder hereinzuholen. *Zweitens*: Lerneffekte, die dazu führen, dass Akteure, die es gelernt haben, mit einer bestimmten Institution umzugehen, die Effizienz dieser Institution steigern. *Drittens*: Koordinierungseffekte, die auf den Umstand rekurrieren, dass der Nutzen für die einzelnen Individuen aus einer bestimmten Tätigkeit um so höher ausfällt, je mehr andere Individuen dieselbe Option wählen. Und schließlich *viertens*: Adaptive Erwartungen, die darauf rekurrieren, dass Individuen eine bestimmte Option wählen, wenn sie davon ausgehen, dass die auch von anderen gewählt wird und dass sie daraus einen Vorteil erreichen. (Lehmbruch 2002: 14-15)

über die Diskurse der gesellschaftlichen Eliten konstituiert und vor allem über die Massenmedien vermittelt werden, verschaffen sich insbesondere in relativ offenen Entwicklungsphasen Geltung, in denen die institutionellen Konfigurationen unter Druck geraten und über Kontinuitäten oder Brüche entschieden wird. Dies geschieht, indem sie in die Interessenwahrnehmungen und Strategiedefinitionen der handelnden Akteure Eingang finden. Offensichtlich wirken vor allem gesellschaftlich anerkannte normative Ideen und ordnungspolitische Leitbilder als „kognitive Interpretationshilfen“, die bei der Frage, welche der den Akteuren zur Verfügung stehenden Optionen realisiert werden, von Bedeutung sind (Döhler 1993 und Döhler/Manow 1995: 157-161).¹⁸⁹

Somit lässt sich resümieren: Weichenstellungen für spezifische institutionelle Entwicklungspfade sind letztlich durch drei Faktoren geprägt:

1. Durch die vorgegebenen institutionellen Ausgangsbedingungen und ihre internen Entwicklungslogiken.
2. Durch die Verteilung von Machtressourcen zwischen den handelnden Akteuren und ihre Fähigkeit, diese in politischen Aushandlungsprozessen zur Geltung zu bringen.
3. Durch die gesellschaftlichen Hegemoniekonstellationen, die vor allem über die politisch-kulturellen Orientierungen von hegemonialen Diskurskoalitionen und Elitegruppen vermittelt werden.¹⁹⁰

Die aus einer akteurssoziologischen Perspektive analysierende Theorie sozialer Handlungssysteme und institutioneller Entwicklungen ist auch auf das Politikfeld Gesundheit angewandt worden, um den historischen Wandel von Interessenlagen und institutionellen Entscheidungsstrukturen zu untersuchen. In ihrer Anwendung sind einige Strukturkomponenten des deutschen Systems herausgearbeitet worden. Zugleich ließen diese Arbeiten ein „ungewöhnlich hohes Maß an Strukturkonstanz hervortreten, dass selbst den mehrfach umfassenden Wandel funktionaler Anforderungen an das Gesundheitssystem weitgehend unbeschadet überstand.“ (Döhler/Manow 1995: 141)

¹⁸⁹ Vivien A. Schmidt hat jüngst soziale Ideen, insbesondere aber Diskurse als den „missing factor in actor-centered institutionalism“ bezeichnet und ihre Bedeutung für Prozesse des institutionellen Wandels auf nationalstaatlicher wie europäischer Ebene hervorgehoben. „Discourse, in short, is the missing factor in actor-centered institutionalism, with discursive institutional interactions often able to explain policy change in cases where strategic interactions cannot. At the national level, ideas and discourse are often the key to explaining why change occurred at a given time in a given country and not at other time or in other country when all other factors remain constant. At the EU level, it also helps to lend insight into how significant institutional constraints to change were overcome.“ (Schmidt 2003: 345). Sinnvoll erscheint an dieser Stelle jedoch der Hinweis, dass die Ideen und Diskursergebnisse erst insofern praxisrelevant werden, als sie sich in interessengeleiteten „sozialen Imperativen“ Geltung verschaffen. Bei diesen Imperativen handelt es sich jedoch oftmals um „soziale Konstruktionen“, hinter denen sich eher interessengeleitete Systemzwänge als rationale Sachlösungen verbergen (dazu: Cox 2001). Der fiskal- und wettbewerbspolitisch begründete „Zwang“ zur Konsolidierung der Gesundheitssysteme kann als ein Paradebeispiel eines solchen „konstruierten Imperativs“ gelten.

¹⁹⁰ Natürlich ist die These von der Pfadabhängigkeit institutioneller Entwicklungen im Allgemeinen, der wohlfahrtsstaatlicher Regime im Besonderen mit Hinweisen auf die empirisch durchaus nachweisbare Existenz sozialpolitisch-institutioneller Innovationen kritisiert worden (aktuell etwa: Wiesenthal 2003 und Crouch 2003). Diese Einwände sollten m. E. als Hinweise dafür gewertet werden, dass die wissenschaftlich produktivste Vorgehensweise vermutlich in der historisch konkreten Bestimmung des Verhältnisses von statischen und dynamischen Elementen in der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung liegen dürfte, die immer parallel existieren, sich jedoch in unterschiedlichen historischen Phasen unterschiedlich gewichten (in diese Richtung ansatzweise Borchert 1998).

Bei der Beantwortung der Frage, welches nun die Ursachen für das vielfach zu konstatierende Phänomen des Scheitern umfassender Strukturreformen seien, förderte die empirische Forschung differenzierte Ergebnisse zu Tage (dazu etwa: Webber 1988: 167f., Rosewitz/Webber 1990, Mayntz 1990, Alber 1992). Zum einen ließ sich die Verhandlungsmacht organisierter Interessen als Reformblockade ausfindig machen. Das gilt vor allem für die organisierte Ärzteschaft wie für die Komplexe der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie. Aber auch die Besonderheiten der allgemeinen Entscheidungsstrukturen im politischen System sowie schließlich institutionelle Gegebenheiten im Gesundheitssystem selbst spielten als Erklärungsvariablen eine wichtige Rolle. Das gilt für die Politikverflechtungsfallen des deutschen Föderalismus, den Zwang zur Bildung von Koalitionsregierungen zur Generierung ausreichender parlamentarischer Mehrheiten sowie für die Implikationen der sozialen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem. Letztlich konstituieren auch im deutschen Gesundheitssystem die unterschiedlichen Einzelkomponenten in ihrer Gesamtheit den institutionellen Kontext, der über das Maß und die Bedingungen erfolgreicher Steuerungsaktivitäten entscheidet und der für grundlegende Strukturreformen vielfältige Restriktionen bereithält.¹⁹¹

Auch wenn die Vetomacht organisierter Interessen mit Blick auf das institutionelle Beharrungsvermögen im deutschen Gesundheitssystem als Erklärungsvariable nicht ausreicht, so darf ihre Bedeutung doch auch nicht unterschätzt werden. So wurde die Auffassung vertreten, dass die Herausbildung eines korporatistischen Regulierungsmodells, die den Grundtrend in der institutionellen Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens darstellt, in einem engen Zusammenhang mit der Präsenz hochorganisierter Interessenverbände zu sehen ist.. Dass sich dieses Modell mit Blick auf Funktionalität und Problemlösungsfähigkeit anderen Modellen als überlegen erwiesen hat, wurde gerade darauf zurückgeführt, dass das deutsche Gesundheitssystem von Akteurskonstellationen geprägt ist, die machtvolle korporative Akteure mit eigenen Interessenprofilen und ausgeprägter Veto-Macht enthalten, gegenüber denen sich Strategien der Einbindung als effektiver erweisen als Konfrontationspolitiken (siehe auch: Mayntz/Rosewitz 1988). In diesem Sinne ist die Herausbildung, Forcierung und Transformation korporatistischer Verhandlungsstrukturen dezidiert als staatliche Reaktionsform auf die Blockadepolitik dieser Akteure gegenüber politischen

¹⁹¹ In seiner Systematik typischer Ausprägungen von Verhandlungsdemokratien, in der Czada mit der „parteilpolitischen Konkordanz“, der „neokorporatistischen Verbändebeteiligung“ und der „föderalen Politikverflechtung“ drei verhandlungsdemokratische Modelle unterscheidet (2003: 177-190), werden der im deutschen Regierungs- wie im deutschen Gesundheitssystem anzutreffenden Kombination aus Korporatismus und institutionellen Vetorechten (sprich: der föderalen Politikverflechtung) besonders hohe Blockadehürden und eine besonders geringe Problemlösungsfähigkeit zugeschrieben. Nach Czada besteht eine „Inkompatibilität zwischen korporatistischer Verbändekonzertierung und konstitutionellen Vetostrukturen. Die aus konstitutionellen Vetos resultierenden Handlungsbeschränkungen schwächen die Position einer nationalen Regierung in korporatistischen Bündnissen. Infolge der Einspruchsmöglichkeiten konstitutioneller Vetospieler sind Regierungen weniger in der Lage, Verpflichtungen gegenüber den Produzentenverbänden einzugehen und einzuhalten sowie bei Kooperationsverweigerung ersatzweise selbst gesetzgeberisch tätig zu werden. Konstitutionelle Vetostrukturen untergraben das Kooperations- und Drohpotenzial von Regierungen gegenüber den Produzentenverbänden. Das Wissen darüber schwächt im Gegenzug die Kooperationsbereitschaft der Verbände.“ (2003: 199).

Reformbemühungen interpretiert worden (Döhler/Manow 1995). Der beobachtete historische Entwicklungsprozess ging dabei nicht nur „mit Prozessen fortschreitender Rollendifferenzierung, mit dem Zuwachs an Kompetenz und mit der über die Zeit hinweg eindeutiger und vollständiger werdenden Interessendefinitionen der korporativen Akteure“ einher. Vor allem mit der Umorientierung in der Gesundheitspolitik in Richtung Kostensenkung und Strukturreformen hat sich zugleich, so die explizite These von Döhler/Manow (1990 und 1997), „jene Strategie der Korporatisierung gesundheitspolitischer Interessen“ durchgesetzt, „die seit Mitte der siebziger Jahre den dominierenden Steuerungsmodus in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik gebildet hat.“ (Döhler/Manow 1997: 168).¹⁹²

Für den hier diskutierten Zusammenhang ist an dieser Entwicklung dreierlei von besonderem Interesse: Erstens, dass sich einerseits die Ausführungen zu den vetomachtbasierten Reformblockade und der Konstanz des korporatistischen Regulierungsmodells als die politikfeldspezifische Bestätigung des Pfadabhängigkeitstheorems unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems lesen lässt. Zweitens, dass sich diese vermachteten korporatistischen Strukturen andererseits aber nicht als unüberwindbare Reformhürden erwiesen haben, die jegliche Reformbemühungen des Staates verhindert hätten. Gerade weil sich diese Korporatisierung nicht als quasi subjektloser, abstrakter Differenzierungsprozess vollzogen hat, waren die Steuerungsbemühen des Staates nicht a priori zum Scheitern verurteilt. Vielmehr entschied auch in der gesundheitspolitischen „Verhandlungsdemokratie“ (Czada 2003, Döhler 2002) die Fähigkeit des Staates, innerhalb dieser Strukturen Interessenlagen zu konzertieren und die gesundheitspolitischen Akteure in Verhandlungssysteme einzubinden, über Scheitern oder Gelingen der Steuerungsversuche. Dass mitunter Reformen auch in so vetoanfälligen Systemen durchaus möglich sind, ist unter anderem auch darauf zurück zu führen, dass sich die Verbände des Gesundheitswesens fallweise durchaus als „konstruktive Vetospieler“ (Benz 2003)¹⁹³ erwiesen haben, die institutionellen Wandel nicht prinzipiell blockierten, sondern durchaus zu politischen Problemlösungen und Reformen beitragen, wenn diese sich als kompatibel mit den eigenen Interessenlagen herausstellen oder Blockadestrategien Legitimationsprobleme aufwerfen würden. Dies schließt gerade im Gesundheitssektor natürlich keineswegs aus, dass sich die verbandliche Vetomacht unter spezifischen Bedingungen als unüberwindbare Hürde für staatliche Steuerungsambitionen herausstellen kann; doch es verweist auf die zentrale Rolle, die dem Zusammenwirken von staatlicher Steuerungsaktivitäten und sozialer Selbstorganisation zukommt. Schließlich ist drittens für die weiteren Überlegungen

¹⁹² Dieser Prozess der Korporatisierung ist für das deutsche Gesundheitswesen empirisch vielfach nachgewiesen worden, vgl etwa Süllo 1982, Mayntz/Rosewitz 1988, Alber 1992, Manow-Borgwardt 1992, Döhler/Manow 1995 und 1997.

¹⁹³ Benz entwickelt seine These von den „konstruktiven Vetospielern in Mehrebenensystemen“, nach der Akteure in Mehrebenensystemen ihre Vetomacht strategisch einsetzen, mitunter also die potenziellen Folgen ihres Verhaltens berücksichtigen und damit zur Effektivität und Legitimationssicherung von Politik beitragen, zwar am Beispiel der drohenden „Politikverflechtungsfallen“ im deutschen Föderalismus; seine modellierten Überlegungen lassen sich aber zweifelsohne auch auf das Mehrebenensystem und das Interaktions-Modell des gesundheitspolitischen Feldes in Deutschland anwenden.

relevant, dass die Implementierung der Korporatisierungsstrategie in einem engen Zusammenhang mit den veränderten Umweltbedingungen stand. Offensichtlich erhielt er entscheidende Impulse von außen, insbesondere aus den Sektoren der Ökonomie. Die staatliche Politik der gesundheitspolitischen Kostendämpfung konnte sich vor allem infolge der ökonomischen Wachstumsprobleme und der sich verschärfenden internationalen Konkurrenzbeziehungen durchsetzen. Die gesundheitspolitische Wende von einer expansiven Versorgungs- zu einer restriktiven Kostendämpfungs- und Sparpolitik lässt nicht aus rein internen gesundheitspolitischen Ursachen ableiten, sondern kann nur durch die Einbeziehung externer Faktoren wie die sich verschlechternde ökonomische Situation im Rahmen der fordistischen Formationskrise adäquat erklärt werden.

Nun scheint evident, dass der handlungs- und akteurstheoretische Ansatz mit seinen Erklärungsangeboten für Spielräume und Grenzen gesundheitspolitischer Steuerungsmöglichkeiten deutlich näher als die systemtheoretisch begründete Unmöglichkeitsthese an die empirischen Realität der Gesundheitspolitik heranreicht. Insbesondere der Umgang mit mächtigen Veto-Akteuren liegt als zentrales Problem des regulierenden Staates bei jeder angepeilten Kostendämpfungs- und Strukturreform offen zu Tage. Doch aus der Perspektive einer kritischen, nach Hinter- und Untergrundprozessen fragenden Sozialwissenschaft bleibt auch bei diesem Ansatz Unzufriedenheit zurück. Auch im Prozess der Steuerung des Politikfeldes Gesundheit wirken die „verborgenen Mechanismen der Macht“ (Pierre Bourdieu), die einem analytischen Blick, der weitgehend auf die Durchleuchtung ökonomischer und machtpolitischer Verteilungs- und Behauptungsinteressen verzichtet, nur schwer zugänglich sind. So produktiv der akteurs- und institutionenorientierte Ansatz nach dem „Wie“ von politischen Prozessen und den Erfolgsvoraussetzungen staatlicher Steuerungsambitionen fragt, so wenig fördert er Erkenntnisse über das „Warum“ und die ökonomisch und machtpolitisch begründeten Motivationen der Akteure zu Tage. Tieferliegende Interessen- und Machtstrukturen bleiben im Verborgenen.

Es spricht für die selbstreflexive Potenzial dieses Ansatzes, dass aus den eigenen Reihen selbstkritisch festgestellt wird, dass die vorherrschende „Konzeptionalisierung von politischer Steuerung als Problemlösungsprozess die politische Wirklichkeit nicht korrekt erfasst, dass es sich um eine selektive und verzerrende Perspektive handelt.“ (Mayntz 2001: 2) Indem Gemeinwohlmaximierung als impliziter Staatszweck unterstellt und nicht nach interessenpolitischen Handlungsmotivationen gefragt werde, schleiche sich, so Renate Mayntz, eine „relative Herrschaftsblindheit“ in die Theorie politischer Steuerung ein.¹⁹⁴ Damit gehe der machtkritische Blick auf politisches Handeln verloren, der etwa in der Traditionslinie der Max Weber'schen Herrschaftssoziologie oder der marxistische Klassentheorie (sic!) vorhanden sei. „Die Konzentration auf politische Effektivität, auf das Zustandekommen und die Durchsetzung von politischen Entscheidungen, mit denen auf Problemsituationen

¹⁹⁴ Mayntz führt diese „Problemlösungsbaiss der Steuerungstheorie“ interessanterweise auf ihre Verwandtschaft mit der deutschen Staatsphilosophie und der soziologischen Systemtheorie zurück (2001: 4).

reagiert wird, hat dazu geführt, dass die diesen – im politisch-administrativen System oder in den Politiknetzwerken unter Beteiligung gesellschaftlicher Akteure ablaufenden – Entscheidungsprozessen vorgelagerten gesellschaftlichen Willensbildungsprozesse aus dem Blick gerieten. (...) Die zentrale Frage des *cui bono*, der Orientierung politischer Entscheidungen am privaten oder öffentlichen Interesse wird in der Steuerungstheorie nicht zum Thema gemacht.“ (Mayntz 2001: 5 und 6f., Herv. im Orig.)

Die Selektivität der politischen Steuerungstheorie und ihre relative Blindheit gegenüber Interessen- und Machtformierungsprozessen außerhalb des politischen Systems trifft letztlich auch auf zu eng institutionalistisch orientierte Ansätze zu, wie sie etwa zur Analyse der Metamorphosen des Gesundheitssystems herangezogen und hier skizziert worden sind. Dies dürfte Folge der gesellschaftstheoretischen Bescheidenheit dieser Ansätze sein. Deutlich gerät ihnen eine Tugend zur Not. Zwar versucht etwa der akteurzentrierte Institutionalismus auf Elemente mehrerer Theorien zurückzugreifen, um unterschiedliche Aspekte der komplexen Bedingungsbeziehungen der jeweiligen Untersuchungsgegenstände zu erhellen; doch beharren Mayntz/Scharpf darauf, dass Ansätze wie der ihre „selbst keine gegenstandsbezogene inhaltliche Theorie darstellen. So bietet auch der akteurszentrierte Institutionalismus kein Erklärungsmodell, sondern bestenfalls eine Forschungsheuristik, indem er die wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte der Wirklichkeit lenkt.“ (1995b: 39) Diese Selbstbescheidung mag Sympathien hervorrufen und der Erkenntnis Rechnung tragen, dass wissenschaftliche Forschungsperspektiven bereits aufgrund der Begrenztheit des analytischen Verstandes der Forschenden zwangsläufig immer selektiv sind und lediglich Segmente der sozialen Totalität reflektieren. Doch wenn sich herausstellt, dass der akteurs- und institutionenorientierte Blick zu eng zur Erklärung tieferliegender Ursachen politischen Handelns ist, sollte schon – freilich mit dem gebotenen Realismus – nach dem erforderlichen Maß an Erweiterung der Perspektive gefragt werden. Sollen also ökonomische Interessen- und Motivationsgrundlagen sowie soziale Herrschaftsverhältnisse in den analytischen Blick mit einbezogen werden, kommt nur eine Ergänzung des akteurs- und institutionenorientierten Ansatzes durch eine Sichtweise in Frage, die stärker um die Einbettung der handelnden Akteure in ihren sozio-ökonomischen Kontext bemüht ist. Es geht also um ein Analysekonzept, das die politikfeldspezifischen Phänomene in die gesamtgesellschaftlichen Zusammenhänge einbettet.

3. Wohlfahrtsstaatlicher Wandel im Prozess des kapitalistischen Transformationswechsels

Eine solches Instrumentarium könnte durch die Einbettung des akteurstheoretischen Ansatzes in die regulationstheoretisch basierte Analyse der Entwicklung kapitalistischer Gesellschaften und staatlicher Politik zustande kommen.¹⁹⁵ Der regulationstheoretische Ansatz weist im Vergleich zu dem oben skizzierten vor allem zwei Unterschiede auf:

¹⁹⁵ Als Grundlagentexte der Regulationstheorie können u.a. genannt werden: Aglietta 1979 sowie Lipietz 1985, 1992 und 1998; zur neueren Debatte Jessop 1997b und 2001, Aglietta 2000 und Boyer 2000; für die deutsche Debatte besonders einflussreich waren Hirsch/Roth 1986, Hirsch 1990 und Lutz 1984.

zum einen setzt er nicht an der Analyse einzelner Teilsysteme oder Politikfelder an, sondern versteht sich als sozialökonomische Theorie gesellschaftlicher Gesamtentwicklung; zum anderen erklärt er Handlungen des Staates sowie kollektiver Akteure (und die mit ihnen verbundenen Veränderungen) nicht primär aus den Interessenlagen und Bedingungen, wie sie durch die institutionelle Binnenstruktur des jeweiligen Handlungssystems hergestellt werden, sondern aus den Anforderungen, die sich aus der notwendigen Regulierung oder der eigenen Verankerung in den sozialökonomischen Basisverhältnissen ergeben. Zwar wird der institutionenbedingte Anteil am Prozess der Formierung von Interessenkonstellationen nicht gänzlich ausgeblendet oder gar geleugnet, aber prioritär ist er nicht.

Natürlich weist auch der regulationstheoretische Ansatz diverse Varianten auf, die sich qualitativ durchaus unterscheiden; gleichwohl lassen sich einige gemeinsame und konstitutive Argumentationsfiguren benennen.¹⁹⁶ Eine dieser konstitutiven Annahmen besteht in der Ansicht, dass kapitalistische Gesellschaften strukturell labil und krisenanfällig sind. Dieses Krisenpotenzial wird in einer überzyklischen Dimension virulent, wenn die sozialökonomischen Basisstrukturen und das sie regulierende System institutioneller und normativer Vermittlungsformen nicht mehr „übereinstimmen“ und die immanente Krisenpotenziale der kapitalistischen Ökonomie sich strukturell verfestigen. Die Analyse der Regulationstheorie bezieht sich weniger auf die „kleinen Krisen“ der zyklischen Kapitalakkumulation, sondern auf die „großen Krisen“ der gesamten Entwicklungsformation.¹⁹⁷ Die sozialökonomischen Basisstrukturen der Formation werden in ihre Gesamtheit unter dem Begriff des Akkumulationsregimes gefasst. Dieses kann begriffen werden als ein „Modus systematischer Verteilung und Reallokation des gesellschaftlichen Produktes, der über eine längere Periode hinweg ein bestimmtes Entsprechungsverhältnis zwischen den Veränderungen der Produktionsbedingungen (dem Volumen des eingesetzten Kapitals, der Distribution zwischen den Branchen und den Produktionsnormen) und den Veränderungen in den Bedingungen des Endverbrauches (Konsumnormen der Lohnabhängigen und anderer sozialer Klassen, Kollektivausgaben, usw. ...) herstellt.“ (Lipietz 1985: 120) Es enthält also ein jeweils dominantes Modell der Produktion von Gütern und Dienstleistungen, das mitunter als „Arbeitsparadigma“ bezeichnet wurde, je spezifische Proportionen der einzelnen Sektoren im gesamtwirtschaftlichen Reproduktionsprozess sowie eigene Verteilungs- und Konsummuster. Das Regulationsmodell bzw. die Regulationsweise umfasst das Ensemble der sozialen Vermittlungen der sozialökonomischen Basisverhältnisse, die die Verwerfungen des kapitalistischen Akkumulationsprozesses so „managen“, dass ein Mindestmaß an Profitabilität, politischer Legitimation und

¹⁹⁶ Mitunter ist die Einschätzung formuliert worden, dass es sich bei den „Pioniertexten“ sowie den neueren Arbeiten dieses analytischen Ansatzes im strengen Sinne weder um eine konsistente Theorie noch um eine einheitliche Schule, sondern eher um ein „Forschungsprogramm“ handelt (Jessop 2001: 16/17). Dies ist nachvollziehbar, ließe sich jedoch auch anders sehen. Selbstredend hängt die Beurteilung davon ab, welche Anforderungen an eine „Theorie“ oder eine „Schule“ sinnvollerweise gestellt werden sollten. Doch dies ist ein anderes Thema. Da hier trotzdem von der „Regulationstheorie“ die Rede ist, sollten die durchaus möglichen Zweifel nicht verschwiegen werden.

¹⁹⁷ Zur Differenzierung zwischen „kleinen“ und „großen“ Krisen in der Entwicklung kapitalistischer Gesellschaftsformationen vgl. Altvater 1983.

sozialer Kohäsion erhalten bleibt. Es enthält „die Gesamtheit institutioneller Formen, Netze und expliziter oder impliziter Normen, die die Vereinbarkeit von Verhaltensweisen im Rahmen eines Akkumulationsregimes sichern, und zwar sowohl entsprechend dem Zustand der gesellschaftlichen Verhältnisse als auch über deren konfliktuelle Eigenschaften hinaus.“ (Lipietz 19985: 121) Als besonders bedeutende Elemente des Regulationssystems lassen sich die Formen der Kapital-Arbeit-Regulation, die Institutionen der sozialen Risikokompensation sowie die (auf je spezifischen Paradigmen basierenden) Regeln der praktizierten (oder unterlassenen) makroökonomischen Interventionen des Staates hervorheben.

Die großen Krisen¹⁹⁸ gehen von der Ökonomie aus, die ab dem Zeitpunkt zum Krisenherd für die gesamte Formation wird, ab dem sich die Produktivitäts- und Profitabilitätspotenziale des Akkumulationsregimes (inklusive des prägenden Arbeitsparadigmas) erschöpft haben. In dieser Situation geraten nicht nur die dominierenden Prinzipien der Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung, sondern ebenfalls die Institutionen, politischen Netzwerke und Normen des Regulierungsmodells unter Veränderungsdruck. Die Strukturkrise der Wirtschaft setzt sich als ebensolche der gesellschaftlichen, politischen und normativen Vermittlung(sformen)en fort und treibt jene Transformation des Regulierungsmodells voran, die alle gesellschaftlichen Teilsysteme und Politikfelder erfasst. Im Zentrum dieser Transformation steht allerdings die zentrale Regulierungsagentur, der Staat, inklusive seiner staatsnahen Sektoren. Dass es zu Inkompatibilitäten zwischen Akkumulationsregime und Regulationsweise kommt ist letztlich darauf zurückzuführen, dass beide Sphären eigene Strukturen und Entwicklungsdynamiken aufweisen, aus denen unterschiedliche Entwicklungslogiken und –geschwindigkeiten resultieren. Dies führt mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu Friktionen, die sich ab einer gewissen Schärfe in eben jenen großen Krisen Ausdruck verschaffen. In der Regel dürfte die durch den ökonomischen Akkumulationsprozess vorangetriebene Sphäre gegenüber der Welt der regulativen Vermittlungsformen die dynamischere sein. „Regulationsweisen“ so vermerkt Joachim Hirsch zutreffend, „zeigen als institutionalisierte Formen von Klassenbeziehungen, die durch bestimmte Anschlussmechanismen, Beteiligungs- und Zugangsrechte sowie spezifische gesellschaftliche Wertorientierungen geprägt sind, eine gewisse institutionelle und normative Starrheit, die der Trägheit der Organisationen, der Beständigkeit von Routinen und Handlungsorientierungen sowie der Wirksamkeit ‚eingebauter‘ Interessen geschuldet sind.“ (1995: 61) Dabei weisen die Veränderungsprozesse in den einzelnen Sektoren des Regulationssystems Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf. Gemeinsam ist ihnen in der Regel, dass sie sich aufgrund der genannten unterschiedlichen Geschwindigkeiten gegenüber den Basisprozessen im Akkumulationsregime ungleichzeitig und mit einem gewissen zeitlichen Nachlauf vollziehen; zugleich verlaufen sie in Krisenprozessen, da die gesamte Formation wegen des Verlustes eines adäquaten Regulationssystems - zumindest temporär - nicht zur Kompensation der internen Krisenpotenziale in der Lage ist; und schließlich werden sie über soziale und politische Kämpfe und Konflikte durchgesetzt, da mit der Infragestellung von

¹⁹⁸ Hirsch spricht hier auch von „säkularen kapitalistischen Krisen“ (1995: 60 ff.).

Institutionen, Prozessregeln und Normen auch die in ihnen geronnenen Machtkonstellationen und Interessenkompromisse zur Disposition gestellt werden und neue Kompromissstrukturen erst im politischen Konflikt ausverhandelt und gegebenenfalls ausgekämpft werden müssen. Doch trotz dieser Gemeinsamkeiten weisen die Transformationsprozesse unterschiedliche, sektoren- oder eben politikfeldspezifische Verlaufsformen auf. Diese werden durch die (im weiteren Sinne) institutionellen Kontexte, also die anzutreffenden Akteurs- und Machtkonstellationen, die Logiken der institutionellen Arrangements und die hegemonialen ordnungspolitischen Leitbilder der jeweiligen Felder geprägt. Soll also die historisch konkrete Verlaufsform der Anpassungstransformation im jeweiligen Politikfeld (oder „Handlungssystem“) analysiert werden, setzt dies die Herausarbeitung der institutionellen Binnenstruktur voraus.

Hier ist nun aus der Sicht des regulationstheoretischen Ansatzes der theoretische Ort, an dem die Transformation(en) der staatlichen oder parastaatlichen Sektoren und damit auch des Gesundheitssystems in den Fokus der Analyse geraten. Dabei sind die Gemeinsamkeiten und Analogien mit dem akteurs- und institutionenorientierten Ansatz auffällig. Auch der regulationstheoretische Ansatz gesteht den sektoren- und politikfeldspezifischen Umbrüchen im Regulationssystem eine relative Autonomie gegenüber den sozioökonomischen Basisprozessen zu; zugleich beziehen beide die Selbstbeharrungskräfte von Organisationen und Institutionen mit ein und sind damit anschlussfähig an das Pfadabhängigkeits-Paradigma; und beiden sehen letztlich die treibende Kraft in handelnden Akteuren (und nicht in abstrakten, systemischen Funktionslogiken), die ihr Handeln nach eigenen Interessen und Nutzenkalkülen ausrichten. Und dennoch: obwohl also dem regulationstheoretischen Ansatz akteurs- und institutionentheoretische Aspekte keineswegs fremd sind, so sind die konkreten Verläufe der machtbasieren und interessengeleiteten Aushandlungsprozesse sowohl im theoretischen Modell als auch in den empirischen Arbeit unterbelichtet geblieben. Eine Theorie unterschiedlicher Akteurskonstellationen, Interaktionsmodellen und Verhandlungsstile hat die Regulationsschule nie ausgebildet. In gewisser Weise ging ihr stark makropolitisch orientierter Blick mit einige mikropolitischen Leerstellen einher. Alles dies sind Aspekte, auf die noch zurückzukommen sein wird.

Doch zunächst noch einmal zurück zur Deutung des Strukturwandels des Kapitalismus in der Regulationstheorie. Die hier präsentierte kursorische Skizze des regulationstheoretischen Ansatzes stellt im Grunde bereits eine Abstraktion dar. Denn im Kern ist die Regulationstheorie als Theorie der Analyse des Nachkriegskapitalismus entstanden, einer historischen Entwicklungsphase, die regulationstheoretisch als eigene Formation des Kapitalismus gefasst wird. Diese wurde als Fordismus bezeichnet. Diese Herkunft hat die Regulationstheorie stark geprägt und mitunter wird darüber diskutiert, ob die Regulationstheorie nicht gar mit dem allmählichen Verschwinden ihres genuinen Gegenstandes ihre analytische Kraft eingebüßt hat.¹⁹⁹ Doch diese Sichtweise übersieht, dass die Regulationstheorie weniger auf die Periode der stabilen Reproduktion, sondern vor allem auf Phase der Krise und des Entwicklungsbruchs der fordistischen Formation

¹⁹⁹ Siehe dazu etwa die Beiträge in Candeias/Deppe 2001.

fokussiert und damit auf eine Phase strukturellen Wandels. Sie ist also stärker eine Theorie des Wandels als der kontinuierlichen Entwicklung. Eine Ausrichtung, die in dem hier diskutierten Kontext, in dem es gerade um solche Prozesse des Wandels geht, von besonderem Interesse sein sollte.

Die vielfach diagnostizierte Veränderungen, die den arbeitsschützenden Wohlfahrtsstaat in den kapitalfördernden Wettbewerbsstaat verwandelt haben, können so als (freilich über strategisches Akteurshandeln vermittelte) Reaktion auf die Krise des fordistischen Akkumulationsregimes und die Anforderungen eines neuen finanzgetriebenen Akkumulationsregimes interpretieren werden. (Hirsch 1995; Jessop 1997b und 2001, Lipietz 1998, Aglietta 2000) Welches waren aber die Konstitutiva der fordistischen Formation des Kapitalismus, eines sozialökonomischen Entwicklungsmodells, das sich nach allgemein gültiger Auffassung seit etwa Mitte der 1970er Jahre in einem Prozess der Transformation befindet?²⁰⁰ Das allgemeine Prinzip der Arbeitsorganisation (das fordistische Arbeitsparadigma) bestand in der Kombination aus „Taylorismus plus Mechanisierung“ (Lipietz 1998: 117). Prägend waren nicht nur standardisierte Massenproduktionsverfahren, die durch das Fließband in der industriellen Produktion symbolisiert wurden, sondern auch die strikte Trennung zwischen Arbeitsvorbereitung und –planung auf der einen und der Ausführung von standardisierten und vorbestimmten Aufgaben am Arbeitsplatz auf der anderen Seite. Das Akkumulationsregime des fordistische Kapitalismus basierte im Kern darauf, dass sich aus den Produktivitätszuwächsen der tayloristisch-mechanistischen Arbeitsorganisation sowohl ein im historischen Vergleich überdurchschnittlich hohes und aus den privaten Profiten gespeistes Wachstum der Investitionen sowie ein ebenfalls außergewöhnlich hoher Anstieg der Kaufkraft der Arbeitsentgelte aus abhängiger Erwerbsarbeit speisten. Im Zusammenspiel dieser Komponenten ergab sich jene außergewöhnliche „Prosperitätskonstellation“ des Nachkriegskapitalismus (Lutz 1984), die auch die ökonomische Basis für die Expansionsphase der europäischen Wohlfahrtsstaaten abgab. Seine Stabilität gewann diese sozialökonomische Konfiguration durch ein adäquates Regulationssystem bzw. eine Regulationsweise, durch die der wachstums-, beschäftigungs- und verteilungspolitisch intervenierende Wohlfahrtsstaat auf die Glättung der ökonomischen Zyklen und eine vergleichsweise egalitären Verteilung der ökonomischen Wertschöpfungszuwächse orientierte; und die durch den Ausbau der öffentlichen Systeme der sozialen Risikokompensation den Prozess der De-Kommodifizierung der Arbeitskraft vorantrieb. Auf dieser Grundlage entwickelte sich nicht nur die von allen Akteuren geteilte Akzeptanz der sozialen Eigentumsordnung; zugleich konnte ein hohes Maß an sozialer Inklusion erreicht werden. Beides sicherte diesem Entwicklungsmodell hohe Stabilität und Wertschätzung innerhalb wie außerhalb der betroffenen Gesellschaften (Stichworte: „Wirtschaftswunder“, „Modell Deutschland“ usw.).

Etwa Mitte der 1970er Jahre zeigt das Modell erste Risse. In den folgenden Jahren gewannen ökonomische Wachstumsprobleme qualitativ an Relevanz und zeigten sich

²⁰⁰ Ich lehne mich im Folgenden vor allem an die regulationstheoretischen „Theorievariante“ an, wie sie vor allem von Alain Lipietz formuliert wurde.

zunehmend Exklusionsprobleme, die auf eine nachlassende Kohäsion des Modells verwiesen. Ursachen, Verlaufsformen und historische Dimensionen der nun zu Tage tretenden, zumeist krisenvermittelten Strukturbrüche sind in der regulationstheoretisch orientierten Literatur umfassend und durchaus kontrovers diskutiert worden²⁰¹; und auch die Frage, ob sich der „flexible Kapitalismus“ (Bieling u.a. 2001) zu Beginn des 21. Jahrhunderts noch in einer „postfordistischen Übergangsphase“ befindet oder ob sich die Konturen einer neuen Formation bereits konstituiert haben, ist gegenwärtig Gegenstand wissenschaftlicher Kontroversen. Sind mit den zu konstatierenden Trends der Vermarktlichung, Dezentralisierung und Informationalisierung sowie mit den darauf beruhenden Formen der indirekten Steuerung der Arbeitsprozesse und der intensiveren Vernutzung der Arbeitskräfte bereits die Konstitutiva des neuen, postfordistischen Arbeitsparadigmas etabliert? Markieren die Konturen des Shareholder-Kapitalismus bereits die Strukturen des neuen Akkumulationsregimes? Und lässt der Prozess der Transformation des arbeitsschützenden Wohlfahrtsstaates in den kapitalfördernden Wettbewerbsstaat ein Regulationsmodell entstehen, das der neuen Formation hinreichende ökonomische Produktivität und soziale Kohäsion zu vermitteln in der Lage ist?²⁰² Ohne diese Debatte nachzeichnen zu wollen kann mit Blick auf den hier zu diskutierenden Zusammenhang – und als weitgehender Konsens in der Debatte – festgehalten werden, dass sowohl interne wie externe Faktoren einen vehementen Transformationsdruck auf das politische-institutionelle Regulationssystem und den traditionellen Wohlfahrtsstaat hervorbrachten, der jene „Transformation von Staatlichkeit“ (Hans-Jürgen Bieling/Frank Deppe) in Gang setzte, die als Übergang vom keynesianischen, arbeitsschützenden Wohlfahrtsstaat zum angebotspolitisch agierenden, kapitalfördernden Wettbewerbsstaat beschrieben wurde (Hirsch 1995, Jessop 1997b). Zu den internen Faktoren zählten vor allem die auslaufende Innovations- und Produktivitätskraft sowie die schwindende Kohäsion des fordistischen Entwicklungsmodells; und zu den externen insbesondere die Europäisierung/Globalisierung der ökonomischen, politischen und kommunikativen Strukturen. Ein zentraler Teilprozess in der so in Gang gesetzten Entwicklung stellen zweifelsohne die Veränderungen der institutionellen Arrangements sowie die politikinhaltliche Neuorientierung in den Feldern der Sozialpolitik und den sozialen Sicherungssystemen dar. Der hier grob skizzierte regulationstheoretische Ansatz bietet also eine Erklärung für die Transformationsdynamik in den institutionellen Konfigurationen der wohlfahrtsstaatlichen Politikfelder sowie für die Ausrichtung staatlicher Regulierungsambitionen an, die die oben skizzierten Schwächen des akteurs- und institutionenorientierten Ansatzes überwinden könnte.

²⁰¹ Vergleiche stellvertretend für viele: Lutz 1984, Jessop 1997a und 2001, Aglietta 2000, Boyer 2000.

²⁰² Zur Debatte um ein neues Arbeitsparadigma bzw. ein neues Akkumulationsregime siehe stellvertretend für viele die Beiträge in Minssen 2000, Dostal/Kupka 2001 und Dörre/Röttger 2003; zur Frage nach der neuen Formation insgesamt siehe stellvertretend die Beiträge in Cattero 1998, Candeias/Deppe 2001 sowie Aglietta 2000, Boyer 2000 sowie Altvater/Mahnkopf 2002 und Höppner 2003.

4. Zwischen Pfadabhängigkeit und Transformationsdruck: gesundheitspolitischer Wettbewerbskorporatismus

Aus regulationstheoretischer Sicht sind bisher keine Analysen zum deutschen Gesundheitssystem vorgelegt worden²⁰³, so dass auf Erfahrungen mit Blick auf die analytische Ergiebigkeit dieses Ansatzes im Politikfeld Gesundheit nicht zurück gegriffen werden kann. Auch dies ist ein Indiz für die bereits erwähnte „mikropolitische Leestelle“ dieses Ansatzes. Auch wenn diese Lücke durch die hier vorgelegte Studie nicht geschlossen werden kann, da sie ein umfangreiches Forschungsprogramm umfassen würde, sollen im weiteren einige Überlegungen entfaltet werden, die zumindest in diese Richtung weisen. Vor allem aus einer akteurs- und institutionstheoretischen Ergänzung einer regulationstheoretisch inspirierten Analyse könnte sich, so die Vermutung, ein Ansatz zur Analyse von Veränderungen im Regulationsmodell des deutschen Gesundheitssystems ergeben, der einen neuen Blick und einigen Zusatznutzen gegenüber den bisher praktizierten (systemtheoretischen und akteursorientierten) Ansätzen verspricht.

Worin könnte diese analytische Zusatznutzen bestehen? Die Ausgangsvermutung stellt die bereits angedeutete Auffassung dar, dass der akteursorientiert-institutionalistische Ansatz und die Regulationstheorie einander nicht widersprechen, sondern als komplementäre Herangehensweisen an die Analyse gesellschaftlicher Entwicklungen betrachtet werden können. Diese Sichtweise erlaubt es, die Vorteile beider Ansätze nutzen zu können, ohne ihre Nachteile in Kauf nehmen zu müssen. Zu den Stärken der handlungsorientierten Differenzierungstheorie gehört zweifelsohne ihre Sensibilität für die institutionellen Kontextbedingungen politischer Strategiebildung und Handlungen. Einen entsprechend weitgefassten Institutionenbegriff vorausgesetzt werden damit nicht nur die machtpolitischen und organisatorischen Handlungsbedingungen der Gegenwart, sondern auch die in den Institutionen „geronnen“ Kräfteverhältnisse der Vergangenheit in die Analyse einbezogen. Diese Perspektive vermag wichtiges über den strukturellen Rahmen von Akteurshandeln, über organisationspolitische Interessenlagen, über Handlungsorientierungen und -ressourcen sowie über bereitgestellte Konfliktlösungsmodelle, wie sie durch die institutionellen Arrangements konstituiert werden, zu Tage zu fördern. Eine Analyse von Brüchen und Kontinuitäten im deutschen Gesundheitswesen kann auf die aus dieser theoretischen Perspektive durchgeführten Analysen nicht verzichten. Doch für die Frage nach der gesellschaftlichen „Anbindung“ von Interessen, Machtressourcen und Handlungszielen verspricht eine Theorie einen höheren Ertrag, die danach fragt, woher die Interessen und Machtbeziehungen kommen, die dann im Zuge der sozialen Differenzierung des Handlungssystems in die institutionellen Kontextbedingungen eingehen. Natürlich darf dabei nicht übersehen werden, dass Institutionen ihrerseits und durchaus eigenständig Interessenlagen konstituieren und Machtressourcen verteilen und damit auch Handlungsziele und –möglichkeiten von Akteure (mit)bestimmen. Aber die dem Prozess der Institutionenbildung vorausgehenden und ihn stets prägenden „vorgegebenen Standardinteressen“, die „konkretisierungsbedürftig (sind), ehe sie handlungsanleitend

²⁰³ Jedenfalls sind dem Autor keine bekannt.

werden können“ (Mayntz/Scharpf 1995: 57b) sind in den sozialökonomischen Fundamenten der Gesellschaft verankert und wandeln sich mit diesen. Mit anderen Worten: Interessenlagen, die Handlungen prägen und ihnen vorausgehen, werden zwar durch die institutionellen Kontextbedingungen konkretisiert; aber in ihren abstrakteren Grundform entstammen sie den ökonomischen und sozialen „Kontextbedingungen“, die wiederum der Institutionenbildung oder –veränderung vorausgehen. Die dort vorfindlichen „Handlungssysteme“ (etwa die sich zunehmend internationalisierende Wirtschaft) haben jedoch ihrerseits eigene Handlungslogiken, die sich von denen der institutionalisierten Systeme (etwa des Gesundheitswesens) unterscheiden. Wie die unterschiedlichen „Handlungssysteme“ zueinander stehen, wie sie sich gegenseitigen beeinflussen, ob sie etwa hegemoniale Beziehungen untereinander herausbilden usw. gerät doch eher in den Blick, wenn systematisch und gesellschaftsweit (und nicht sporadisch und auf einzelne Organisationen oder Akteure beschränkt, wozu die Handlungstheorie neigt) nach dem Zusammenspiel der sozialökonomischen und der politisch-institutionellen „Handlungssysteme“ gefragt wird.

Dies ermöglicht die regulationstheoretische Herangehensweise und das ist im hier diskutierten Kontext ihr Vorteil gegenüber dem handlungs- und akteurstheoretischen Ansatz. Indem das Zusammenwirken und die komplexen Interdependenzen zwischen dem Akkumulationsregime und der Regulationsweise einer der konstitutiven Fragestellungen der Regulationstheorie darstellt, werden die in beiden Sphären vorhandenen „Handlungssysteme“ systematisch aufeinander bezogen. Aus dieser Sicht sind gesellschaftliche Akteure oder Institutionen gleichsam Vermittler zwischen beiden Ebenen von Handlungssystemen, die insbesondere in den ihnen zugrundeliegenden Interessenlagen das Scharnier zwischen beiden Welten in sich tragen. So wird der für die Analyse der Gesundheitspolitik seit den siebziger Jahren zentrale Sachverhalt erkennbar, das der Staat in seinem Bemühen, die Krise des fordistischen Akkumulationsregimes zu überwinden und dem postfordistischen zum Durchbruch zu verhelfen, durchaus mit dem „ökonomischen Handlungssystem“ entstammenden Zielsetzungen in das „nicht ökonomische“ Gesundheitssystem interveniert. Verharrt der analytische Blick aber auf den Binnenstrukturen und –prozessen des Gesundheitssystems, bleiben die Ursachen für den Politikwechsel, die sich außerhalb dieses Terrains befinden, außerhalb des Blickfeldes. Dies würde vor allem in der Analyse der Gesundheitspolitik seit Mitte den siebziger Jahren zu erheblichen Informationsverlusten führen. Denn die Ursachen der liberalen Wende in der Gesundheitspolitik sowie die sich dahinter verbergenden politökonomischen Umbrüche inklusive der massiven Auswirkungen auf die Handlungsstrategien der Akteure blieben ausgeblendet oder zumindest unterbelichtet, würde die Implementierung ökonomischer Steuerungsziele (Beitragssatzstabilität, Kostendämpfung usw.) in das Gesundheitssystem ausgeklammert. Mit anderen Worten: der regulationstheoretische Ansatz der Transformation des Wohlfahrts- in den Wettbewerbsstaat vermag zu erklären, *warum* der Staat mit den systemfremden ökonomischen Steuerungszielen in das Gesundheitswesen interveniert; und die handlungstheoretisch begründete Auffassung von der zentralen Bedeutung der institutionellen Binnenstrukturen als Voraussetzung erfolgreichen

staatlichen Handelns vermag zu erklären, mit *welchen Bedingungen* der Staat bei der Umsetzung seines politikinhaltlichen Paradigmenwechsels konfrontiert ist.²⁰⁴

Gerade dieser Versuch der Implementierung externer, wettbewerbspolitisch begründeter Steuerungsgrößen in das Gesundheitssystem prägen die Gesundheitspolitik seit Mitte der 1970er Jahre. Aus dieser Entwicklung ging der das gesamte gesundheitspolitische Regulierungsmodell umfassende Transformationsdruck hervor. Zum Ausdruck kam er in dem, was vielfach als Wende hin zu einer Politik der „gesundheitspolitischen Kostendämpfung“ beschrieben wurde (vgl. dazu: Berg 1986, Paffrath/Reiners 1987, Webber 1988: 193ff. und 1989, Kühn 1997, Gerlinger 2002b). Diese Periode der Kostendämpfung im engeren Sinne dauerte zunächst von Mitte der 1970er bis zu Beginn der 1990er Jahre. Gekennzeichnet war sie durch folgende Merkmale (Gerlinger 2002b: 8ff.):

- *Erstens* durch eine „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“²⁰⁵, die Beitragssatzstabilität als gesundheitspolitische Zielgröße implementierte, ohne dass sie bereits gesetzlich fixiert worden wäre. Die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik setzte weniger auf verbindliche Anweisungen, sondern stärker auf Empfehlungen unter gleichzeitiger Einbeziehung der beteiligten Akteure. Seinen institutionellen Ausdruck fand dieses Politikmodell in der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ (Wiesenthal 1981), die mitunter als Modell des deutschen Korporatismus schlechthin galt.

- *Zweitens* war diese Politik gekennzeichnet durch eine merkbare Stärkung der Finanzierungsträger (vor allem der Krankenkassen) gegenüber den Leistungserbringern (insbesondere den Ärzten) durch eine Angleichung und Zentralisierung der zwischen den Kassen bzw. Kassenarten zum Teil unterschiedlichen Handlungskompetenzen und Handlungsbedingungen. Dies geschah etwa durch die Verlagerung der Vergütungsverhandlungen der Orts-, Innungs-, Betriebs- und Landwirtschaftlichen Kassen von der einzelnen Kasse auf die Landesverbände, durch die Schaffung einer kassenartenübergreifend geltenden kassenärztlichen Gebührenordnung sowie durch die Einbeziehung der Ersatzkassen in den Geltungsbereich der durch den BÄK erlassenen Richtlinien.

- *Drittens* zielte diese Politik auf eine vorsichtige Korrektur von Angebotsstrukturen, die zu Fehlanreizen führten. Dazu gehörten etwa die Einführung einer kassenärztlichen Bedarfsplanung, die den Anstieg der Arztzahlen und damit auch der arztinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begrenzen sollte; die Reform des Honorierungssystems für die kassenärztlichen Leistungen („Einheitlicher Bewertungsmaßstab“), um die vorhandenen Anreize zur Ausweitung von technisch-

²⁰⁴ Diese Eine solche Sichtweise, die der Dialektik von externem Veränderungsdruck und inneren Verarbeitungsprozeduren große Beachtung schenkt, ist in der Theorie sozialer Binnendifferenzierung durchaus angelegt. Zumindest verweist Mayntz explizit darauf, dass Differenzierungsprozesse sowohl durch endogene wie durch exogene Faktoren vorangetrieben werden könne (1988: 28).

²⁰⁵ Reiners weist darauf hin, dass diese in der Sozialpolitik mittlerweile einschlägige Formulierung der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ als Gegensatz einer „ausgabenorientierten Einnahmepolitik“, in der nicht die Ausgaben sondern die Einnahmen und damit die Beitragssätze die Anpassungsvariable darstellen, 1975 vom damaligen AOK-Bundesvorstandsmitglied und DGB-Sozialexperten Alfred Schmidt geprägt wurde (Reiners 1993: 7).

apparativen Leistungen zu schwächen und zu einer gerechteren Honorarverteilung unter den niedergelassenen Ärzten beizutragen; sowie die Einführung einer prospektiven Budgetierung und von flexiblen Budgets bei der Krankenhausvergütung, die Anreize zur Verkürzung der Verweildauer und zur Begrenzung von Krankenhausneuaufnahmen setzten sollten.

Auch wenn die Kostendämpfungspolitik mit Blick auf das zentrale Ziel der Stabilisierung von Beitragssätzen und Ausgaben durchaus Erfolge vorzuweisen hatte (Alber 1989), stieß sie relativ bald an Grenzen und wurde durch einen erneuten „Pradigmenwechsel“ in der Gesundheitspolitik abgelöst.²⁰⁶ Etwa zu Beginn der 1990er Jahre – nach der deutschen Wiedervereinigung, nach der allmählichen Verfestigung von Massenarbeitslosigkeit und Wachstumsproblemen sowie nach der Verschärfung der transnationalen Konkurrenzbeziehungen – verschlechterten sich die ökonomischen Kontextbedingungen der Gesundheitspolitik. Gleichzeitig mussten kräftige Ausgaben- und Beitragssatzanstiege hingenommen werden, die im politischen Diskurs als Indizien für das endgültige Scheitern der klassischen Kostendämpfungspolitik gewertet wurden. Vor diesem Hintergrund wurde ein neuer Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik vollzogen, in dessen Verlauf sich auch die Konfrontation des Gesundheitssystems mit den externen Steuerungszielen verstärkte. Da die nun radikalisierten Konsolidierungsanforderungen, die an das System gestellt wurden, offensichtlich nicht mehr im Rahmen der gewachsenen Strukturen der gesundheitspolitischen Regulation zu realisieren waren, begann die Periode der „gesundheitspolitischen Strukturreformen“, in deren Verlauf sich Aufgaben und Funktionen des BÄK wandelten und sich die wettbewerbskorporatistischen Strukturelemente im Gesundheitssystem herausbildeten.

Mit Blick auf die gesundheitspolitischen Reformagenden wird deutlich, dass vor allem die Beitragssatzstabilität unter den gesundheitspolitischen Zielen erneut an Gewicht gewann. Sie wurde durch den Gesetzgeber weiter aufgewertet und zeitweilig mit einer Budgetierung der GKV-Ausgaben flankiert.²⁰⁷ Dieses Ziel, das sich nicht aus der Logik des Gesundheitspolitik erklären lässt, sondern den klassischen Fall einer politischen Internalisierung eines externen Steuerungsziels darstellt, dominiert seither alle Gesundheitsreformen. Diese Strategie der „Ökonomisierung des Gesundheitssystems“²⁰⁸ war für das gesundheitspolitische Regulierungssystem

²⁰⁶ Nach Gerlinger krankte die Politik der Kostendämpfung vor allem an dem internen Widerspruch zwischen dem globalen Ziel der Beitragssatzstabilität bzw. der Ausgabenbegrenzung und den finanziellen Anreizen der Individualakteure, die die Kostendämpfungspolitik weitgehend unberührt ließ und von denen ein starker Anreiz zur Mengenausweitung ausging. Dies war vor allem auf die geltenden Vergütungs- und Finanzierungsformen zurückzuführen, wobei dem Selbstkostendeckungsprinzip im stationären und dem Einzelvergütungsprinzip im ambulanten Versorgungssektor besondere Bedeutung zukam. (2002b: 10)

²⁰⁷ Die Implementierung des Steuerungsziel der Beitragssatzstabilität in das Gesundheitssystem mit dem GRG 1989 kann insofern als eine der folgenreichsten Strukturmaßnahmen im Prozess der Ungestaltung des Gesundheitssystem gewertet werden. (Zöllner 1992, Freudenberg 1995) Mit der generellen Vorgabe von Beitragssatzstabilität wurde das ökonomische Handlungsziel der Kostensenkung – vermittelt durch die Übertragung der Handlungslogik der neoliberalen Wirtschaftspolitik auf die Gesundheitspolitik - in das Gesundheitssystem eingeführt (Kühn 1997).

²⁰⁸ Unter Ökonomisierung wird hier ein allgemeiner Prozess sowie eine politische Strategie verstanden, die zu einem wachsenden Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen führen (dazu: Simon 2001).

folgenreich. Zum Zwecke der Umsetzung der daraus abgeleiteten, neuen steuerpolitischen Maxime wurden mit dem Kassenwettbewerb und der „Wahlfreiheit“ (als seiner unverzichtbaren Voraussetzung) sowie mit der sukzessiven Ausweitung von Zuzahlungsregelungen Mechanismen marktlicher Koordinierung installiert, die der Hebung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen dienen sollten. Die korporatistischen Strukturen der Interessenvermittlung im Gesundheitswesen wurde dabei nicht grundsätzlich in Frage gestellt, transportieren nun aber, so lässt sich die zentrale These der Anwendung der Theorie der Transformation des Wohlfahrts- in den Wettbewerbsstaat auf das Gesundheitssystem zusammenfassen, die neuen wettbewerbskompatiblen Inhalte und dienen als Vermittlungsstruktur zur Umsetzung der liberalen Wende in der Gesundheitspolitik.

Gerade bei einer solchen Sichtweise überrascht zunächst die Konstanz der korporatistischer Interessenvermittlungsstrukturen bei gleichzeitigem Wechsel hin zu einer wettbewerbsfördernden Politik, auch Elemente einer stärker wettbewerblichen Regulierung in den 1990er im deutschen Gesundheitssystem durchaus an Bedeutung gewonnen haben (mit unterschiedlichen Akzenten vgl. Döhler 2002 und Gerlinger 2002a). Doch die relative Stabilität korporatistischer Elemente lässt sich erklären und steht keineswegs im Gegensatz zur hier vorgelegten Auffassung. Erste nützliche Informationen liefert der Hinweis, dass es sich dabei keineswegs um ein Spezifikum der Gesundheitspolitik handelt.²⁰⁹ Vor allem in den Analysen der Kapital-Arbeit-Beziehungen wurden ähnliche Prozesse gesichtet und im Terminus des „Angebots- bzw. Wettbewerbs-Korporatismus“ begrifflich auf den Punkt gebracht (Traxler 1993, Rhodes 1998 und 2001). So ließ sich für alle korporatistisch verfassten Arbeitssysteme in europäischen Staaten zeigen, dass der im Zuge der Globalisierung und der Europäischen Integration angewachsene Druck auf die arbeits-, sozial- und tarifrechtlichen Schutzstandards sehr wohl zu einer Anpassung in der betrieblichen und gewerkschaftlichen Interessenvertretungspolitik geführt hat; dass sich dieser Politikwechsel aber weitgehend innerhalb der tradierten korporatistischer Strukturen abspielte (Traxler 2001). Das gilt sowohl für die gewerkschaftliche Tarifpolitik, in der vorhandene Verteilungsspielräume nicht mehr ausgeschöpft und erhebliche Zugeständnisse bei Deregulierung und Flexibilisierung gemacht wurden; es gilt jedoch gleichermaßen für die betrieblichen Arbeitsbeziehungen, in denen in der Regel

²⁰⁹Bisher ist der Übergang vom „Sozial“- zum „Wettbewerbskorporatismus“ meist am Beispiel der Transformation der europäischen Arbeitsbeziehungen belegt worden; dies geschah anhand der Analyse der jeweiligen industriellen und Kollektivvertragsbeziehungen (Bieling/Deppe 1999, Traxler 2000, Schulten 2000) sowie der nationalen Tarifpolitiken (Schulten 1998). Neben der allmählichen Durchsetzung einer „wettbewerbs- und produktivitätsorientierten Tarifpolitik“ (also eines politikinhaltlichen Wandels) konnte auch eine Restrukturierung der institutionellen Arrangements in den Kapital-Arbeit-Beziehungen beobachtet werden, ohne dass das System korporatistischer Interessenvermittlung gänzlich in Frage gestellt wurde. Diese Veränderung besteht in einem Trend zur Dezentralisierung und „Verbetrieblichung“ der Arbeitsbeziehungen, ohne dass die Institutionen des Flächentarifvertrages grundsätzlich infrage gestellt wurde. Hinzu kommt die Herausbildung sogenannter „Sozialpakete“, die den institutionellen Rahmen des inhaltlichen Politikwechsels bereitstellen und eine neue korporatistische Institution darstellen (Hassel 2000, Urban 2000). Der vorliegende Beitrag versucht, auf diese Analogien zu verweisen und zu zeigen, dass sich auch die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen mit Erkenntnisgewinn im Rahmen des „theoretischen Ansatzes“ der Transformation des Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus analysieren lassen.

Konzessionen bei Arbeitszeit, Einkommen und arbeitsorganisatorischen Anpassungen auf Belegschaftsseite gegen befristete Arbeitsplatz- und Investitionszusagen durch die Unternehmensleitungen eingetauscht wurde (Bieling/Deppe 1999).

Besonders überraschend kamen diese Entwicklungen eigentlich nicht. Was sich in den Kapital-Arbeit-Beziehungen als Wettbewerbskorporatismus fassen lässt, stellt lediglich die Fortsetzung dessen dar, was von der Korporatismusforschung insgesamt bereits seit geraumer Zeit als Übergang vom keynesianischen zum „liberalen“ Korporatismus beschrieben wurde.²¹⁰ Mit dieser begrifflichen Neuerung reagierte die wissenschaftliche Politikanalyse auf realpolitische Veränderungen, die sich im Übergang von der sozialdemokratischen zur liberalen Regierungsära in den Kernstaaten der EU vollzogen. Die makroökonomischen Steuerungsversuche waren, so die vorherrschende Auffassung, an widrigen institutionellen, politischen und ökonomischen Bedingungen gescheitert, „sei es, weil die korporatistische ‚Tauschpolitik‘ zunehmend von der Kapitalseite konterkariert wurde, oder weil die Verteilungspolitik infolge externer ‚Ölschocks‘ und struktureller Anpassungszwänge komplizierter geworden waren.“ (Czada 1994: 43) Im Zuge der „neo-liberalen Umdefinierung des Regulierungsbedarfs“ (Streeck 1994b: 23) moderner Gesellschaften wurde der Prozessinterventionismus der Globalsteuerung verworfen; statt dessen stieg die Wertschätzung ordnungspolitischer Basisinterventionen und regionaler sowie sektoraler Modernisierungscoalitionen zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft. Diese Neudefinition der politikinhaltlichen Regulierungsziele, die der Wechsel von der Kompensation sozialer Risiken und Disparitäten zur Förderung von Wettbewerb und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen bedeutete, blieb für den gesamten Modus der Regulation nicht ohne Auswirkungen. So verlor im wettbewerbskorporatistischen Modell die zentralstaatliche Ebene als primäre Regulationsebene zu Gunsten der regionalen an Bedeutung; und zugleich gewannen indirektere Formen der Regulation (etwa über die Veränderung von Anreizstrukturen und Empfehlungen) gegenüber direkten staatlichen Anweisungen und Anordnungen an Gewicht. Der wettbewerbskorporatistisch agierenden Staat ist stärker denn je ein (regional und sektoral) verhandelnder Staat.

Die nun erneut einsetzende Debatte über den „Umbau des Sozialstaates“ ließ deutlich werden, dass den Systemen der sozialen Sicherheit in dieser ordnungspolitische Modernisierungspolitik eine zentrale Rolle zugedacht war. Gleichwohl, so stellt die aktuelle Sozialstaatsforschung vielfach fest, ist trotz dieser politischen Neuorientierung ein erstaunliches Beharrungsvermögen der sozialstaatlichen Strukturen im Allgemeinen, der korporatischen im Besonderen festzustellen.²¹¹ Damit scheint sich zunächst die These von der Pfadabhängigkeit institutioneller Entwicklungen im Sozialstaat zu bestätigen. Doch der relativen Stabilität der institutionellen Strukturen steht zum einen

²¹⁰ Die einzelnen Wege der Korporatismus-Debatte können an dieser Stelle nicht ausführlich nachgezeichnet werden. Zu den „Konjunkturen“ (Roland Czada) und politikinhaltlichen Akzentverschiebungen des Korporatismus und ihrer wissenschaftlichen Reflektion vgl. Streeck 1994a und 1999, Czada 1994, Schmitter/Crote 1997 sowie Molina/Rhodes 2002.

²¹¹ Zur neueren Debatte in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung vgl. Rhodes/Many 1998, Obinger/Wagschal 2000, Pierson 2001, Seeleib-Kaiser 2001, Siegel 2002, Schmid 2002, Ferrera/Rhodes 2003, Kaufmann 2003; zur Debatte über die Entwicklung des deutschen Sozialstaates vgl. Kaufmann 1997, Urban 1999, Schmittthener/Urban 1999, Leibfried/Wagschal 2000, Mayer 2001, Schmidt 2001b.

der Wandel in den Politikgehalten gegenüber. Der Wettbewerbskorporatismus stellt eine Art Mittelweg zwischen einer radikalen Transformation des institutionellen Arrangements des jeweiligen Politikfeldes und einer absoluten Strukturkonstanz aufgrund der institutionellen Beharrungskraften dar. Während infolge der internen und externen Schocks, die sich in Form der Globalisierung/Europäisierung der ökonomischen und politischen Handlungssysteme und der Produktivitäts- und Innovationskrise des fordistischen Akkumulationsregimes Geltung verschafften, erheblicher Veränderungsdruck auf die institutionellen Konfigurationen der Politikfelder entstand, sorgen die Logiken pfadabhängiger Entwicklungen offenbar dafür, dass ein Teil dieses Druckes in die Transformation der Politikagenden (vor allem der Hierarchie der Politikziele) abgeleitet wurde (und wird) und sich somit die Veränderungen im Institutionengefüge in Grenzen halten. Der Wettbewerbskorporatismus weist gegenüber dem traditionellen Sozialkorporatismus zwar auch im institutionellen Design Unterschiede auf; doch vor allem unterscheiden sich die Inhalte der Interventionen des arbeitsschützenden Wohlfahrtsstaats von denen des kapitalfördernden Wettbewerbsstaats. Der Wettbewerbskorporatismus stellt also, mit seinem institutionellen Konfigurationen und seinen Politikgehalten, die Antwort auf die Zwängen dar, die sich aus der Formationskrise des fordistischen Kapitalismus ergaben und die mit Wucht auf die institutionellen Konfigurationen der sozialpolitischen Felder stießen.

Der gesundheitspolitische Wettbewerbskorporatismus stellt eben diesen Prozess im Politikfeld Gesundheit dar. Auch hier wurde der korporatistische Entwicklungspfad des Gesamtsystems nicht abgebrochen, sondern eher modifiziert. Ob es sich hier jedoch, wie die hier vorgelegte Argumentation nahe legt, um einen Entwicklungstrend handelt, der sich verstetigt und der das neue institutionelle Design des Gesundheitssystems prägen wird, muss zunächst einmal als offene Frage gewertet werden. Es bleibt Aufgabe der empirischen politikwissenschaftlichen Forschung, die hier formulierte These von dem (zumindest partiellen) wettbewerbskorporatistischen Strukturwandel einer Prüfung zu unterziehen und gegebenenfalls auch zu falsifizieren. Gleichwohl hat die international vergleichende Analyse der Entwicklung der nationalen Gesundheitssysteme in Europa während der 1990er Jahre bereits einige Trends zutage gefördert, die die hier angestellten Überlegungen stützen. Dies gilt etwa für die Studien, die Richard B. Saltmann u.a. (Saltmann 2002) vorgelegt haben. Ihre Beobachtungen lassen sich durch die Benennung von drei Basistrends zusammenfassen:

1. In nahezu allen Staaten dominierten in den 1990er Jahren Versuche, durch die Implementierung von Wettbewerbselementen und die Förderung unternehmerischen Verhaltens die Gesundheitskosten zu dämpfen. Entgegen den Annahmen neoklassischer Theoriemodelle und konservativ-liberaler Politikentwürfe nahm die Rolle des Staates als Regulator des Gesundheitssystems mit zunehmender Vermarktlichung und Deregulierung jedoch nicht ab, sondern zu.²¹² Zugleich veränderte sich jedoch mit der

²¹² „Yet the basic observation remains: the greater the level of market-style incentives that a country's policymakers introduce, and the more decentralized management a health systems has, than the greater the regulatory role of the State if the citizenry is to receive a consistent, universally accessible standard of

voranschreitenden Etablierung wettbewerblicher Anreizstrukturen auch der Modus der regulativen staatlichen Interventionen. „In parallel with this planned market approach, the steering function of the state has shifted from a command-and-control mode to more regulatory models of supervision and oversight.” (Saltmann 2002: 1682)

2. Mit dem zu beobachtenden Wandel des staatlichen Steuerungsmodus⁷ und der staatlichen Steuerungsfunktion verändern sich auch Umfang und Qualität der staatlichen Aktivitäten, um den komplexeren und anspruchsvolleren Aufgaben gerecht werden zu können. Dies geht vor allem mit einem Anstieg der Transaktionskosten (vor allem in Form der öffentlichen Verwaltungskosten) einher. Auch hier wird deutlich, dass die auf Markt und Wettbewerb setzenden Kostendämpfungsstrategien in der Regel paradoxe Resultate erzielen. Nicht nur die durch den Wettbewerb in Gang gesetzte Expansionsdynamik, sondern auch die Zunahme privater wie öffentlicher Regulierungs- und Transaktionskosten machen marktorientierte Modernisierungsstrategien im gesundheitspolitischen Feld schnell zu einer teureren, fast schon exklusiven Angelegenheit. Oder mit anderen Worten: „This suggests that adopting market-style incentives as a central mechanism to manage a health care system is not a poor State’s game.“ (Saltmann 2002: 1682)

3. Die Umstellung auf einen markt- und wettbewerbsorientierten, indirekteren Regulationsmodus erfordert von allen Beteiligten grundlegende Veränderungen in Organisationsstrukturen und Strategiepräferenzen. Das gilt für den indirekter und kommunikativer regulierenden Staat wie für die staatsnahen Akteure als den Adressaten der neuen staatlichen Regulierungsbemühungen. In der Gesundheitspolitik bedeutet dies, dass die erfolgreiche Einführung wettbewerblicher Anreizstrukturen nicht nur eine Restrukturierung der Krankenkassen und der Leistungsanbieter, sondern auch der Staatsapparate erfordert. Der notwendige Wandel schließt vor allem ein nach neuen Kriterien ausgebildeten Staatspersonal und neue Personalführungsstrategien nach den Maßstäben der „Humankapitalförderung“ ein, um den komplexeren Anforderungen des neuen Regulierungsmodus gerecht werden zu könne. „(...) the reality is that effective planned markets require effective, sophisticated regulators.” (Saltmann 2002: 1682)

Schon aus Gründen der methodischen Sorgfalt wäre nun natürlich zu fragen, ob sich die hier benannten Elemente eines neuen Regulierungsmodells in allen Gesundheitssystemtypen (also in staatlich, korporatistisch oder marktlich regulierten Systemen) gleichermaßen beobachten lassen, wie es die Studie von Saltmann u.a. nahegelegt. Eine genauere Betrachtung würde vermutlich zu dem Ergebnis kommen, dass sich zumindest Bedeutung und Gewichtung der Einzelelemente entsprechend der institutionellen Kontexte variieren. Doch dies wäre ein eigenes empirisches Forschungsprogramm. Gleichwohl sollen hier, trotz der methodischen Unsicherheiten, die Verweise auf die gestärkte, aber deutlich veränderte Rolle des Staates sowie auf den hohen Veränderungsdruck, dem offensichtlich alle am Regulierungsgeschehen beteiligten Akteure ausgesetzt sind, als Hinweis auf vermutliche Essentials eines neuen Modus gesundheitspolitischer Regulation festgehalten werden, der sich offenbar in den

care.” (Saltmann 2002: 1681) Siehe dazu auch die Ausführungen zu den Paradoxien wettbewerblicher Strategien in der Gesundheitspolitik in Abschnitt V.

europäischen Staaten herauszubilden beginnt. Seine Entstehung und Entwicklung unter den Bedingungen des deutschen Systems darzustellen und zu analysieren, soll Zielsetzung der folgenden Ausführungen sein.

Mit Blick auf die Frage nach einem geeigneten theoretischen Ansatz zur Analyse dieser Entwicklung kann hier folgendes Fazit der bisherigen Überlegungen gezogen werden. Eine akteursorientierte Ergänzung eines regulationstheoretischen Ansatz ermöglicht eine Kombination von Einzelkomponenten beider Ansätze, die mit Blick auf die Analyse der Veränderungen im Regulationsmodells des deutschen Gesundheitssystems eine Reihe bemerkenswerter Vorteile aufweisen:

1. Sie ermöglicht, die binnenstrukturellen Veränderungen im Politikfeld Gesundheit als einen über strategisches Handeln korporativer Akteure vermittelten Transformationsprozess zu begreifen; ein Prozess der durch staatliches Handeln dann erfolgreich beeinflusst werden kann, wenn es ihm gelingt, die Kontextbedingungen und die damit einhergehenden neuen Interessendefinitionen, Handlungsorientierungen und Strategiepräferenzen der Akteure in diesem Sinne zu beeinflussen; damit überwindet dieser Ansatz die systemtheoretische These von der Unmöglichkeit der bewussten Beeinflussung des Gesundheitssystems.
2. Sie korrigiert die Herrschaftsblindheit der ausschließlich akteurs- und institutionenorientierten Steuerungstheorie durch die analytische Rückbindung von Interessen, Handlungsoptionen und Strategiepräferenzen an die sozialökonomische Kernstruktur kapitalistischer Gesellschaften und die durch diese Struktur vorgeprägte Interessen- und Machtkonstellationen.
3. Sie berücksichtigt die politökonomischen Kontextbedingungen, die aus den ökonomischen Umbrüchen (Krise des Fordismus, Globalisierung/Europäisierung usw.) resultieren und auf die institutionellen Arrangements und damit wiederum auf die Handlungsorientierungen des Staates wirken, indem sie die mikropolitischen Einzelblicke in den regulationstheoretisch erschlossenen makropolitischen Zusammenhang einbettet.
4. Sie versteht staatliches Steuerungshandeln dadurch weder als (relativ erfolgloses) Reaktion auf die Probleme einer autopoietischen Reproduktionsdynamik noch als politikinhaltlich mehr oder weniger indifferente Antwort auf Problemlösungsversuche in vermachteten Handlungssystemen mit institutionalisierten Vetospielern; sie identifiziert die staatlichen Interventionen als Versuche der Implementierung neuer Steuerungsziele in das Gesundheitssystem, die sich aus der allgemeinen Transformation des Wohlfahrts- zum Wettbewerbsstaat ergeben. Dabei werden die systemische Eigendynamik sowie die institutionelle Binnenstruktur des Gesundheitssystems nicht ignoriert, sondern als Kontexte aufgefasst, auf die die staatlichen Versuche eines wettbewerbskompatiblen Umbaus des Gesundheitssystems treffen.
5. Sie bietet schließlich mit der These der wettbewerbspolitischen Restrukturierung des Europäischen Sozialmodells und der nationalen Wohlfahrtsstaaten das politikinhaltliche Substrat für die Erklärung der Veränderungen im Regulierungsmodell des deutschen

Gesundheitswesens, indem es diese analytisch in den Übergang vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus integriert.

VII. Leistungsregulierung im gesundheitspolitischen Mehrebenen-System

1. Das Regulierungsmodell des deutschen Gesundheitswesens: „Selbstorganisation im Schatten staatlicher Hierarchie“

Bevor nun die These von der Implementierung wettbewerbskorporatistischer Regulierungselemente in das deutsche Gesundheitssystem am Beispiel des Funktionswandel des BÄK illustriert werden soll, gilt die Aufmerksamkeit der Skizze des institutionellen Regulierungsmodells des deutschen Gesundheitswesens. Denn die Untersuchung eines etwaigen Funktionswandels einer Institution des Gesundheitswesens hat die Spezifika des deutschen Gesundheitswesens zu beachten. Zu diesen gehört, dass das reale Versorgungsgeschehen und die Versorgungsqualität aus Sicht der Betroffenen keineswegs über die ausschließliche Analyse etwaiger Veränderungen im gesetzlich fixierten Leistungskatalog des SGB V zu erschließen sind. Im deutschen Gesundheitswesen, das nicht zu Unrecht als „System komplexer Vielfachsteuerung“ (Alber 1992: 157; Herv. im Orig.) bezeichnet wurde, findet die Regulierung der gesundheitspolitischen Wohlfahrtsproduktion in einem hierarchischen Mehrebenen-System mit vielfältigen horizontalen und vertikalen Politikverflechtungsstrukturen, unter Zuhilfenahme unterschiedlicher Regulierungsmedien und unter Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren statt. Auf die Mechanismen und Funktionszusammenhänge dieses Modell muss achten, wer die Funktions- und Wirkungsweise eines Gremiums im institutionellen Geflecht und die Auswirkungen von Strategie- und Funktionswandlungsprozessen auf die Versorgung der Menschen adäquat erfassen will.

Um das Regulierungsmodell des deutschen Gesundheitssystems zu erfassen, soll hier zunächst auf den Ansatz des akteurzentrierter Institutionalismus (Mayntz/Scharp 1995b und Scharpf 2000) als analytischer Bezugsrahmen zurückgegriffen werden. Er stellt institutionelle Konfigurationen und ihre Veränderungen wie gezeigt in den Kontext einer voranschreitenden Binnendifferenzierung des sozialen Handlungssystems Gesundheit und kann als interaktionsorientierte Strang in der neueren Policy-Forschung verstanden werden. Institutionelle Arrangements werden dabei insbesondere als Produkt strategischer Handlungen zwischen mehreren oder einer Vielzahl politischer Akteure interpretiert, die mit spezifischen individuellen und institutionellen Eigeninteressen, normativen Präferenzen und Handlungsressourcen ausgestattet sind.²¹³ Die so entstehenden Interaktionsmuster wirken ihrerseits als institutioneller Kontext der Handelnden auf diese zurück. Somit sind die Akteure „selbst zumeist durch institutionelle Normen konstituiert, die nicht nur ihre Kompetenzen und andere Handlungsressourcen definieren, sondern auch bestimmte Ziele vorgeben und die gemeinsamen kognitiven Orientierungen prägen.“ (Scharpf 2000: 35). Den so

²¹³ Zur Entwicklung der neueren Policy- bzw. Politikfeldforschung in Deutschland vgl. Hartwich 1985, von Beyme/Schmidt 1990, Schubert 1990, Héritier 1993 sowie Schubert/Bandelow 2003.

entstehenden mehr oder weniger stabilen Akteurskonstellationen wohnen eigene Handlungslogiken inne, die zumeist unter Zuhilfenahme spieltheoretischer Modelle analysiert und durch „das Verhältnis (bestimmt werden), in dem die an der politischen Interaktion beteiligten Akteure hinsichtlich ihrer Strategieoptionen und hinsichtlich ihrer Ergebnispräferenzen zueinander stehen“ (Scharpf 2000: 42)²¹⁴. Wichtig für den hier zu diskutierenden Gegenstand ist, dass der „institutionelle Kontext auch die Interaktionsformen - einseitiges Handeln, Verhandlungen, Mehrheitsentscheidung oder hierarchische Steuerung - (definiert), durch welche die Akteure sich gegenseitig beeinflussen und auf die schließlich erzielte politischen Ergebnisse einwirken.“ (Scharpf 2000: 36) Somit lassen sich gesellschaftliche Subsysteme wie das Gesundheitswesen anhand der sie prägenden Interaktionsmodi oder Policy-Modelle beschreiben, die systematischen Quer- und historischen Längsschnittanalysen unterzogen werden können.

Das deutsche Gesundheitssystem wird nach diesem Ansatz durch einen Interaktionsmodus geprägt, der als „Selbstregulierung im Schatten des Staates“ bezeichnet wird. (Scharpf 2000: 319ff.) Diese Kennzeichnung rekurriert auf das konstitutive Zusammenspiel zwischen weitreichender staatlicher Regulierungsmacht mit verbandlicher und individueller Selbstorganisation. Charakteristisch für dieses Modell ist, dass der Staat zur Regulierung zentraler gesellschaftlicher Problemfelder Verhandlungsregime schafft, die intern hierarchisch gegliedert sind. Der Unterschied und zugleich Vorteil (im Sinne von eher zur Produktion verbindlicher Entscheidungen fähig) gegenüber „freien Verhandlungen“ in ausschließlich horizontal verflochtenen Netzwerken besteht darin, dass hier die Verhandlungen der (teil-)autonomen Akteure in die hierarchische Autoritätsstruktur des Staates eingebettet sind. Dadurch wird der Konsens- bzw. Einigungsdruck erhöht, da die demokratisch legitimierte Verantwortlichkeit des Staates, „selbst wenn ihre Kapazität auf politische Fehler zu reagieren beschränkt ist, immer noch als ‚Rute im Fenster‘ wirkt, (und damit) (...) die hierarchische Autorität immer noch in der Lage (ist), Interaktionen auf den unteren Ebenen, die sie nicht wirksam einseitig koordinieren kann, wenigstens zu beeinflussen.“ (Scharpf 2000: 322) Dabei konstituiert der Staat die verhandelnden Akteure (z.B. durch Rechtsakte) oftmals selbst, teilt ihnen Kompetenzen und Handlungsressourcen zu, sichert durch Zwangsmitgliedschaft ihr Repräsentationsmonopol und sorgt für die Verbindlichkeit der ausgehandelten Vereinbarungen. Doch der Staat muss sich

²¹⁴ Die Anwendung des Konzeptes der Analyse von Akteurskonstellationen im akteurzentrierten Institutionalismus bietet, trotz der skizzierten Defizite und Schwächen, den Vorzug, Interessenlagen, Strategieoptionen und Verteilungswirkungen von politischem Akteurshandeln mit Machtverhältnissen, wie sie in Institutionen fixiert sind, zusammenzudenken und damit politisches Verhalten aus seinen institutionellen Entstehungszusammenhängen zu erklären. Der so entstehende Vorteil einer großen Realitätsnähe wird jedoch in dem Maße wieder verspielt, in dem die spieltheoretischen Modellierungen von Akteurskonstellationen und den ihnen innewohnenden Interessenlagen und Handlungstheorien an Abstraktionsgraden gewinnen. Insofern ist als realistische Selbstbescheidung der Spieltheorie zu begrüßen, was Fritz W. Scharpf bedauert: dass namhafte Spieltheoretiker (wie etwa Reinhard Selten und Ken Binmore) nicht nur keine Ambitionen hegen, mit ihren mathematischen Modellen sozialökonomische Herrschaftsverhältnisse analysieren zu wollen, sondern „den Anspruch, ihre analytischen Algorithmen sollten dazu genutzt werden, Interaktionen in realen Entscheidungssituationen zu erklären, ausdrücklich zurück“ weisen (Scharpf 2000: 24). Diesen Spieltheoretikern folgend, soll hier auf spieltheoretische Analysen verzichtet werden.

keineswegs immer direkter Interventionen bedienen, die oft gerade die legitimatorischen Entlastungseffekte bei unpopulären Entscheidungen verringern. Die Fähigkeit zur Konstituierung der Verhandlungssysteme eröffnet ihm nämlich zugleich die Möglichkeit, „deren institutionellen Parameter zu manipulieren, um die Verteilung der relativen Verhandlungsmacht und damit die zu erwartenden Ergebnisse zu beeinflussen.“ (Scharpf 2000. 328) Die so entstehende Verbindung der drei Strukturelemente – Hierarchie, Verhandlung, Selbstorganisation - verleiht der inneren Struktur dieses Policy-Modell eine Beweglichkeit, mit der es die jeweiligen Vorteile von korporatistischen Verhandlungs- und hierarchischen (An)Weisungsstrategien mit einander verbindet. Der Staat organisiert sich einerseits die legitimatorische Entlastung, die mit der Delegation unpopulärer Entscheidungen an die intermediären Akteure des entsprechenden Politikfeldes verbunden ist; zugleich sichert er sich die potenzielle Effizienz staatlicher Anordnungen, indem er sich die Instrumente zur Überwindung von nicht beabsichtigter Verhandlungsblockaden in den dezentralen Verhandlungssystemen oder bewusster Veto-Positionen von Interessengruppen vorbehält. Beide Vorteile sind in der Gesundheitspolitik besonders wertvoll: der der legitimatorischen Entlastung bei der Umsetzung von gesundheitspolitischen Sozialabbauprojekten, wie sie in der Regel die diversen Gesundheitsstrukturreformen spätestens seit Beginn der 1990er Jahre darstellten; und der der Bewahrung staatlicher Durchsetzungskraft, der angesichts der Binnenstruktur des deutschen Gesundheitssystems und seiner Vielzahl potenzieller Veto-Akteure unverzichtbar ist. Intern gliedert sich dieses Modell in eine Pyramide aus Arenen oder Handlungsebenen, die es zu einem hierarchischen Mehrebenensystem machen.²¹⁵

Wenn der BÄK die zugeschriebene zentrale Funktion besitzt und die These von der Implementierung wettbewerbskorporatistischer Regulierungselemente in das deutsche Gesundheitssystem zutreffend ist, dann kann die Wende in der Gesundheitspolitik hin zur Kostendämpfung, vor allem aber der Paradigmenwechsel zu Beginn der 1990er Jahre und die darauf folgende Sequenz von Strukturreformen an dem BÄK als einem der entscheidenden Steuerungsgremien nicht spurlos vorbeigegangen sein. Im Gegenteil, wenn die Logik des Interaktionsmodus sozialer Selbstorganisation in einer staatlichen Autoritätsstruktur richtig erfasst wurde und wenn sie die Interaktionen im deutschen Gesundheitssystem adäquat beschreibt, dann müsste gerade die staatliche Politik sich der Regulierungskapazitäten dieses Gremiums bedienen und es auf die neue Politik ausgereicht haben. Dass dies der Fall war, soll im folgenden gezeigt werden. Zuvor soll jedoch das Regulierungsmodell des deutschen Gesundheitssystems mit seinen

²¹⁵ Das gesundheitspolitische Mehrebenen-System zeichnet sich dadurch aus, dass in den vorhandenen Verhandlungssysteme nicht nur Akteure der gleichen Ebene („horizontale Politikverflechtung“) einbezogen sind, sondern auch Verflechtungsstrukturen zwischen Systemen der unterschiedlichen Ebenen existieren. Jedoch bleibt jede Ebene durch jeweils eigene Akteurskonstellation, Schlüsselakteure und Verhandlungsregeln geprägt. Dies verkompliziert nicht nur die Rahmenbedingungen für erfolgreiche Politik, sondern stellt auch spezifische Anforderungen an die Analyse politischer Prozesse. „Die theoretische Herausforderung liegt darin, das wechselseitige Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsebenen und die darin angelegte Eigendynamik zu verstehen; das praktische Problem besteht in der Tatsache, dass gesellschaftliche Akteure mit diesen komplexen Zusammenhängen umgehen und sich auf die dadurch verursachten Unsicherheiten, Informations- und Koordinationsprobleme einstellen müssen.“ (Benz 1992: 150).

spezifischen Akteurskonstellationen und Handlungslogiken skizziert werden, um den BÄK in seinem institutionellen Kontext zu verorten.

2. Akteurskonstellationen im Mehrebenen-System

Das deutsche Gesundheitswesens hat historisch eine Binnenstruktur herausgebildet, in der sich drei regulierungsrelevante Ebenen mit jeweils eigenen Schlüsselakteuren und Verhandlungsregelungen unterscheiden lassen. (SRKAiG 1994: 207ff., Beske 1998) Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die horizontalen und vertikalen Beziehungen der wichtigsten Akteure zu skizzieren (*Abbildung 7*). Dies geschieht durch eine kurze Beschreibung der spezifischen Akteurskonstellationen, die auf und zwischen den Beziehungsebenen existieren. Diesen Akteurskonstellationen sind spezielle Machtbeziehungen, Verhandlungsregeln, Konfliktstrukturen eigen, die das Verhalten der Schlüsselakteure und damit die Mechanismen der Leistungsregulierung prägen. Dabei gibt die Charakterisierung des gesundheitspolitischen Regulierungsmodells als Selbstorganisation in einer staatlich strukturierten Hierarchie Hinweise auf Machtbeziehungen und Reichweiten des politischen Handelns der einzelnen korporativen Akteure, die zu beachten sind.

Zwei einschränkende Anmerkungen bezüglich Intensität, Umfang und Reichweite der hier leistbaren Beschreibung sind jedoch vorzuschicken: zum einen können die Skizzen der an sich hoch komplexen Akteurskonstellationen lediglich cursorisch ausfallen und einige Schlaglichter auf die Interaktionsmodi der jeweiligen Ebenen werfen. Sie haben ihre Funktion erfüllt, sobald sie die Informationen bereitstellen, die für die Verortung des Bundesausschuss in diesem Mehrebenen-System und für die Darstellung seiner Regulierungsfunktion notwendig sind. Dabei soll die Analyse des BÄK im Zentrum steht, und - entgegen einem zentralen Diktum des akteurzentrierten Institutionalismus²¹⁶ - der Fokus auf die Ebene und die Schlüsselakteure dieses Verhandlungssystems und ihre Beziehungen zum Staat gelegt werden, wohl wissend, dass damit zentrale Akteure wie die Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und wichtige Versorgungsbereiche wie der stationäre Sektor ausblendet bleiben. Schließlich kann - zweitens - der Verankerung der abstrakten Standard- wie der konkreten Einzelinteressen der Akteure in ihrem politökonomischen Fundamenten nicht systematisch nachgegangen werden, obwohl diese letztlich für die Handlungsorientierungen wie für die Ausstattung mit Handlungsressourcen von entscheidender Bedeutung ist (siehe weiter oben).

Nach allen diesen Einschränkungen soll jedoch auch benannt werden, was Ziel dieser Skizze der Akteurskonstellationen der jeweiligen Ebene und der vertikalen Verflechtungen in der Regulierungshierarchie sein soll: die Aufmerksamkeit soll darauf gelenkt werden, wie die institutionelle Binnenstruktur des Gesundheitssystems die

²¹⁶ „Im akteurzentrierten Institutionalismus wird (...) versucht, analytische Kategorien für die Erfassung theoretisch relevanter Aspekte der *einen ganzen Sektor umfassenden Akteurskonstellationen* zu entwickeln. Dabei können wir uns nicht auf politische Institutionen (oder Akteure) beschränken, sondern beziehen *alle relevanten Akteure in den jeweiligen gesellschaftlichen Regelungsfeldern mit ein.*“ (Mayntz/Scharpf 1995b: 44, Hervorh. HJU).

Schlüsselakteure an der Produktion und Verteilung von Gesundheitsgütern beteiligt und wie die staatliche Veränderung dieser Struktur durch Reformpolitik Verhandlungsmacht und Interessenlagen der Beteiligten umverteilt, ohne freilich die sozialökonomischen Basisinteressen zu berühren. Diese Skizze, die demnach vor allem auf Handeln im Institutionensystem anhebt, soll im ersten Schritt helfen, den potenziellen und realen Regulierungsbeitrag des Bundesausschuss im Gesundheitswesen nachzuzeichnen und deutlich werden zu lassen, warum er für einen Staat, der nach effektiven und gleichwohl indirekten Mechanismen der Regulierung eines komplexen sozial-ökonomischen Systems sucht, so hohe Attraktivität besitzt. Danach ist aufzuzeigen, wie er diese Regulierungskompetenz durch die gezielte Gestaltung des institutionellen Kontextes im Zuge der „großen Gesundheitsreformen“ erhielt, wie letztlich der Bundesausschuss zum Sub-Unternehmer der Regierung wurde und wie er sich abmüht, seine Aufträge trotz unzureichender Ausstattung zu erfüllen..

2.1. Die Makroebene: die Arenen der Gesetzgebung

Die erste und im Sinne der Kompetenzhierarchie oberste Regulierungsebene²¹⁷ ist die des *Staates* (Makroebenen) Die Hauptakteure in der Gesundheitspolitik ist der Bund bzw. sind die Minister(ien) der Bundesregierung. Je nach Politikinhalt sind bei den zentralen Gesetzgebungsverfahren die jeweiligen Verfassungsorgane des politischen Systems, also der Bundestag sowie die Länder (entweder als Mitglieder des Bundesrats oder – vor allem bei der Regulierung der stationären Versorgung - als Einzelorgane) und die Gemeinden involviert. Dabei weisen das Wahlsystem und insbesondere der deutsche Föderalismus jene institutionellen Strukturen auf, die gerade mit Blick auf das Gesundheitssystem als administrative Restriktionen und Reformblockaden beschrieben wurden. Zu diesen zählten vor allem die starke Vetoposition der Länder und die Zwänge zu Koalitionsbildungen infolge des Mehrheitswahlrechts (Mayntz 1990, Rosewitz/Webber 1990).

Auf dieser Ebene werden wichtige Parameter für das Leistungsgeschehen gesetzt, wobei trotz aller institutioneller Blockadefahren kaum Zweifel an der zentralen Rolle des (Bundes-)Staates bestehen. Er nimmt seine Regulierungsfunktion vor allem über seine gesundheitspolitische Gesetzgebungskompetenz wahr, die die Leistungsproduktion und –distribution unterschiedlich beeinflusst. Zum einen kodifiziert der Staat über das „Steuerungsmedium Recht“ (Ritter 1990), vor allem über das SGB V²¹⁸, Ansprüche der Versicherten gegenüber der Krankenversicherung, aus denen Rechtsansprüche ableitbar sind.²¹⁹ Zum zweiten weist er den Leistungsproduzenten (Ärzten und Zahnärzten, Krankenhäusern, Arzneimittel-, Heilmittel- und Hilfsmittelherstellern, Pflege- und

²¹⁷ Regulierungsebene meint hier, was der SRKAiG (1995: 207) unter „Steuerungsebene“ und Beske (1998: 178) als „Verantwortungsebene für die Verteilung von Gesundheitsgütern“ versteht.

²¹⁸ Die folgenden Verweise auf das Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) beziehen sich auf den Gesetzesstand nach dem Inkrafttreten des „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ (GKV-GRG 2000, BGBl. I S. 2626) zum 1. 1. 2000.

²¹⁹ Diese sind vor allem im Ersten und Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuch V (§§ 1-4 und §§ 11 66 SGB V) enthalten. Bei diesen Ansprüchen handelt es sich um Rahmenrechte, die im weiteren insbesondere durch die Richtlinien des BÄK konkretisiert werden (dazu im einzelnen Schwerdtfeger 1998).

Gesundheitsdienste usw.) und Finanzierungsträgern (Krankenkassen) spezifische Aufgaben, Handlungsinstrument und Kompetenzen zu. Durch diese Zuweisung konstituiert er die für das deutsche Gesundheitssystem typischen Akteurskonstellationen mit ihren jeweiligen Ausstattungen an Interessen und Machtressourcen (Wanek 1994). Schließlich bestimmt der Staat in Form allgemeiner Grundsätze über Zielvorgaben und Ressourcenausstattungen, mit denen die Akteure ihre Aufgaben erledigen können bzw. müssen. Zu diesen zählen vor allem die Gebote der „Beitragssatzstabilität“²²⁰ und der „Wirtschaftlichkeit“²²¹, aber auch Grundsätze oder konkrete Vorschriften bezüglich Qualität und Volumen der den Versicherten zustehenden²²² oder der von den Leistungserbringern zu erstellenden Leistungen; zugleich verfügt der Staat Vorschriften für die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern.²²³

2.2. Die Mesoebene: die Verhandlungssysteme der Verbände

Die zweite Ebene (Mesoebene) ist die der *(Selbst-)Regulierungen der Verbände* der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Diese sind als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisiert und wirken in (teil-)autonomen Vertragsbeziehungen oder über ihre Repräsentanz in Bundes- bzw. Landesgremien an der Regulierung der gesundheitspolitischen Wohlfahrtsproduktion mit. Das für die korporative Steuerung wichtige Repräsentationsmonopol wird auf Anbieter- wie Nachfragerseite durch das Institut der „Zwangsmitgliedschaft“ hergestellt. Mit Blick auf die Regulierung des GKV-Leistungsspektrums stellen der Bundesausschuss der BÄK und die Systeme der Vertragsverhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen (und dem Ersatzkassen-Verband) und den Landesverbänden der Leistungserbringer die zentralen Verhandlungssysteme dar, denen Schlüsselfunktionen zukommen.

Die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern haben sich im historischen Prozess zu einem vielschichtigen Netzwerk von Rechtsbeziehungen ausdifferenziert, das den formalen und inhaltlichen Rahmen der Leistungsregulierung abgibt.²²⁴ Das gesamte Vertragsgeschehen steht zum einen unter der Richtlinien des BÄK oder etwaiger ersatzweise durch den Gesetzgeber vorgenommenen Verordnungen; es unterliegt zugleich dem Primat des durch staatliche Gesetzgebung implementierten „Wirtschaftlichkeitsgebots“ und des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Diese grundsätzlichen Vorgaben werden mit Blick auf Budgetgrenzen, Richtgrößen, Festbetragsregelungen, Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen usw. in konkrete Maßnahmen und Auflagen übersetzt, die als Vertragsverhandlungsrestriktionen wirken und gleichsam den Handlungsrahmen der Akteure abstecken. Das gilt vor allem für die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden (Verbänden) der Krankenkassen (Ersatzkassen) in sogenannten „Gesamtverträgen“ zu treffenden

²²⁰ § 71 SGB V.

²²¹ § 12 SGB V

²²² § 11 SGB V.

²²³ § 70 SGB V.

²²⁴ Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern werden in den §§ 63-64 sowie 69-140 (Viertes Kapitel) SGB V abschließend geregelt, wobei das Vertragsrecht im eigentlichen Sinne im Ersten (§§ 69-71) und Zweiten Kapitel (§§ 72-106 SGB V) enthalten ist.

Vereinbarungen über die für die vertragsärztlichen Versorgung zu Verfügung stehende Gesamtvergütung; es gilt zugleich für die von den Vertragsärzten veranlassten Ausgaben für Arznei- und Heilmittel, die gesetzlich durch eine Budgetvorgabe begrenzt sind. Somit bezieht sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf das Gesamtvolumen der vertragsärztlich zu vergütenden Leistungen.²²⁵

Die Machtbeziehungen zwischen den Akteuren der Vertragsbeziehungen werden durch vielfältige Faktoren geprägt. Die Grundstruktur besteht in der asymmetrisch verteilten Verhandlungsmacht zwischen den Krankenkassen und den Organisationen der Leistungserbringern. Begreift man Verhandlungsmacht im Kern als Funktion der sozialen Homogenität der Organisation, des politischen Organisationsgrades und der aus beiden Faktoren resultierenden Fähigkeit zur Mobilisierung von Konfliktressourcen zur Durchsetzung eigener (Verteilungs-)Interessen, so lässt sich das zu konstatierende Machtungleichgewicht zu Gunsten der Ärzteschaft und zu Lasten der Krankenkassen wie folgt skizzieren. (Wanek 1994: 123ff.) Auf Seiten der Ärzteschaft wird die starke Machtposition durch den nahezu hundertprozentigen Organisationsgrad der Vertragsärzte, der durch das Rechtsinstitut der Zwangs- oder Pflichtmitgliedschaft in den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KBVen) und das Prozedere der Kassenzulassung geregelt ist, und durch den gesetzlichen „Sicherstellungsauftrag“ und das damit gesicherte Angebots-Monopol für ambulante ärztliche Leistungen fundiert. Dabei entlastet die Zwangsmitgliedschaft die Verbandsführung von der Notwendigkeit, den Organisationsbestand über das Werben um Mitgliederzustimmung und –loyalität zu sichern. Die so erzeugte relativ weitreichende Autonomie der Verbandsführung gegenüber den Mitgliederinteressen erhöht wiederum ihre Fähigkeit intern konfligierende Verteilungsinteressen zwischen einzelnen Ärztegruppen (vor allem zwischen Primär- und Fachärzten) zu neutralisieren.

Der hohe politische Organisationsgrad, die hohe soziale Homogenität, das Angebots-Monopol für ambulante Versorgungsleistungen und die relative Autonomie der verbandlichen Führung begründen bereits eine starke Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen, die in den institutionellen Arrangements des deutschen Gesundheitswesens wurzelt; hinzu kommen jedoch die Machtressourcen, die aus der Besonderheit der medizinischen Profession (Groser 1992: 170ff. im Anschluss an Stone 1980) und der Rolle der Berufsgruppe der Ärzte bei der gesellschaftlichen Definition der medizinisch dominierten „Gesundheitskulturen“. So kommt den Ärzten nicht nur eine Schlüsselstellung bei der Veranlassung von Versorgungsleistungen, sondern auch bei der gesellschaftlichen Definition dessen, was unter Gesundheit (resp. Krankheit) zu verstehen ist und wie sie im Falle von Beschädigungen wiederhergestellt werden kann, zu. Über diese Definitionsmacht gelingt ein Transfer der hohen gesellschaftlichen Wertschätzung gegenüber dem Gut „Gesundheit“ auf die medizinischen „Gesundheitsexperten“. Die so gestützte soziale Anerkennung stärkt wiederum die öffentliche Definitionsmacht in Sachen Gesundheit und der Kreislauf aus

²²⁵ Ausgenommen aus dem Geltungsbereich des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind die Verträge nach § 129 (Apotheken) und § 131 (Pharmazeutische Industrie), da für diese Bereiche keine vertraglichen Spielräume für die Preisgestaltung bestehen.

wechselseitiger Stabilisierung zwischen öffentlich zugewiesener Gesundheitskompetenz und Anerkennung der Profession schließt sich.

Diese professionsbasierte Macht kann nicht nur gegenüber den Krankenkassen, sondern gleichermaßen gegenüber dem Staat mobilisiert werden. Verstärkt wird sie durch die Pluralität der ärztlichen Organisationsformen. Während die KBVen dem Staat erhebliche Teile der verbandlichen Machtressourcen verdanken, der ihnen diese durch den Sicherstellungsauftrag, die Pflichtmitgliedschaft und die Vertragskompetenzen zugewiesen hat (und – de jure - im Konfliktfall wieder entziehen könnte!), sind die freien Interessenverbände gegenüber dem Staat eher in der Lage, eine klassische Lobby- oder- Pressure-Groupe-Politik zu betreiben. Weniger mit der Erfüllung staatlich übertragener Regulierungsaufgaben belastet, kann sich etwa der „Hartmannbund“ als freier „Interessen- und Kampfverband“ (Groser 1992: 164) zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft definieren. (Webber 1992: 254f.) Gerade diesem kommt im Rahmen der interessenpolitischen Arbeitsteilung zwischen eher „gemeinwohlverpflichteten“ (KBVen) und offen standespolitisch orientierten (Hartmannbund) Verbänden die Aufgabe der Bildung von „Verteilungscoalitionen“ (Mancur Olson) mit Akteuren aus dem politischen System (in der BRD traditionell mit der FDP) zu, um Verteilungs- und Machtinteressen in den (sozial)politischen Verhandlungssystemen geltend zu machen.

Dem Staat fällt es in zugespitzten Konfliktsituationen mitunter durchaus schwer, sich des Lobby-Drucks der organisierten Ärzteschaft zu erwehren. Insbesondere gegen die Machtressourcen, die aus der professionsbasierten und sozialkulturell verankerten sozialen Anerkennung der Ärzte hervorgehen und nicht selten über die Medien verstärkt werden, ist auch für eine Regierung schwer anzugehen. Anders verhält es sich mit denen, die in den institutionellen Kontextbedingungen wurzeln. Da der Staat hier als Gesetzgeber zumindest formal Herr über „die Rute im Fenster“ (Fritz W. Scharpf) ist, schützt er sich gegen die drohende Übermacht durch die Implementierung von Gegenmachtelementen im gleichen Institutionensystem, das einen erheblichen Teil der Stärke der Ärzteschaft begründen. Zu diesen machtbeschränkenden Elementen gehören u.a. „das Streikverbot für Kassenärzte, der Zwang zu Verhandlungen und zur Einigung mit den Krankenkassen, gesetzliche Vorgaben zur Honorarpolitik und der Schlichtungszwang im Falle des Scheiterns der Verhandlungen mit den Kassen.“ (Webber 1992: 268) Zugleich vermag der Staat das Machtpotenzial der Ärzteschaft durch die Beschränkung der im Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen und die Nutzung der veränderten Marktlage der Vertragsärzte indirekt zu regulieren. So führt die Zunahme der Zahl zugelassener Ärzte bei gleichzeitiger Budgetierung der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelausgaben fast zwangsläufig zur Verschärfung interner Verteilungskonflikte unter den Ärztegruppen, ohne dass der Staat direkt in die Verteilung rechtlicher Kompetenzen eingreifen müsste.

Grundlegend anders stellt sich die Situation der Krankenkassen dar. Auf der einen Seite stellen die Krankenkassen und ihre Verbände das Zentrum des Vertragssystems dar, da sie als „Finanzträger“ und „Nachfrager“ von Gesundheitsleistungen und –produkten mit allen Repräsentanten der Leistungserbringer Verträge zur Versorgung der Bevölkerung

abschließen. Auch historisch lässt sich zeigen, dass der öffentlich-rechtliche Status und das Selbstverwaltungsprinzip der Krankenkassen als eine Art institutioneller Nukleus fungierte, um den herum sich sukzessive das Verbände- und Vertragssystem herausbildete. (Döhler 1990) Doch diese zentrale Lage ist nicht automatisch mit großer Machtfülle verbunden. Auch hier hat der Gesetzgeber die entscheidenden Akzente gesetzt. Zum einen durch die Entscheidung über die interne Struktur der Krankenkassen. Sie können durch die von Arbeitgebern und Versicherten paritätisch besetzten Gremien der sozialen Selbstverwaltung nicht den gleichen Grad an sozialer Homogenität wie die Ärzteschaft erreichen. Der paritätischen Selbstverwaltung ist der soziale Interessenantagonismus der Kapital-Arbeit-Beziehungen eingeschrieben, der die Herbeiführung von internen Entscheidungen und die Sicherstellung ihrer übergreifenden Zustimmung unter den Parteien erschwert. Dabei sind auch die Interessenlagen der jeweiligen Seiten durchaus heterogen. Während die Interessen der meisten Unternehmen im Bereich niedriger Arbeitskosten liegen, bedeuten niedrige Beitragssätze und damit ein geringeres Finanzvolumen insbesondere für die machtpolitisch (auch) in der sozialen Selbstverwaltung gut organisierten Arzneimittelindustrie potenziell geringere Absatzchancen. Gleichzeitig stellt die Präsenz der unternehmerischen Verteilungsinteressen eine strukturelle Blockade für eine primär an einer umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung orientierte Gesundheitspolitik dar, die durch die Versichertenseite und die beteiligten Gewerkschaften erst einmal durchbrochen sein will.

Doch auch auf Seiten der Versicherten ist die Interessenlage nicht widerspruchsfrei. Je nach sozialer Rolle können die Interessen durchaus variieren. So haben die Versicherten ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen (und entsprechend höheren Nettoeinkommen) und gleichzeitig an hohen Gesundheitsleistungen (ohne Zuzahlungen). Der hier angelegte interessenpolitische Spagat macht selbst ansonsten durchsetzungsfähigen Gewerkschaften zu schaffen, da sich Gewerkschaften mit einem allgemeinpolitischen Interessenvertretungsanspruch sowohl den Verteilungsinteressen der Einkommensbezieher als auch den Versorgungsinteressen der Patienten verpflichtet fühlen (müssten). Nimmt man dann noch den Vertretungsanspruch mit Blick auf die Arbeitsplatzinteressen der im Gesundheitswesen Beschäftigten hinzu, wird die Komplexität und interne Widersprüchlichkeit in der Interessenlage deutlich, mit der die Gewerkschaften bzw. die gewerkschaftlichen Repräsentanten in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen agieren. Diese komplizierte interne Interessenstruktur liegt dem diagnostizierten Eindruck zu Grunde, „dass die Krankenkassen eher eine Arena, ein Regime darstellen als einen handlungsfähigen korporativen Akteur.“ (Mayntz 1990: 292) Potenziert wird die heraus erwachsende Verhandlungsschwäche durch das Ungleichgewicht zwischen dem Anbieter-Monopol auf Ärzteseite und der Wettbewerbsordnung auf Seiten der Krankenkassen. Mit der Einführung der Kassen(arten)wahlfreiheit für gewerbliche Arbeitnehmer bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang für die Orts- und Ersatzkassen hat sich in der GKV ein Wettbewerb um „gute Versichertenrisiken“ entwickelt, der nicht nur vielfältige Ressourcen bindet, sondern auch die Krankenkassen bzw. ihre Verbände in den Verhandlungen gegenüber den Leistungserbringern (die weitgehend mit

monopolisierter Verhandlungsmacht antreten) weiter geschwächt hat. Der ohnehin unzureichend ausgestattete Risikostrukturausgleich (RSA) mag selbst für den Fall eines zukünftig verbesserten Finanzausgleichs den strategischen Machtverlust der Krankenkassen gegenüber der Ärzteschaft nicht auszugleichen.

Als eine zumindest teilweise Kompensation dieser erneute Machtverschiebung sind wohl einige staatliche Interventionen in das Institutionensystem zu verstehen, die parallel oder im Nachgang zur Implementierung des Kassenwettbewerbs stattfanden. So hat der Staat den Kassen auferlegt, zentrale Aufgaben im Vertragsgeschäft „gemeinsam und einheitlich“ zu erledigen, um diese Funktionen aus dem Kassenwettbewerb herauszunehmen; diese Felder reichen von Maßnahmen der Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Förderung von Selbsthilfegruppen (nach § 20 SGB V), über die Festlegung von Festbeträgen für Arzneimittel (nach § 35 Abs. 3), über Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarungen (nach § 84 SGB V), die Förderung von zur Verbraucher- und Patientenberatung und deren Finanzierung (nach § 65b SGB V) bis hin zur Zulassung von Plankrankenhäusern (nach 108 SGB V).²²⁶ Zusätzlich hat er den Übergang des versorgungspolitischen Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen (bei verpflichtender Beteiligung der KBVen und der Vertragsärzte) für den Fall verfügt, dass die vertragsärztliche Versorgung gefährdet ist.²²⁷ Schließlich können (seit dem 2.NOG) die Krankenkassen und ihre Verbände auch mit einzelnen oder Gruppen von zugelassenen Leistungserbringern sogenannte „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisation-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“²²⁸ vereinbaren und durchführen, die die Macht der KVen und der KBV (die in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbaren kann) in diesen Fälle durchaus zurückdrängen. Doch trotz dieser strategischen Interventionen des Staates in die Verteilung von Verhandlungsmacht wird die strukturelle Überlegenheit der organisierten Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen (aber auch gegenüber dem Staat) nicht aufgehoben.²²⁹

2.3. Die Mikroebene: die Arzt - Patient - Beziehung

Als dritte kann schließlich die *Ebenen der direkten Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringern* (Mikroebene) genannt werden. In dieser kommt zweifelsohne der Arzt – Patient – Beziehung die zentrale Bedeutung zu. Die Mikroebene ist als Ebene ärztlicher Indikation und Therapie zugleich die der Veranlassung des Versorgungsgeschehens und der Realisierung der Versorgungsansprüche der

²²⁶ Als umfassende Bestandsaufnahme und zur Kritik der kollektiven Regulierungen im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der GKV siehe Ebsen u.a. 2003 sowie Hermann 2003; mit einer anderen ordnungspolitischen Stoßrichtung vgl. Rosenbrock 2002a.

²²⁷ § 72a SGB V.

²²⁸ § 63 SGB V.

²²⁹ So fehlen zum einen den Krankenkassen weitgehend die Voraussetzungen für die Gewährleistung einer angedrohten Übernahme des Sicherstellungsauftrages. Vor allem aber unterlaufen die Anreizmechanismen, die der Kassenwettbewerb setzt, wirkliche strategische Gemeinschaften gegenüber den Leistungserbringern im Vertragsgeschäft.

Versicherten. Hier werden die ausschlaggebenden Entscheidungen über *Qualität* und *Kosten* der Gesundheitsversorgung getroffen. Die Schlüsselakteure sind die Vertragsärzte. Aus Sicht des Patienten sind sie mit ihrer Indikations- und Therapiekompetenz das Nadelöhr, durch das die individuellen Versorgungsansprüche hindurch müssen; der Zugang zur medizinischen Versorgung führt über den behandelten Arzt. Aber auch mit Blick auf die Kosten des Versorgungsgeschehens ist das Ordnungsverhalten der Ärzte die zentrale Variable, da der Arzt zwar nicht über die Preise, wohl aber über Auswahl und Menge der verordnungsfähigen Leistungen bestimmt. Aus dieser Grundkonstellation resultiert die starke Stellung des Arztes gegenüber den Patienten und die Schlüsselrolle der Ärzte bei den Versuchen, die Gesundheitskosten zu begrenzen und die Beitragssätze zu stabilisieren.

Dabei bewegt sich auch das ärztliche Indikations- und Ordnungsverhalten in regulierten Bahnen. So ist der Arzt bei der Realisierung der „Rahmenrechte“²³⁰ der Patienten und seines eigenen Einkommens an gesetzliche Grundsätze (z.B. Wirtschaftlichkeitsgebot), die Richtlinien des BÄK und die Inhalte der durch die Verbände der Ärzteschaft und der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge gebunden. Doch die Ausstrahlung der Regulierungskompetenz von Gesetzgeber und BÄK in das Arzt-Patient-Verhältnis ist insbesondere durch das Institut der ärztlichen Berufs- und Therapiefreiheit strukturell begrenzt. Zwar stellen Gesetze, Richtlinien und Verträge Rahmenvorgaben mit durchaus hohem und sanktionsbewährten Verbindlichkeitsgrad dar, doch letztlich schützt die Berufs- und Therapiefreiheit die ärztliche Autonomie bei der Ausfüllung dieses Rahmens. Die hohe Bedeutung der therapeutischen Autonomie für die starke Machtposition des einzelnen Arztes (gegenüber dem Patienten) wie der organisierten Ärzteschaft (gegenüber dem Staat) macht den hohen Stellenwert nachvollziehbar, der ihrer Verteidigung auf der Politikagenda des ärztlichen „Kampfverbandes“, des Hartmannbundes (Groser 1992: 166) eingeräumt wird. Zugleich bildet sie die Grundlage für den erbitterten Widerstand gegenüber allen Maßnahmen (etwa Therapie-Leitlinien), die mit einer Einschränkung der Berufsfreiheit verbunden sein könnten.

Der Schutz der ärztlichen Autonomie gegenüber direkten Eingriffen Dritter wirkt also als Schranke staatlicher und verbandlicher Regulierungskompetenz. Weder dem Staat noch dem Bundesausschuss stehen faktisch *direkte* Interventionsmöglichkeiten in die Arzt-Patient-Beziehung zur Verfügung. Beide sind auf *indirekte* Formen verwiesen. Gesetze, Verträge und Richtlinien wirken also weniger als direkte Handlungsanweisungen, sondern konstituieren eher eine Anreizstruktur, indem sie die organisatorischen, rechtlichen und finanziellen, also die institutionellen Kontextbedingungen festlegen. Diese Konstellation kommt dem sehr nahe, was in der systemtheoretisch orientierten Staatsforschung als „dezentrale Kontextsteuerung“

²³⁰ Insbesondere die im Dritten Kapitel des SGB V den Versicherten zugesicherten Leistungsansprüchen sind im Anschluss an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als „Rahmenrechte“ charakterisiert worden, da sie durch die individuellen Behandlungsentscheidungen der Leistungserbringer, also etwa des Arztes, sowie durch das Leistungserbringungsrecht, also vor allem die Richtlinien des BÄK und die Verträge der Krankenkassen- und Anbieter-Verbände, konkretisiert werden müssen (Klückmann in Hauck-SGB V-Komm. K § 69.Rz 23a).

(Wilke 1989: 55ff. und 127ff., sowie 1992: 335ff.) beschrieben wird. Zwar sichert dieses Steuerungsmodell dem Staat noch einen gewissen Einfluss gegenüber autonomen sozialen Subsystemen, aber selbst dies ist nicht voraussetzungslos.²³¹ So kann erwünschtes Verhalten mit Vor- und unerwünschtes mit Nachteilen belegt werden, doch letztlich sind selbst diese indirekten Vorgaben an die Zustimmung der Ärzteschaft gebunden oder setzen zumindest ein Mindestmaß an Partizipation der ärztlichen Interessenvertretung bei ihrer Entstehung als Bedingung für eine hinreichende Akzeptanz voraus. Diese Beteiligung der ärztlichen Interessen an der Entstehung ärztlicher Vorgaben wird nicht nur institutionell und damit offen durch die starke Position der KBV im Bundesausschuss sichergestellt; gerade der Hartmannbund weiß beim Schutz der Berufsfreiheit und der Geltendmachung der Wirtschafts- und Verteilungsinteressen der Ärzte die Besonderheiten des politischen Systems zu einem oftmals informellen „Lobbying“ zu nutzen. Gleichgültig, ob es sich dabei um die Blockade unerwünschter Gesetze über „mittelstandsorientierte“ Länderregierungen im Bundesrat oder um die Förderung gewünschter Reformen auf Bundesebene handelt – in der Regel stand im deutschen Parteiensystem (vor allem mit der FDP) eine parlamentarische Mehrheitsbeschafferin als Partnerin für ärztliche Verteilungskonkordien zur Verfügung.

Neben einer kraftvollen Interessenvertretungspolitik gründen Macht und Ansehen der Ärzteschaft auf den Ungleichgewichten im Arzt - Patienten - Verhältnis. Der Arzt hält mit seiner Indikationskompetenz das Definitionsmonopol und mit der Therapiekompetenz das Behandlungsmonopol und damit letztlich den Schlüssel für den Zugang des Patienten zu den Gesundheitsgütern (die er als Mitglied der Versichertengemeinschaft selbst bezahlt hat) in Händen. Hinzu kommt die ungleiche Verteilung des therapeutischen Wissens und der ärztliche Vorsprung bei dem heilkundlichen und medizinisch-technischen Fachkenntnissen, über die die Experten der Profession verfügen und die es dem Patienten nahezu unmöglich machen, die Qualität von Diagnosen, Indikationen und Therapien zu beurteilen. (Wanek 1994: 93ff.) Zugleich verschafft diese Monopolstellung dem Arzt eine ungewöhnlich direkte Verfügungsgewalt über die Regulierung seines Einkommens. Faktisch bestimmt der Arzt über die Auswahl- und Mengenentscheidungen im Rahmen seines Therapiemonopols über die eigene Einkommenshöhe, auch wenn die Honorierung ambulanter ärztlicher Tätigkeiten im Detail einen komplexen bürokratischen Prozess darstellt (dazu Gerlinger 1997). Durch diese Konstellation kommt den Ärzten nicht nur eine Schlüsselrolle für die Entwicklung der Versorgungsqualität sowie der Versorgungskosten („angebotsinduzierte Nachfrage“) im Gesundheitswesen zu; die asymmetrische Struktur befördert auch Tendenzen der Ökonomisierung und Kommerzialisierung innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. (Deppe 2002) Trotz aller Bedeutung, die einer aktiven Kooperation der Patienten bei der Bewältigung akuter

²³¹ „Dezentrale Steuerung der Kontextbedingungen soll heißen, daß ein Mindestmaß an gemeinsamer Orientierung oder ‚Weltsicht‘ zwar unumgänglich ist; daß aber dieser gemeinsame Kontext nicht mehr von einer zentralen Einheit oder einer Spitze der Gesellschaft vorgegeben werden kann. Vielmehr müssen die Kontextbedingungen aus dem *Diskurs* der autonomen Teile konstituiert werden, in welchen Konsens auf der Grundlage eines basalen Dissens möglich aber unwahrscheinlich ist.“ (Wilke 1989: 58, Herv. im Orig.).

Krankheiten oder der präventiven Krankheitsvermeidung zukommt („Patient als Co-Produzent“) und trotz aller ärztlicher Einkommensinteressen, die Ärzte um Patienten werben lassen („Patient als Kunde“), bleibt das Arzt-Patient-Verhältnis ein asymmetrisches und bleibt die Position der Patienten eine unterlegene.

Auch in diesem Bereich lässt sich gleichwohl eine staatliche Stärkung von Gegenmachtpotenzialen der Patienten beobachten, um der Machtasymmetrie zwischen Patient und Arzt entgegenzuwirken. Zu diesen gehört das Institut der freien Arztwahl, das dem Patienten in der Behandlungssituation grundsätzlich die „Exit-Option“ (Albert O. Hirschman) bereitstellt. Freilich wurde gerade die freie Arztwahl im Rahmen der angestrebten Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven immer weiter eingeschränkt. So ist sie nicht nur auf den Kreis der zugelassenen Vertragsärzte beschränkt. Zugleich sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV gesetzlich zur Vereinbarung von Maßnahmen aufgefordert, „die einer unkoordinierten Inanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken“.²³² Zusätzlich können einzelne Kassen einen Versichertenbonus für die Beteiligung an Modellvorhaben wie dem „Hausarztmodell“ als Satzungsleistung einräumen und damit die Selbsteinschränkung der freien Arztwahl materiell belohnen. Doch insgesamt dienen auch die Unterstützung der Patienten bei Behandlungsfehlern²³³ sowie die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführte Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung²³⁴ und die Steigerung der individuellen Gesundheitsressourcen durch die Gesundheitsförderung der Stärkung des Patientenstatus. Ob dies jedoch als Korrektiv der beschriebenen Machtasymmetrie ausreicht, darf bezweifelt werden.

3. Ressourcen, Typen und Reichweiten staatlicher Regulierung

Die grobe Skizze der Ebenen und Akteurskonstellationen im Gesundheitswesen mag genügen, um die Schlüsselmechanismen der Produktion und Verteilung von Gesundheitsgütern (im ambulanten Sektor) zu verdeutlichen. Die gesundheitspolitischen Akteure stehen demnach in vielfältigen Verhandlungssystemen miteinander in Beziehung, die horizontal und vertikal verflochten sind. Dabei sind die Akteurskonstellationen durch eine spezifische Aufteilung von Kompetenzen und Verhandlungsmacht sowie von eigendefinierten oder staatlich delegierten Aufgaben geprägt. Diese werden vor allem durch das Rechtssystem zugeteilt oder durch anderweitig mobilisierbare Konfliktressourcen sichergestellt. Dabei verfügen die Verbände des Vertragssystem durchaus (aber ungleichgewichtig) über Machtpotenziale, die staatliche Politikinitiativen konterkarieren könne.

Doch trotz der machtpolitischen Ausstattung der korporativen Akteure der Vertragsbeziehungen auf Bundes- wie auf Länderebene sollte die Regulierungsmacht des Staates nicht unterschätzt werden. Gerade im deutschen Modell der gesundheitspolitischen Regulierung verfügt der Staat über vielfältige Möglichkeiten,

²³² § 76 Abs. 3a SGB V.

²³³ § 66 SGB V.

²³⁴ § 65b SGB V.

über direkte oder indirekte Interventionen auf das Versorgungsgeschehen Einfluss zu nehmen. Dabei bedient er sich unterschiedlicher Regulierungsressourcen und -typen, wie sich an der Mehrebenenregulierung im deutschen Gesundheitssystem zeigen lässt. Sie bestehen teilweise aus den „klassischen Steuerungsmedien“, die intervenierenden Staaten generell zur Verfügung stehen und teils aus den Kompetenzen, die sich der Staat in rechtlichen Kernsystem des Gesundheitswesens, dem SGB V, gesichert hat (*Abbildung 8*).

1. Von zentraler Bedeutung ist die „klassische“ Steuerungsressource Recht, mit der der Gesetzgeber zum einen über die Definition von Ansprüchen sowie deren Voraussetzungen und Ausgrenzungskriterien direkt in das Leistungsgeschehen interveniert. Im Gesundheitssystem ist in dieser Hinsicht auf die gesetzten materiellen Leistungsansprüche im Dritten Kapitel des SGB V (z.B. Krankengeld, Sterbegeld, Fahrkosten, aber auch die Härtefälle-Regelungen zur Befreiung von Zuzahlungen) zu verweisen, die in Form von Rahmenrechten an den einzelnen Versicherten adressiert sind und individuelle Ansprüche begründen. Sie sind zumeist im Blick, wenn in der politisch-medialen Öffentlichkeit vom Leistungskatalog der GKV die Rede ist. Dieser Regulierungstyp soll im weiteren als *Anspruchsregulierung* bezeichnet werden.

2. Zugleich spielt das Steuerungsmedium Recht eine zentrale Rolle bei der Konstituierung von Verhandlungsregimen, in denen sich der Staat die Möglichkeit reserviert, „die Tendenz der Verhandlungslösungen zu beeinflussen, indem er durch relativ geringfügige Veränderungen an den institutionellen Rahmenbedingungen die Balance der Verhandlungsmacht zugunsten der ein oder anderen Seite verschiebt.“ (Scharpf 2000: 329) Dieser Weg der indirekten Intervention in den Leistungskatalog findet im Gesundheitssystem mittels staatlicher Definition der Aufgaben, Kompetenzen und Instrumente der vertragsschließenden Verbände sowie des BÄK statt, deren Verträge und Richtlinien den Kontext der leistungsauslösenden Ebene festschreiben. Für diesen indirekten Steuerungsmodus ist die Gleichzeitigkeit von direkten staatlichen Interventionsrechten (Aufsichtsrechte, Ersatzvornahmrechte, Genehmigungsvorbehalte) und zugewiesenen Entscheidungs- und Verhandlungskompetenzen an Gremien (z.B. BÄK) und Akteure (z.B. Verbände der Kassen oder Leistungserbringer) entscheidend. Gerade sie ermöglichen die situationsadäquate Balance zwischen „Hierarchie und Verhandlung“. Dieser Typus der Regulierung über die Verteilung von (Verhandlungs-)Macht der Schlüsselakteure wird hier als *Prozessregulierung* bezeichnet.

3. Neben Recht und (Verhandlungs-)Macht sind in im deutschen Gesundheitssystem zweifelsohne die bereit stehenden finanziellen Mittel die dritte Steuerungsressource. Die Verfügung über sie wird über die Ressourcen Recht (Regelungen in den Bereichen Beitragsfinanzierung, Budgets, Festbeträgen, Risikostrukturausgleich usw.) und Verhandlungsmacht (Honorarvereinbarungen, Verträge über Sach- und Dienstleistungen usw.) verteilt. Die Bedeutung der Finanzausstattung für das Leistungsgeschehen ist unmittelbar evident; staatliche Strategien und Maßnahmen, die über die Ausstattung und interne Verteilung finanzieller Mittel im Gesundheitssystem

Einfluss auf den Leistungskatalog nehmen, sollen im Typus der *Ressourcenregulierung* zusammengefasst werden.

Kapitel E

Wettbewerbskorporatistische Regulierung im deutschen Gesundheitssystem: Das Beispiel des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

VIII. Zur Funktion des Bundesausschusses bei der Regulierung des GKV-Leistungskatalogs

1. Soziale Selbstverwaltung und „wettbewerbskorporatistische Beauftragung“ im deutschen Gesundheitssystem

Kommen wir nun zur realen Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem, die sich innerhalb des Interaktionsmodells der „Selbstorganisation im Schatten staatlicher Hierarchie“ vollzog. Bereits verwiesen wurde auf den politikhaltlichen und institutionellen Wandel, der hier mit dem Theorem der Transformation des sozialkorporatistischen hin zu einem wettbewerbskorporatistischen Regulierungsmodell gefasst wurde. Diese Entwicklung innerhalb des Gesundheitssystems, in die der institutionelle Wandel und die funktionale Aufwertung des BÄK eingebettet waren, ist nicht zuletzt als Reaktion auf den externen Wettbewerbsdruck und die interne Kostendynamik und den daraus resultierenden Veränderungsdruck auf das Institutionensystem zu verstehen. Dass es dabei aus staatliche Sicht auch um die Überwindung gesellschaftlicher und politischer Reformblockaden ging, ergibt sich aus den Spezifika des deutschen Gesundheitswesens und wurde bereits dargestellt. Nur am Rande Erwähnung fand ein weiterer, eher legitimationspolitischer Grund, der für das staatliche Handeln nicht ohne Bedeutung war. Denn seit nunmehr fast drei Jahrzehnten steht die Gesundheitspolitik vor einem Problem, das weder in der wissenschaftlichen noch der politischen Arena gerne thematisiert wird, das gleichwohl seit seinem Bestehen die Strategiebildung der Gesundheitspolitik (mit)prägt. Auf der einen Seite reiht sich seit Mitte der 70er und verstärkt noch einmal seit Beginn der 1990er Jahre eine Gesundheitsreform an die andere, die ihre Sparabsichten allesamt aus einer konstatierten Kosten- und Beitragsexplosion herleiteten, die angeblich die Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung überfordert (Döhler 1990, Döhler/Manow 1997, Deppe 2000). Dies gilt nicht zuletzt für die „Neue Sozialdemokratie“, die der bevorzugten Zielgruppe der „Neuen Mitte“ das Versprechen einer Reduzierung ihres Beitrags an der Sozialstaatsfinanzierung zu schulden glaubt. Dass dabei gerade die Umverteilungskomponenten im deutschen Gesundheitssystem zur Disposition gestellt werden müssen, scheint in den aktuellen gesundheitspolitischen Diskursen kaum mehr begründungspflichtig.

Auf der anderen Seite scheint die Mehrheit der Bevölkerung – trotz angeblicher „Kostenexplosion“, „Anspruchsinflation“ und „Wettbewerbsprobleme“ - fast schon störrisch gerade an diesen Solidarelementen festzuhalten (Wasem 1999 und 200, Ullrich 2000, Zok 2002). Jedenfalls legen dies repräsentative Befragungen der Bevölkerung

nahe. Da wird fast durchgängig eine äußerst hohe Wertschätzung des deutschen Gesundheitssystems ausgewiesen, ist von „einer überwältigenden Zustimmung zum Solidarprinzip und seinen Umverteilungsprozessen“ die Rede und wird konstatiert, dass „eine Thematisierung zusätzlicher Einnahmequellen (...) offenbar durchaus die Unterstützung einer Bevölkerungsmehrheit“ fände (Wasem 2000: 42). Der breiten Zustimmung zu den Solidar- und Umverteilungselementen steht spiegelbildlich die klare Ablehnung der Einschränkung des Leistungskatalogs (etwa durch eine Grundversorgung) gegenüber, selbst wenn sich dadurch Spielräume für Beitragssatzsenkungen erschließen ließen. Mehr noch: Zwar halten viele die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heute bereits für hoch, „jedoch sind knapp doppelt so viele Bürger eher dafür, die Beiträge zu erhöhen, als auf Leistungen zu verzichten (...) – wobei dies quer durch alle Bevölkerungsgruppen geht, auch wenn der Anteil derjenigen, die höhere Beiträge bevorzugen, mit dem Alter zunimmt und bei ‚Gesunden‘ geringer ist als bei chronisch Kranken.“ (Wasem 2000: 430).

Eine so hartnäckige Diskrepanz zwischen Bevölkerungspräferenzen und den Zielen der Gesundheitspolitik ist für die Regierenden in einer parlamentarischen Demokratie riskant. Schließlich müssen diese sich ihre Legitimationsressourcen in periodisch stattfindenden Wahlen von Mehrheiten zuteilen lassen; und fehlende Mehrheit programmieren früher oder später den Verlust von Regierungsmacht vor. Als Reaktion auf die so entstehenden Gefahren haben die Akteure der staatlichen Arenen – über Parteigrenzen hinweg – Regierungs- und Herrschaftstechniken entwickelt, die die Regierungen vor dem drohenden Ansehensverlust schützen und die Risiken mit Blick auf die notwendigen Bevölkerungsmehrheiten „handle“-bar machen. Zu diesen Techniken gehört im Policy-Modell des deutschen Gesundheitswesens, wie gezeigt, die Delegation von politischen Projekten mit hohen Konflikt- und Legitimationsrisiken an intermediäre Gesellschaftsakteure (Gremien, Organisationen oder Institutionen), die zu einer „konfliktabsorbierenden“ Vermittlung zwischen Regierungspolitik und den abweichenden Erwartungen der Gesellschaft willens und in der Lage sind. Diese korporatistischen „Vermittler“ sollten entweder weniger als die Regierungen auf gesellschaftliche Zustimmung angewiesen sein oder mit ihren Handlungen weniger öffentliche Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Jedenfalls sind eine gewisse Resistenz gegenüber dem Verlust von Ansehen in der Bevölkerung oder die Möglichkeit, mehr oder weniger unbeobachtet agieren zu können, gute Voraussetzungen, um den politisch angetragenen Funktionen gerecht werden zu können.

Gleichwohl ist das Verhältnis zwischen diesen Akteuren und dem Staat in der Regel äußerst kompliziert und keineswegs durch das einfache Bild einer eindimensionalen „Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung“ zu erfassen. Gerade der korporatistische Staat ist, dies wurde ausführlich begründet, in weiten Bereichen ein kooperativer, ein verhandelnder Staat (Scharpf 1991, Wilke 1992 und Héritier 1993; kritisch dazu etwa Jessop 1997b und Esser 1999). Neben hierarchischen Anweisungen agiert er durch die Einbindung der Akteure in Verhandlungssysteme und die gezielte Gestaltung der Kontextbedingungen, in denen die Betroffenen agieren. Autonomie und Souveränität der intermediären Akteure bleiben in der Regel (jedenfalls formal und nicht selten auch

in ihrer Selbstdefinition) erhalten. Mitunter werden ihre Handlungsterrains sogar erweitert und ihre Machtressourcen erhöht, um die Durchsetzungsfähigkeit einzelner Akteure oder die Fähigkeit zur Bildung von Politik-Netzwerken zu stärken. Aber die Handlungsziele der Akteure, das „Sollen“, ist weitgehend vorgegeben. In diesem Modell sozialer Interaktion zwischen gesellschaftlichen und staatlichen Akteuren, das als „Selbstregulierung im Schatten des Staates“ (Scharpf 2000: 319ff.) oder als ein Modell „gesellschaftlicher Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren“ (Mayntz/Scharpf 1995a und b) bezeichnet wurde, operieren die beauftragten Akteure einerseits mit weiten eigenen Entscheidungsspielräumen; sie tun dies jedoch stets „unter der mehr oder weniger strikten Aufsicht staatlicher Autoritäten und mit der immer vorhandenen Möglichkeit vor Augen, dass ihre Funktionen von den staatlichen Behörden selbst übernommen werden oder dass ihre institutionelle Struktur so verändert wird, dass sie den politischen Zielen des Staates besser dienlich sind.“ (Scharpf 2000: 335) Der Staat gewährt den Akteuren also eine gewisse Autonomie, ohne jedoch seine Interventions- und Regulierungsfähigkeit preis zu geben. Diese benötigt er vielmehr, um Handlungspräferenzen und Machtressourcen bei veränderten Rahmenbedingungen durch gezielte Interventionen nachjustieren und den Veränderungen anpassen zu können. Die Fähigkeit des Staates zur Konstituierung der Verhandlungssysteme eröffnet ihm nämlich zugleich die Möglichkeit, „deren institutionellen Parameter zu manipulieren, um die Verteilung der relativen Verhandlungsmacht und damit die zu erwartenden Ergebnisse zu beeinflussen.“ (Scharpf 2000: 328) Doch neben diesen direkten Interventionen in die Machtbeziehungen zwischen den Akteuren reguliert der Staat auch über indirektere, vermittelte Wege. Dies geschieht über die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, durch die er zwar auch Einfluss auf die Verteilung von Verhandlungsmacht (also auf das „Können“) nimmt, die aber vor allem die Interessenlagen und damit die Strategie- und Handlungspräferenzen der Akteure in eine den staatlichen Politikzielen förderliche Richtung strukturiert; in dieser Weise reguliert er vor allem das „Wollen“ der Akteure. Die politische Kunst dieser eher indirekten und dezentralen „Kontextsteuerung“ (Wilke 1989: 55ff. und 127ff. und 1992: 335ff.) besteht dabei in der Herstellung von ökonomischen oder rechtlichen Anreizstrukturen, die den Akteuren die politisch gewünschten Verhaltensweisen eher nahe legen als administrativ vorschreiben, sie aber gleichwohl durch die Verteilung von (durchaus auch materiellen) Vor- und Nachteilen, die mit den vorhandenen Handlungsoptionen verbunden sind, protegieren.

Dass das deutsche Gesundheitswesen sich als ein solches Policy-Modell der Selbstregulierung im Schatten staatlicher Hierarchie analysieren lässt, und dass die Einbindung potenziell widerständiger Veto-Player in vorstrukturierte Verhandlungssysteme zum Zwecke der Realisierung staatlicher Gesundheitsziele dort in Form der „Korporatisierung“ eine gängige Strategie ist, wurde bereits ausführlich erläutert. Dabei stellen aus Sicht des Staates Funktion, Effizienz und Machtausstattung der Akteure oder Institutionen wichtig Parameter für ihre Eignung als intermediäre Akteure und ihre Einbeziehung in korporatistische Regulierungsstrukturen dar. In besonderer Weise geeignet ist der BÄK als einem Gremium der sozialen Selbstverwaltung des Gesundheitssystems, dessen öffentlicher Bekanntheitsgrad sonderbarerweise in einem

umgekehrt proportionalem Verhältnis zu seinem Einfluss steht. Das öffentliche Interesse an ihm dürfte in gesundheitspolitischen Normalzeiten gegen Null tendieren. Lediglich bei besonderen Ereignissen, etwa anlässlich der Konflikte um die Aufnahme von „Viagra“ oder „Akupunktur“ in den Leistungskatalog der GKV, tritt der Bundesausschuss sporadisch aus dem Schatten in das Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit. Ansonsten dürfte er lediglich Insidern aus dem gesundheitspolitischen oder dem wissenschaftlichen Sektoren bekannt sein, die ihm gleichwohl nicht selten mit erheblichem Misstrauen begegnen. Gerade dieser eigentümlichen Kombination aus Machtfülle und Unbekanntheit wegen wurde er mitunter als eine „absolutistisch anmutende Nebenregierung“ im Gesundheitswesen und als ein Gremium, in dem weitreichende Entscheidungen „im stillen Kämmerlein ausgekungelt werden“, bezeichnet (Lojewski 1989: 52). Selbst wohlwollendere Beobachter des Gesundheitssystems reden nicht ohne Bedenken oder Skepsis in der Stimme von einem „kleinen Gesetzgeber“ (Heberlein 1998) und weisen ihm entweder das „Entscheidungsmonopol“ (Wigge 1999) oder zumindest eine „hohe Definitionsmacht“ (Behnsen 1999) in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zu.

Die Skepsis gegenüber der Funktion des Bundesausschusses und insbesondere gegenüber der offensichtlichen Diskrepanz zwischen Einfluss und Aufmerksamkeit kommt nicht von ungefähr. Der Blick auf seine Entwicklung führt geradewegs zu der These, dass der Gesetzgeber ihm bei der oft beschriebenen liberalen Wende in der Gesundheitspolitik eine zentrale Rolle zugehört und zugeteilt hat. Dieser gesundheitspolitische Paradigmenwechsel wird in dieser Studie als politikfeldspezifischer Teilprozess des allgemeinen Übergangs vom keynesianischen Sozial korporatismus zum angebotsorientierten Wettbewerbskorporatismus gewertet, der auch das Politikfeld Gesundheit in Deutschland erfasst hat. Dort lässt sich die Neuakzentuierung der Politikziele an der sukzessiven Aufwertung der Beitragssatzstabilität als Zielgröße gesundheitspolitischen Handelns festmachen, während die diversen gesundheitspolitischen „Strukturreformen“ auf einen wettbewerbskompatiblen Umbau der institutionellen Arrangements zielten. Im Rahmen dieser Transformation, die eben auch das Akteurs- und Institutionensystem des deutschen Gesundheitswesens unter Druck setzt, erfuhr der Bundesausschuss eine funktionale Aufwertung, die mit einer Neupositionierung im gesundheitspolitischen Regulierungsmodell einherging. Nicht zuletzt im Schatten seines geringen Bekanntheitsgrades wurden ihm Aufgaben bei der wettbewerbskompatiblen Neustrukturierung des Gesundheitswesens übertragen, die der Gesetzgeber aufgrund von Entscheidungsblockaden im politischen System oder wegen zu starker Widerstände in der Gesellschaft nicht erledigen konnte oder wollte. Mehr noch: Die Analyse der „Großen Gesundheitsreformen“ seit 1989 lässt deutlich werden, dass der Bedeutungszuwachs des Bundesausschusses in hohem Maße mit der Verschärfung Spar- und Konsolidierungspolitik korreliert und sich durchaus von einer „wettbewerbskorporatistischen Beauftragung“ dieses Gremiums für eine Politik der Begrenzung der Gesundheitskosten und der restriktiveren Definition des GKV-Leistungskatalogs sprechen lässt. Dabei sollte der Begriff der korporatistischen Beauftragung weder verschwörungs- noch agententheoretisch missverstanden werden.

Vielmehr wird er hier als *terminus technicus* verwendet, der auf eine strategische Intention des Gesetzgebers verweist. Diese bestand darin, *erstens* den Bundesausschuss mit wichtigen Funktionen im Rahmen der Strategie der Kostensenkung zu betrauen, ihm *zweitens* die dazu notwendigen Handlungsinstrumente an die Hand zu geben und *drittens* die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass den in ihm handelnden Akteuren die erwünschte Verhaltensweise nahegelegt werden sollten.²³⁵ Um dies zu erreichen beschränkte sich der Gesetzgebers nicht darauf, das gesetzliche Aufgabenspektrum, die fachliche Definitions- und die politische Durchsetzungsmacht des Bundesausschusses sukzessive zu erweitern; zugleich modifizierte er die institutionellen Kontextbedingungen dergestalt, dass die Interessenlagen und Strategiepräferenzen der in ihm handelnden Akteure auf das Bemühen der staatlichen Sparpolitik ausgerichtet und somit abgesichert werden sollten. Ein Unterfangen, das nicht bruchlos gelang und sich in den Veto- und Blockadestrukturen des deutschen Gesundheitssystems verhedderte.

Begründung und Diskussion der These von der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des BÄK durch den Staat sind Gegenstand der weiteren Ausführungen. Dabei sollen nicht nur die Einzelschritte dieses Prozesses, sondern auch die Widersprüche der staatlichen Korporatisierung und die Restriktionen, die der reibungslosen Umsetzung der staatlichen Regulierungsziele entgegenstehen, in das Blickfeld mit einbezogen werden. Die nun folgende Argumentation gliedert sich in drei inhaltliche Abschnitte: *erstens* wird in diesem Abschnitt (*Abschnitt VIII*) die zentrale Funktion des Bundesausschusses im Prozess der Regulierung des Leistungskataloges der GKV aufgezeigt, die ihn zu einem attraktiven Adressaten staatlicher Regulierungswünsche machte. *Zweitens* sollen die Stufen seiner politischen Beauftragung in den drei „Großen Gesundheitsreformen“ seit dem Gesundheits-Reformgesetz in 1989 nachgezeichnet und die Einbindung dieser Maßnahmen in die strategische Grundausrichtung des jeweiligen Gesetzespaketes verdeutlicht werden, um den behaupteten Zusammenhang zwischen der Sparpolitik und der Aufwertung des Bundesausschusses deutlich werden zu lassen (*Abschnitt IX*). *Drittens* schließlich werden einige Inkonsistenzen in der mit dem GKV-Reformgesetz 2000 geschaffenen neuen Regulierungsstruktur herausgearbeitet, die sich offensichtlich zu Blockaden der staatlichen Steuerungsambitionen auswachsen (könnten) (*Abschnitt X*).

2. Aufgaben und Zusammensetzung des Bundesausschusses

Zweifelsohne besitzt der Bundesausschuss für die Regulierung von Produktion und Verteilung der Gesundheitsgüter eine exklusive Funktion (Behnsen 1999, Heberlein 1998 und 1999, Hinz 2000, Engelmann 2000a und Jung 2000c).²³⁶ Der Gesetzgeber hat ihn als ein bilaterales Funktionsmonopol konstruiert. Die Monopolfunktion beruht auf

²³⁵ Damit ist zunächst nichts über etwaigen Widerstände gegen diese Strategie oder die subjektiven Intentionen, mit denen die Ausschussakteure ihre Aufgaben wahrnehmen, gesagt.

²³⁶ Nach § 91 SGB V ist zwischen einem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie einem der Zahnärzte und Krankenkassen zu unterscheiden. Wenn in diesem Beitrag vom Bundesausschuss die Rede ist, bezieht sich dies auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

der umfassenden und für den ambulanten Sektor exklusiven Definitionsmacht über den gesetzlichen Leistungskatalog der GKV; die bilaterale Struktur resultiert aus der Beschränkung der Teilnehmer an diesem Definitionsprozess auf die Repräsentanten der Krankenkassen und der Vertragsärzteschaft. Die Akteure im Bundesausschuss sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die in einem gesetzlich fixierten Zahlenverhältnis in ihm vertreten sind (*Abbildung 9*).²³⁷ Insgesamt besteht er aus 21 Mitgliedern, von denen jeweils neun Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu stehen. Die restlichen fallen auf den unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weitere neutrale Mitglieder. Über diese sowie ihre Stellvertreter haben sich die Verbände zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden der Vorsitzende und die zwei weiteren Mitglieder durch den Bundesminister für Gesundheit im Benehmen mit den Verbänden bestellt.²³⁸

Die Verbände benennen ihre Vertreter autonom. Dies gilt auch für die Mitglieder der „Arbeitsausschüsse“, in denen die Beschlussvorlagen erstellt werden, auf deren Grundlage der Bundesausschuss seine Entscheidungen fällt (*Abbildung 10*).²³⁹ Die Entscheidungen im Bundesausschuss fallen mit einfacher Mehrheit. Die Geschäftsführung in den Arbeitsausschüssen wechselt alternierend zwischen Kassen und KBV. Die Geschäftsführung des Bundesausschusses obliegt der KBV und soll – so wurde es mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 geregelt – nach seiner Konstituierung an den neu gegründeten Koordinierungsausschuss übergehen.²⁴⁰

Die zentrale Funktion des Bundesausschusses besteht in der inhaltlichen Interpretation der allgemeinen Leistungsvorschriften und der Konkretisierung des besonderen Leistungsrechts der GKV in Form von Richtlinien.²⁴¹ Mit den Richtlinien hat der Bundesausschuss die „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“²⁴² zu sichern. Ihre Verbindlichkeit wird einerseits dadurch gewährleistet, dass sie Bestandteil der Bundesmantelverträge²⁴³ und damit zugleich der Gesamtverträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV²⁴⁴ sind, sodass die Bindewirkung gegenüber den KVen und den Landesverbänden der KK keiner eigenen Umsetzung in den Satzungen mehr bedarf. Zugleich hat das Bundessozialgericht sie als „untergesetzliche Rechtsnormen“ qualifiziert und ihnen mit Blick auf das Leistungsrecht in der GKV eine unmittelbare Gestaltungsfunktion zugesprochen. „Mit dieser Konkretisierung geben die Richtlinien einerseits eine

²³⁷ Befasst sich der Bundesausschuss mit Fragen der psychotherapeutischen Versorgung, weicht die Zusammensetzung insofern ab, als von der KBV fünf psychotherapeutische Ärzte sowie fünf Psychotherapeuten sowie auf Kassenseite ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen sind (§ 91 Abs. 3 SGB V).

²³⁸ § 91 Abs. 2 SGB V

²³⁹ Für die 12. Amtsperiode (vom 1. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2004) wurden je fünf Stellvertreter benannt, die in zehn Arbeitsausschüssen tätig sind. (Pressemitteilung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Nr. 03/2001).

²⁴⁰ Nach § 137e SGB V, s.u.

²⁴¹ Zu Beginn des Jahres 2000 waren 15 Richtlinien in Kraft.

²⁴² § 92 Abs. 1 SGB V.

²⁴³ § 82 SGB V.

²⁴⁴ § 83 SGB V.

Auslegungs- und Interpretationshilfe für Ärzte, bedeuten zugleich aber auch eine gewisse, allerdings zulässige Einschränkung der Therapiefreiheit und auch eine Beschränkung des Ermessens der Krankenkassen bei der Leistungsgewährung.“ (Jung 1999: 258). Die Richtlinien binden also die vertragsschließenden Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer genauso wie die einzelnen Vertragsärzte und Versicherten.

Der Richtlinienauftrag des Bundesausschusses erstreckt sich über alle wichtigen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung (*Abbildung 11*). Grundsätzlich ist er zum Erlass von Richtlinien in allen Bereichen und Fällen berechtigt, die zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten notwendig und im Bereich des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen angesiedelt sind (Wigge 1999: 524). Ein besonderer, in § 92 Abs. 1 SGB V explizit geregelter Richtlinienauftrag besteht zu folgenden Bereichen: ärztliche Behandlung; Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten; ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft; Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie; Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit; Verordnungen von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über Leistungen zur Rehabilitation; Bedarfsplanung; medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Maßnahmen zur Empfängnisverhütung und bei Schwangerschaftsabbruch.

Die Erstellung der Richtlinien hat unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und der medizinischen Notwendigkeit zu geschehen, wobei der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes²⁴⁵ besondere Bedeutung zuzumessen ist. Vor Beschluss der einzelnen Richtlinien ist den betroffenen Leistungserbringern und Herstellern bzw. ihren (Spitzen-)Verbänden oder wirtschaftlichen Interessenvertretungen (u.a. der pharmazeutischen Industrie, den Apothekern, Dachverbänden von Ärztesellschaften der besonderen Therapieeinrichtungen) sowie Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis die Gelegenheit zu Stellungnahmen zu geben. Diese sind dann in die Entscheidungen einzubeziehen. Gegen die Arzneimittellisten und die in ihnen enthaltenen Preisvergleichslisten sind Anfechtungsklagen möglich, die jedoch keine aufschiebende Wirkung entfalten. Gesonderte Klagen gegen die Gliederung nach Indikationsgruppen oder sonstige Bestandteile der Zusammenstellungen sind nicht zugelassen. Die vom Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien werden erst nach Vorlage beim Bundesministerium für Gesundheit wirksam, das sie beanstanden bzw. bei Säumigkeit oder anderen Mängeln über den Verordnungsweg ersatzweise selbst eine entsprechende Richtlinie in Kraft setzen kann.

²⁴⁵ §§ 12, 70 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V.

3. Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die leistungspolitische Regulierung der einzelnen Versorgungsbereiche durch den Bundesausschuss erfolgt also durch die Umsetzung gesetzlicher Vorschriften mittels autonomer Normsetzung in Form von Richtlinien. Besondere Bedeutung kommt dabei der Frage zu, wie der Prozess der Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts seinen Niederschlag im GKV-Leistungskatalog finden soll. Diesen Problemkomplex reguliert vor allem die Richtlinie „Über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinie)²⁴⁶, auf die an dieser Stelle etwas näher eingegangen werden soll.

In diesem Bereich ist der Gesetzesauftrag des Bundesausschusses besonders weit gefasst: er erstreckt sich sowohl auf die Prüfung der Anerkennung *neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* als auch auf die *kontinuierliche Überprüfung aller zu Lasten der Krankenkassen bereits erbrachter vertragsärztlichen Leistungen*. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in die Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur aufgenommen werden, wenn zuvor der Bundesausschuss - auf Antrag der KBV, einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder eines Spitzenverbandes - eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat. Die Empfehlungen haben sich zu erstrecken auf: „(...) 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der jeweiligen Therapierichtung, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.“²⁴⁷

Die BUB-Richtlinie bestimmt über den Gesetzestext hinaus auch die Definition als neu einzustufender Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Antragstellung. So gelten als neue Methoden solche, die entweder noch nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind oder deren Indikationen wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren. Der Antrag auf Prüfung einer neuen Methode ist schriftlich zu begründen und hat Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit auch im Vergleich zu bereits zugelassenen Methoden zu unterbreiten und zu belegen.

Die so formulierten Kriterien sind auch der Maßstab bei der Prüfung der bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Mit diesem Auftrag besitzt der Bundesausschuss über seine Richtlinienbeschlüsse eine faktisch auch retrospektiv wirkenden Normsetzungsfunktion. Ergibt die Prüfung einzelner Leistungen, dass sie den genannten Standards nicht gerecht werden, dürfen sie nicht

²⁴⁶ Bis Ende 1999 waren die Kriterien zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der NUB-Richtlinie und die zur Bewertung erbrachter vertragsähnlicher Leistungen in der Verfahrens-Richtlinie geregelt. In seiner Sitzung am 10. Dezember 1999 beschloss der Bundesausschuss, die beiden Richtlinien in eine gemeinsame zu überführen und die alten Richtlinie aufzulösen.

²⁴⁷ § 135 Abs. 1 SGB V.

mehr als Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Auch hier leistet der Bundesausschuss über die BUB-Richtlinie Konkretisierungs- und Definitionsarbeit. Als bereits erbrachte Leistung definiert sie Methoden und zu Grunde liegende Indikationen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind, wobei in Zweifelsfällen eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses einzuholen ist.²⁴⁸

Generell erfolgt die Überprüfung einer Methode nur auf Initiative eines der Mitglieder des im Bundesausschuss hierzu beauftragten Arbeitsausschusses. Dabei sind durch die veranlassende Krankenkassen- oder Ärzteseite die Hinweise dafür darzulegen, dass die entsprechende Methode nicht oder nur teilweise den gesetzlichen Kriterien entspricht. Um eine entsprechende Öffentlichkeit und damit die Unterrichtung betroffener Dritter sicherzustellen, veröffentlicht der beauftragte Arbeitsausschuss im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt diejenigen Methoden, die zur Überprüfung anstehen. Der Bundesausschuss bzw. der entsprechende Arbeitsausschuss kann sowohl nach einem eigenen Fragebogen strukturierte Stellungnahmen externer Sachverständiger als auch Ergebnisse eigener Recherchen (wie umfassende medizinische Verfahrensbewertungen, systematische Übersichtsarbeiten, evidenzbasierte Leitlinien, Auswertung medizinischer Datenbanken usw.) in die Überprüfung mit einbeziehen. Zugleich kann der Bundesausschuss auf Vorschlag des Arbeitsausschusses in „geeigneten Fällen“ die Beratung und Beschlussfassung für längstens drei Jahre aussetzen, wenn keine aussagefähigen Unterlagen vorliegen, diese aber im Rahmen einer gezielten wissenschaftlichen Bewertung in einem vertretbaren Zeitraum beschafft werden können. Die Ergebnisse der Überprüfungen werden als Beschlüsse in zwei Anlagen veröffentlicht, die zwischen „Anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (Anlage A) und „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“ (Anlage B) unterscheidet.

Der Bundesausschuss definiert durch die BUB-Richtlinie nicht nur das ordnungsgemäße Verfahren, sondern konkretisiert auch die Prüfkriterien, nach denen die Bewertungen neuer sowie erbrachter Leistungen durchgeführt werden. Dies geschieht durch die Auflistung der Inhalte in den Unterlagen, auf deren Basis die Überprüfung von „Nutzen“, „medizinischer Notwendigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ vorgenommen wird. Das Kriterium „Nutzen“ einer Methode wird demnach überprüft anhand von:

- Studien zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen
- Nachweis der therapeutischen Konsequenz einer diagnostischen Methoden
- Abwägung des Nutzens gegen die Risiken
- Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen („Outcome“)

²⁴⁸ Bei dem Bewertungsausschuss handelt es sich um ein Konfliktregulierungsgremium der beteiligten Parteien, das aus sieben von der KBV bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern besteht. Im Vorsitz wechseln sich Kassen und Ärzte ab. Kommt der Ausschuss zu keinem einheitlichen Ergebnis kann durch die Erweiterung durch von beiden Seiten zu benennenden vier unparteiischen Mitgliedern und einem unparteiischen Vorsitzenden ein erneuter Einigungsversuch gemacht werden. Die Einzelschriften sind in § 87 Abs. 3 und 4 i.V.m. 89 Abs. 3 SGB V geregelt.

- und dem Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung“ (Abschn. 7.1. BUB-Richtlinie).

Die Überprüfung des Kriteriums „medizinische Notwendigkeit“ erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen:

- „zur Relevanz der medizinischen Problematik
- zur Häufigkeit der zu behandelnden Erkrankung
- zum Spontanverlauf der Erkrankung
- zu diagnostischen oder therapeutischen Alternativen“ (Abschn. 7.2. BUB-Richtlinie)

Die Überprüfung des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit“ basiert auf Unterlagen zur:

- „Kostenabschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten
- Kosten-Nutzenabwägung im Bezug auf den einzelnen Patienten
- Kosten-Nutzenabwägung im Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung
- Kosten-Nutzenabwägung im Vergleich zu anderen Methoden.“ (Abschn. 7.3 BUB-Richtlinie)

Die Unterlagen zu den therapeutischen und den diagnostischen Methoden werden getrennt nach definierten Evidenzstufen geordnet, anhand derer der Nachweis für die Erreichung der Kriterien beurteilt werden. Dazu wird zu beiden Methoden zwischen fünf unterschiedlich definierten Evidenzstufen (I, IIa, IIb, IIc, III) differenziert, wobei die Evidenzstufen I in beiden Bereichen erreicht ist, wenn „Evidenz aufgrund wenigstens einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach international anerkannten Standards (z.B.: „Gute klinische Praxis“ (GCP), Consort)“ nachgewiesen werden kann (Abschn. 8.1. und 8.2.) BUB-Richtlinie). Die Unterlagen werden in „Anlehnung an internationale Evidenzkriterien“ den einzelnen Evidenzstufen zugeordnet. Besondere Anforderung, so legt es die Richtlinie fest, werden dabei entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse an das Prüfkriterium „Nutzen“ einer Methoden gestellt. „Danach ist der Nutzen einer Methode in der Regel durch mindestens eine Studie der Evidenzklasse I zu belegen. Liegen bei der Überprüfung einer Methode Studien dieser Evidenzklasse nicht vor, so entscheidet der Ausschuss aufgrund der Unterlagen der bestvorliegenden Evidenz“ (Abschn. 6.4. BUB-Richtlinie). Dieser Grundsatz „bestvorliegender Evidenz“ („best evidence“) etabliert zum einen den Evidence-based-Medicine-Ansatz als Bewertungsprinzip, eröffnet dem Bundesausschuss zugleich durch die Abweichung von der ausschließlichen Bewertung anhand von Studien höchster Evidenz gewollte Bewertungs- und Handlungsspielräume.

4. Der Bundesausschuss als korporatistisches Regulierungsgremium

Diese Skizze der Aufgaben und Aktivitäten des Bundesausschusses sollten seine exklusive Stellung als dem zentralen Regulierungszentrum in der ambulanten

Versorgung verdeutlicht haben. Dabei ist kaum zu übersehen, dass in den Aufgabenzuweisungen und Kompetenzzuteilungen, aber auch in der Sicherstellung staatlicher Letztentscheidungsrechte die Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck kommt, den Bundesausschuss zu einem effektiven und durchsetzungsfähigen Akteur zu machen, dem mit diesen Eigenschaften eine ansehnliche Eignung als intermediäre Regulierungsinstanz zukommt.²⁴⁹ Dies wird durch zwei Tatbestände gewährleistet:

1. Der Bundesausschuss besitzt eine hohe Definitionsmacht über den GKV-Leistungskatalog; dies gilt, wie gezeigt, für die Bewertung erbrachter wie für die Anerkennung neuer Leistungen. Diese Definitionsmacht beruht zum einen auf den erheblichen Handlungsspielräumen, die sich vor allem aus der Fassung der Gesetzesvorgaben als unbestimmte Rechtsbegriffe („ausreichend“, „zweckmäßig“, „notwendig“, „wirtschaftlich“ sowie „allgemein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse“) ergeben, die, um wirksam zu werden, der Auslegung bedürfen. Er resultiert aber auch aus der breiten Ausstrahlung der Richtlinien, die die Schlüsselakteure (Verbände, Vertragsärzte und Versicherte) des Systems bindet und sich auf die zentralen Versorgungsbereiche erstrecken.
2. Da durch die Entscheidungen des Bundesausschusses nicht nur Qualität und Volumen der Versorgung, sondern auch die wirtschaftlichen Interessen der Leistungsanbieter grundlegend betroffen sind, hat der Gesetzgeber offensichtlich versucht, zur Stabilisierung der Regulierungsmacht des Bundesausschusses die auftretenden Widerstände entscheidungsverträglich zu kanalisieren, indem er die Veto-Macht der Leistungserbringer begrenzte. Dies geschieht auf vierfache Weise: *erstens* ist das Recht auf Stellungnahmen und Anhörung der Betroffenen auf die Bundesebene begrenzt und den Regularien unterworfen, die der Bundesausschuss selbst in der zitierten Verfahrensordnung zur Durchführung der Anhörungen spezifizieren konnte. *Zweitens* verfügen die betroffenen Interessengruppen zwar über Anhörungsrechte und die Möglichkeit von Stellungnahmen, die bei der Entscheidungen des Bundesausschusses zu berücksichtigen sind; aber etwaige Anfechtungsklagen haben weder

²⁴⁹ Vgl. dazu auch die sehr instruktiven Ausführungen von Döhler/Manow-Borgwardt (1992a), die einerseits die Parallelen in den historischen Entwicklungsmustern zwischen dem Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Weimarer Republik und dem Bundesausschuss als einem gemeinsamen Prozess „einer Hierarchisierung sowohl innerhalb (Bindungswirkung) als auch außerhalb des Verhandlungssystems (Ersatzvornahme und Verordnungsermächtigung)“ (588) herausarbeiten; und die zum anderen den Bundesausschuss „annäherungsweise als ein idealtypisches Verhandlungsgremium“ bezeichnen: „(...) dessen Eigenschaften bestehen in einer eng begrenzten Mitgliedschaft; die Mitglieder besitzen als Bundesverbände bereits einen hohen Zentralisierungsgrad, d.h. sie leisten vorrangig eine hohe Interessenaggregation; sie sind verpflichtungsfähig und besitzen ein Repräsentationsmonopol; und sie sind nur in abgemilderter Form in andere Interessenkonstellationen eingebunden.“ (589). Dieser Analyse kann weitgehend zugestimmt werden. Die vorliegende Studie geht jedoch in folgenden Punkten über diese hinaus bzw. setzt andere Akzente: Sie verortet den entscheidenden korporatistischen Entwicklungsschub des Bundesausschusses nicht nach dem GRG, sondern nach dem 2. GKV-NOG (das die 1992 veröffentlichte Studie von Döhler/Manow-Borgwardt freilich nicht einbeziehen konnte); sie wählt die neunziger Jahre als Schwerpunkt der Analyse und sie stellt die zunehmende Integration des Bundesausschusses in ein hierarchisch strukturiertes Korporatismusgefüge in den Zusammenhang mit der Transformation des Nachfrage- zum Wettbewerbskorporatismus und betont daher die politikinhaltliche Seite der Entwicklung, die in dem doch stark funktional-strukturalistisch geprägten Ansatz von Döhler/Manow-Borgwardt unterbelichtet bleibt.

aufschiebende Wirkung, noch schränken sie in irgendeiner Form das Letztentscheidungsrecht des Ausschusses ein. *Drittens* besitzen betroffene Leistungserbringer vor den Sozialgerichten zwar die Möglichkeit von Feststellungs- oder Leistungsklagen, gleichwohl sind die beklagbaren Regelungsbereiche eingeschränkt (Jung 2000c: 366); so kann ein Arzneimittelhersteller zwar gegen eine konkrete Preisvergleichsliste, nicht aber gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen, die Zusammenfassung der Arzneimittel in solche Gruppen oder gegen die Vormerktexte zu den einzelnen Gruppen isoliert Klage erheben (KassKomm-Hess 1998, § 92 SGB V RdNr 16). Und schließlich ist *viertens* auch der Kreis der klageberechtigten Akteure eingeschränkt, da aus der Rechtsqualität der Richtlinien als „untergesetzlicher Rechtsnormen“ die Unzulässigkeit unmittelbarer Anfechtungen einzelner Ärzte, Krankenkassen oder Versicherter folgt, denen lediglich indirekte Klagemöglichkeiten in Form sogenannter Indizienprüfungen (auch ohne aufschiebende Wirkungen) zur Verfügung stehen.²⁵⁰

3. Trotz (oder vielleicht sogar wegen) der exponierten Regulierungsfunktion des Bundesausschusses bleibt die Letztverantwortung des Staates unberührt. Sie wird durch unterschiedliche staatliche Aufsichts- und Interventionsrechte des Bundesministeriums für Gesundheit gesichert (Kaltenborn 2000). Mit Blick auf die Richtlinienkompetenz beruht sie über die allgemeinen Befugnisse des Gesetzgebers hinaus auf der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Geschäftsführung des Bundesausschusses²⁵¹. Entscheidender und im politischen Prozess einflussreicher sind jedoch der staatliche Genehmigungsvorbehalt, das Beanstandungsrecht sowie die Befugnis zur Ersatzvornahme.²⁵²

Kein Zweifel: In dieser Kombination aus weitreichender Definitionsmacht, dosierter Veto-Macht und staatlicher Letztinterventionsfähigkeit stellt der Bundesausschuss ein institutionelles Regulierungsgremium dar, das wie eine Musterinstitution des Policy-Modells der Selbstorganisation in Schatten staatlicher Hierarchie erscheint. Offensichtlich besitzt es, was es für eine erfolversprechende wettberbskorporatistische Beauftragung braucht. Im weiteren wird nun zu zeigen sein, wie der Bundesausschuss zu dem wurde, was er heute ist und warum vieles im interessenpolitisch vermachteten Kräftefeld des deutschen Gesundheitssystems doch anders vonstatten geht, als es sich der Gesetzgeber erhofft.

²⁵⁰ Durch diese Einschränkung der Einflussmöglichkeiten der Leistungserbringer auf die Entscheidungen des Bundesausschusses soll die Leistungsfähigkeit des Bundesausschusses erhöht werden, in dem die Veto-Macht der in ihren Interessen Betroffenen verringert wird. Dieses institutionelle Arrangement kommt jener „Entkoppelung von Mitentscheidungskompetenz und Betroffenheit“ sehr nahe, die – aus der Organisationssoziologie kommend - in der politikwissenschaftlichen (Ver-)Handlungstheorie als eine Voraussetzung problemlösungsfreundlicher Verhandlungskonstellationen benannt wurde (Mayntz 1993: 51). Dass dies hier nicht in dem vom Gesetzgeber erhofften Ausmaß gelingt, wird noch zu thematisieren sein.

²⁵¹ Nach § 91 Abs. 4 SGB V.

²⁵² Nach § 94 Abs. 4 SGB V.

XI. Indienstnahme, Ermächtigung und Kontextsteuerung: Stufen und Maßnahmen der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des Bundesausschusses

1. Der Bundesausschuss vor dem Gesundheits-Reformgesetz

Lange Zeit spielte der Bundesausschuss in der gesundheitspolitischen Versorgung keine bedeutende Rolle (Prange 1956, Andreas 1975). Dies war zum einen darauf zurückzuführen, dass die Richtlinienkompetenz, mit der er ausgestattet war, keine hohe Rechtsverbindlichkeit, sondern lediglich Empfehlungscharakter enthielt. Zwar waren (schon damals) Rechtscharakter und Verbindlichkeitsgrad der Richtlinien umstritten; doch ging die herrschende Meinung gemeinsam mit dem Bundessozialgericht davon aus, dass den Richtlinien, jedenfalls sofern sie nicht Bestandteil der Satzungen der Verbände der Krankenkassen und der KV waren, keine normative Bedeutung zukomme und sie aus sich heraus kein autonomes Recht der Selbstverwaltung begründeten. „Bis 1989 waren sie rein verwaltungsinterne Durchführungsbestimmungen, ohne rechtlich bindende Auswirkungen.“ (Jung 1999: 258; ähnlich: Wigge 1999: 524f.).²⁵³ Hinzu kam, dass im Bundesausschuss nur die RVO-Kassen vertreten waren. Die Ersatzkassen konnten in eigenen Arbeitsgemeinschaften Verhandlungen mit der KBV führen und Verträge mit für sie günstigeren Inhalten abschließen. Dies schränkte den Geltungsbereich der Bundesausschuss-Richtlinien in dem Maße ein, in dem die Ersatzkassen an Versicherten gewannen. Durch diese Restriktionen gingen auch die im Zuge der Leistungsexpansion ab Mitte der 1960er Jahre durch den Ausschuss erlassenen Richtlinien (z.B. die Mutterschafts-Richtlinie und Psychotherapie-Richtlinie von 1967, die Früherkennungs-Richtlinie von 1971 und die Rehabilitations-Richtlinie von 1974) noch nicht mit einem realen Machtzuwachs einher (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 583). Ähnliches galt für die Aufgabenerweiterung nach dem „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz“ (KVWG) aus dem Jahre 1976²⁵⁴, durch das dem Bundesausschuss auch die Aufgabe zugewiesen wurde, Richtlinien zur Ermittlung und Feststellung von Ungleichheiten in der kassenärztlichen Versorgung zu erlassen (§ 368p Abs. 7 RVO, zit. n. Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 583).

Erste Anzeichen einer Aufwertung des Bundesausschusses wurden im Kontext der liberalen Wende von einer expansiven Leistungs- zu einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen und im Zuge der Verabschiedung des „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes“ (KVKG)²⁵⁵ in 1977 deutlich. Anliegen der staatlichen Gesundheitspolitik war es von nun an, sämtliche Möglichkeiten der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zur Drosselung der GKV-Ausgaben zu aktivieren. Beitragssatzanstiege sollten insbesondere durch eine Koppelung der Ausgaben an die Entwicklung der Grundlohnsumme (Einkommen der Versicherten, die in der Sozialversicherung beitragspflichtig sind) begrenzt werden. Im Rahmen dieser

²⁵³ Entsprechend wurde etwa die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden in der Praxis vertraglich zwischen den Kassen- und Ärzteverbänden geregelt, obwohl dieser Gegenstand explizit gesetzlich als Regelungsgegenstand des Bundesausschusses definiert worden war.

²⁵⁴ BGBl. I S. 3871.

²⁵⁵ BGBl. I S. 1069, vgl. dazu insbesondere Webber 1988: 192ff..

„einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ wurden auch die Aufgaben des Bundesausschusses nicht unerheblich ausgeweitet und Ansätze seiner funktionalen Einpassung in die staatliche Sparstrategie deutlich. Zu den neu hinzu gekommenen Aufgaben gehörte der Auftrag zur Erstellung einer Arzneimittel-Preisvergleichsliste, die den Ärzten einen Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Packungsgrößen ermöglichen sollte, zugleich sollte der Bundesausschuss eine Liste mit „Bagatellarzneimitteln“ erstellen, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden durften. Döhler/Manow-Borgwardt konstatieren seit dieser Zeit eine „zunehmende Instrumentalisierung des Bundesausschusses zur Regelung von Verteilungskonflikten“ (1992a: 584) durch den Gesetzgeber. Als Beleg führen sie die Verabschiedung der „Großgeräte-Richtlinien“ im Bundesausschuss in 1986 an, über die zwischen Bundesrat und Bundestag keine Einigung erzielt werden konnte (auch Döhler 1990: 435-441) und die dem Bundesausschuss zur Entscheidung zugewiesen worden waren. Diese Kompetenzdelegation „erwies sich – mit dem ‚Vorrang der Selbstverwaltung‘ ideologisch abgesichert – (...) als eine Option zur politischen Bearbeitung von Regelungsmaterien, über die im parlamentarischen Raum keine Einigung möglich war.“ (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 584).

2. Die Herausbildung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitssystem

Mit dem „Gesundheits-Reformgesetz“ (GRG)²⁵⁶ aus dem Jahr 1989 sollte die 1977 eingeleitete Politik der „Kostendämpfung“ beendet und durch eine der „Strukturreformen“ ersetzt werden (Webber 1989).²⁵⁷ Trotz einer Reihe gesundheitspolitischer „Spar-Gesetze“²⁵⁸ waren zwischen 1975 und 1987 die Gesundheitsausgaben pro Mitglied von DM 1737 auf 3237 und der Beitragssatz zwischen 1978 und 1987 von durchschnittlich 11,4 auf 12,6 v.H. gestiegen (Berg 1986, Paffrath/Reiners 1987, Eberle 1998). Zwar sei, so hieß es in der Begründung zum GRG-Gesetzesentwurf, der Ausgabenanstieg auch auf Leistungsausweitungen, den medizinischen Fortschritt und eine höhere Versorgungsqualität zurückzuführen, doch zugleich seien Überversorgung, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten zu registrieren, an die die bisherige Sparpolitik nicht herangereicht habe und die nur durch strukturelle Reformen beseitigt werden könnten. „Die Bilanz zehnjähriger

²⁵⁶ BGBl I, S.2477.

²⁵⁷ Im einschlägigen Jargon besteht der Unterschied zwischen „Kostendämpfungs- und Strukturreformpolitik“ im Gesundheitswesen weniger im Ziel der Drosselung der Gesundheitsausgaben, das beiden eigen ist. Die Differenzen liegen eher in den Wegen und bei den Instrumenten, mit denen dieses Ziel erreicht werden soll. Während die „Kostendämpfungspolitik“ stärker versucht, Sparerfolge durch Budgetierungen, die Ausgrenzung von Leistungen oder die Erhöhung von Zuzahlungen zu realisieren, definiert Webber (1989: 263f.) eine Politik der Strukturreformen als eine, die „aus einer Umverteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten im Hinblick auf die Finanzierung, die Bereitstellung und die Regulierung medizinischer Leistungen“ besteht. Politische Maßnahmen, die etwa über die Neuverteilung von Verhandlungsmacht in die Steuerungsmechanismen des Gesundheitssystems eingreifen, gehören damit eher in den Bereich der Strukturreformen. Gleichwohl beinhalteten die „Großen Strukturreformen“ seit 1989 immer auch Elemente einer schlichten Kostendämpfungspolitik.

²⁵⁸ Zu diesen gehörten das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 (BGBl. I S. 1069), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 (BGBl. I S. 1568), das Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz von 1981 (BGBl. I S. 1578), das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 (BGBl. I S. 1716) und die Haushaltsbegleitgesetze von 1982 (BGBl. I S. 1857) und 1983 (BGBl. 1532).

Kostendämpfungsbemühungen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung macht deutlich, dass es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gibt.“ (GRG-Entwurf 1988: 135) Die Beseitigung der Systemmängel sollte über einen – so würde es heute wohl formuliert – gesundheitspolitischen „Dritten Weg“ zwischen einem staatlichen Versorgungssystem und einem reinen Marktmodell erreicht werden, der jedoch keineswegs mit einer „Absage an den verstärkten Einbau von Elementen des Marktes und des Wettbewerbs in die GKV“ verbunden war (GRG-Entwurf 1988: 147).

Insgesamt versprach man sich von der Umsetzung des GRG ein Netto-Sparvolumen von rd. 6,2 Mrd. DM, das für Beitragssatzsenkungen zur Verfügung gestellt werden sollte. Der Beitragssatz, der für 1989 auf 13,4 v.H. geschätzt wurde, sollte bis zu diesem Zeitpunkt wieder auf 12,6 v.H. gedrückt werden. Ausdruck der angestrebten gesundheitspolitischen Wende war vor allem die deutliche Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der im Grunde bereits seit 1977 zum gesundheitspolitischen Ziel erhoben worden war, mit dem GRG aber erstmals als „zu beachtender“ Grundsatz für alle Leistungsbereiche und alle Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in das Gesetz aufgenommen wurde. Durch diese Regelung sollte „die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Finanzierung zu vertretbaren Beitragssätzen auf Dauer gesichert werden.“ (GRG-Entwurf 1988: 191). Auch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sollte bei ihren Empfehlungen über die Ausgabenentwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen die Beitragssatzstabilität beachten, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung sei auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ohne höhere Beiträge sicherzustellen.

Mit der politischen Neuorientierung korrespondierte auch die funktionale Aufwertung des Bundesausschusses (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 585ff., Döhler/Manow-Borgwardt 1992b: 74., Wigge 1999: 525). Ihm wurde eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der kostendämpfenden Strukturreformen zugeordnet. Während man im stationären Sektor durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 günstigere Strukturen zur Realisierung von mehr Wirtschaftlichkeit vorhanden sah, ging man im ambulanten Bereich davon aus, dass bei „den Heil- und Hilfsmitteln und bei den Arzneimitteln (...) die Steuerungsmittel der Selbstverwaltung nach wie vor unterentwickelt“ seien. (GRG-Entwurf 1988: 135) Die im GRG enthaltene Aufwertung des Bundesausschusses diente vor allem der Korrektur dieser defizitären Steuerungskapazitäten, durch die man sich den Haupterfolg der Sparbemühungen versprach. Er sollte seine erweiterte Richtlinienkompetenz zur Fortsetzung der im ambulanten ärztlichen Bereich bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven nutzen und den Gesetzgeber von dieser Aufgabe zu entlasten.²⁵⁹ Dazu sah das GRG insbesondere folgende Regelungen vor:

²⁵⁹ „Die Selbstverwaltung verkörpert den Sachverstand der unmittelbar Beteiligten. Vereinbarungen und Regelungen, die von der Selbstverwaltung in gemeinsamer Verantwortung getroffen werden, entlasten den Gesetzgeber. Das gilt insbesondere für die Bereiche der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Die dort eingeleiteten Maßnahmen müssen konsequent weitergeführt werden.“ (GRG-Entwurf 1988: 134f.).

1. Erstens wurden die Verbände der Ersatzkassen mit zwei Vertretern in den Bundesausschuss und damit in den Geltungsbereich der Richtlinien einbezogen. Durch diese Integration der Ersatzkassen wurde die Kassen(arten)konkurrenz zurückgedrängt, die auf der bis dahin gespaltenen Geltung der Richtlinien basierte, die für die RVO-Kassen, nicht aber die Ersatzkassen galten (Abholz 1990: 10).
2. Zweitens wurden die in Richtlinien zu regelnden Tatbestände erheblich ausgeweitet. Der Bundesausschuss wurde zum einen beauftragt, über Richtlinien Arzneimittel, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht genügten, von der Versorgung auszuschließen. Der Versorgungsausschluss galt auch für Heilmittel, die im Anwendungsbereich der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden. Die ausgeschlossenen Arznei- und Heilmittel sollten in einer übersichtlichen und anwendungsfreundlichen Auflistung zusammengestellt werden. Zugleich erhielt der Bundesausschuss den Auftrag, Gruppen von Arzneimitteln zu bilden, für die durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und auf der Grundlage rechnerischer mittleren Tages- oder Einzeldosen Festbeträge festsetzen sollten. Vor der Entscheidung war der Bundesausschuss verpflichtet, Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und den Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahme in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Insgesamt sollte die Einführung von Festbeträgen, für die sich der Gesetzgeber das Recht auf Ersatzvornahme vorbehielt, „für Versicherte einen Anreiz (bilden), die preisgünstigsten Mittel in Anspruch zu nehmen, ohne ihren Anspruch auf das im Einzelfall medizinisch erforderliche Mittel einzuschränken“; zugleich sollten sie „den Wettbewerb unter den Anbietern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln verstärken.“ (GRG-Entwurf 1988: 175).
3. Schließlich lag dem GRG der Versuch zu Grunde, die Normqualität der Richtlinien zu verbessern, um ihre Verbindlichkeit und damit die Definitionsmacht des Bundesausschusses als Regulierungsgremium zu stärken. Dies geschah mittels der juristischen Konstruktion der „dynamischen Verweisung“. Indem die Richtlinien des Bundesausschusses zu Bestandteilen der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen erklärt wurden, sollte der rechtsetzende Akt, der nach der Rechtsprechung des BSG zur Entfaltung des normativen Charakters der Richtlinien voraus zu setzen war, überflüssig werden. Dadurch sollte die Umsetzung der Richtlinien in Satzungsrecht der KVen und der Landesverbände der Krankenkassen entbehrlich werden (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 587)

Die Intention des Gesetzgebers mit Blick auf den Bundesausschuss im GRG waren offensichtlich. Im Plan der „Generalüberholung des Gesundheitssystems“ war ihm eine prominente Funktion zgedacht. Dies galt vor allem für vor allem für das „Herzstück“ (Norbert Blüm“) des GRG: die Festbetragsregelung. Auch wenn weder die erhofften

Kostendämpfungseffekte erzielt noch die anvisierte Stärkung der Definitionsmacht des Bundesausschusses in die Realität umgesetzt werden konnte, ist doch unverkennbar, dass die Umsetzung des GRG mit der „Schaffung einer zentralen Steuerungsinstanz“ (Abholz 1990: 9) in Gestalt des Bundesausschusses einher ging. Jedenfalls gewannen die Vorwürfe machtpolitischer Anmaßung und fehlender demokratischer und verfassungsmäßiger Legitimation (v. Zezschwitz 1990), die den Bundesausschuss bis heute begleiten, in dieser Zeit eine neue Qualität.

3. Der Bundesausschuss als Agentur des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels?

Die zweite, umfassende Veränderung von Aufgaben- und Kompetenzdefinition des Bundesausschusses fand Mitte der 90er Jahre im Rahmen der Verabschiedung mehrerer gesundheitspolitischer Spargesetze statt. Sie muss jedoch vor dem Hintergrund einer grundlegenden Veränderung zentraler Grundstrukturen des Gesundheitssystems interpretiert werden, die durch das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)²⁶⁰ von 1992 implementiert wurden. Dieses Reformgesetz bedeutete für den Bundesausschuss eine umfassende Modifikation seiner Kontextbedingungen, in die sich seine neue Funktionsbestimmung einpassen sollte. Zu den entscheidenden Strukturmaßnahmen zählten die Einführung eines Ausgabenbudgets, die Neuordnung der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen, die Ausdehnung der Kassenwahlfreiheit auf Arbeiter sowie die Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs, der den durch das erweiterte Wahlrecht installierten Kassenwettbewerb regulieren sollte (Reiners 1992, Deppe 2000).

Kurzfristig war das in einer „großen Gesundheitskoalition“ zwischen Koalition und Opposition verabschiedete GSG erfolgreich, aber schon 1995 folgte dem Überschuss von 10,7 Mrd. DM (1993) ein Defizit in Höhe von 7,5 Mrd. DM. Diese Entwicklung spitzte die gesellschaftliche Diskussion um die Notwendigkeit einer weiteren, dritten Stufe der Gesundheitsreform zu. Diesmal kam es jedoch nicht zu einer Konsenslösung. Nachdem erste Versuche einer Einigung mit der Opposition und eine Gesetzesinitiative gescheitert waren, goss die Bundesregierung das geplante Reformpaket in drei im Bundesrat nicht zustimmungspflichtige „Spargesetze“, um die Blockademöglichkeiten der Opposition zu umgehen (Wasem 1998: 21ff.).²⁶¹ Diese Gesetze radikalisierten die Sparanstrengungen noch einmal und integrierten die Gesundheitspolitik nun auch stärker in die aufkeimende Globalisierungs- und Standortdebatte.²⁶² Insbesondere das 2. GKV-NOG sah neben der Ausgrenzung von Leistungen und Erhöhung von Zuzahlungen weit reichende Veränderungen der internen Regulierungsmechanismen im

²⁶⁰ BGBl. I S. 2657.

²⁶¹ Zu diesen Spargesetzen gehörten das „Beitragsentlastungs-Gesetz - BeitrEntlG“ (BGBl I S. 1631) sowie das „Erste und Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung – 1. und 2. GKV-NOG“ (BGBl I; S. 1518; BGBl I S1520).

²⁶² Wasem weist darauf hin, dass das Gesetzespaket auch innerhalb der Regierungskoalition (vor allem zwischen Gesundheitsminister Horst Seehofer und dem neuen Gesundheitspolitischen Sprecher der F.D.P Jürgen Möllemann) heftig umstritten war. Die F.D.P. hatte noch weitergehende Forderungen nach Leistungsausgrenzungen und eine Stärkere Implementierung von Markt- und Wettbewerbselementen gefordert und –zumindest verbal – im Zuge dieses Streites sogar die „Koalitionsfrage“ gestellt (Wasem 198: 22).

Gesundheitswesen vor. Ordnungspolitisch basierte das Gesetz auf einer stark wettbewerblichen Grundkonzeption und zielte vor allem darauf ab, durch eine Strategie einer restriktiven Ressourcenregulierung die Selbstverwaltung zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen zu drängen. Ihm lag die Prämisse zu Grunde, „dass nur eine Politik des knappen Geldes dazu führen wird, dass die vorhandenen Steuerungspotenziale aktiviert werden und die Beteiligten in der Selbstverwaltung sich dafür einsetzen, dass überflüssige Leistungen weder verordnet noch genehmigt werden“ (2. GKV-NOG-Entwurf 1996: 16). Zur Aktivierung dieser Steuerungspotenziale sollten vor allem „den Krankenkassen im Leistungs- und Versorgungsbereich zusätzlicher Gestaltungsspielraum verschafft werden, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden bzw. den Finanzbedarf für Beitragssatzerhöhungen zu reduzieren“ (ebenda.). Unter dem Motto „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ wurden „der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern“ (ebenda, Hervorh. im Original) neue Wettbewerbsfelder eröffnet, indem die Palette des bisher weitgehend gesetzlich vorgeschriebenen GKV-Leistungskatalogs, seine Finanzierung und die Gestaltung der Anspruchsvoraussetzungen zur Disposition der Selbstverwaltung und somit der Wettbewerbszwänge gestellt wurde. Dazu wollte das 2. GKV-NOG den einheitlichen Leistungskatalog in drei Segmente zerlegen. Neben den nach wie vor von allen Krankenkassen bereitzustellenden und von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch zu finanzierenden Leistungen war die Einführung sogenannter „Gestaltungsleistungen“ geplant. Zu diesen sollten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, Fahrkosten mit Ausnahme von Rettungstransporten, Kuren und Rehabilitationen (ausgenommen Anschluss-Rehabilitationen und Mütterkuren), diverse Heilmittel sowie unterschiedliche Auslandsleistungen (mit Ausnahme von Leistungen, die im Rahmen des Rechts der Europäischen Gemeinschaft oder im Rahmen von Sozialversicherungsabkommen erbracht werden) gehören. Diese Gestaltungsleistungen sollten weiterhin paritätisch finanziert, jedoch nicht im Rahmen des Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden. Beitragssatzerhöhungen aufgrund von Aufwendungen für die Gestaltungsleistungen wurden ausgeschlossen. Als drittes Segment blieben die sogenannten „Satzungsleistungen“ erhalten, die ausschließlich durch die Beiträge der Versicherten zu finanzieren und nicht im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen waren und deren Aufwendungen ebenfalls nicht zu Beitragssatzerhöhungen führen durften. Zu den möglichen Satzungsleistungen zählten u.a. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention; aber auch bestimmte Heilmittel (Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie), die zuvor durch das „Beitragsentlastungs-Gesetz“ als paritätisch finanzierte, gesetzliche Leistungen ausgeschlossen worden waren.

Ergänzt wurde diese Dreiteilung des Leistungskatalogs durch Veränderungen im Beitragsrecht, in das Elemente aus der privaten Krankenversicherung eingeführt wurden. Zwar mussten etwaige Satzungsleistungen allen Versicherten einer Kasse angeboten werden und konnten nicht im Rahmen unterschiedlicher Leistungspakete zu- oder abgewählt werden, doch erhielten die Kassen nicht nur das Recht, eigenständig über die Erhöhung von Zuzahlungen zu entscheiden. Darüber hinaus durften sie sich

durch entsprechende Satzungsänderungen auch Elementen aus der privaten Krankenversicherung bedienen. Zu diesen gehörte die Möglichkeit, durch Satzungsänderungen auch Pflichtversicherten das Recht eines Wechsels vom Sach- oder Dienstleistungsprinzip zur Kostenerstattung einzuräumen, wobei der Anspruch auf Erstattung auf die Höhe der Vergütung begrenzt wurde, die die Krankenkassen bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hatten. Die Kostenerstattung konnte, ebenfalls über entsprechende Satzungsbestimmungen, mit der Möglichkeit von Selbsthalten und einer entsprechenden Senkung des Beitragssatzes verbunden werden. Schließlich war die Möglichkeit von Beitragsrückzahlung für Mitglieder vorgesehen, wenn diese und ihre versicherten Angehörigen im laufenden Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der GKV in Anspruch genommen hatten

In den Kontext dieser strategischen Ausrichtung war die erneute Ausweitung der Regulierungsfunktion des Bundesausschusses eingebunden (Seehofer 1997). Bereits unmittelbar nach der Verabschiedung des 2. GKV-NOG begann die kontroverse Debatte über die Frage, ob durch die Erweiterung von Aufgaben und Kompetenzen des Bundesausschusses „ein neues Machtzentrum im deutschen Gesundheitswesen“ entstanden sei.²⁶³ Die Opposition kritisierte die Veränderungen als eine missbräuchliche Verschiebung staatlicher Aufgaben auf die soziale Selbstverwaltung zum Zwecke einer Entlastung des staatlichen Behördenapparates. Unter der Parole von der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ habe der Staat grundlegende Entscheidungen vor allem auf den Bundesausschuss abgewälzt, die dieser aufgrund mangelnder Legitimation und unzureichender Problemlösungskapazitäten nicht meistern könne (Dressler 1997). Diese Einschätzung bezog sich auf folgende Änderungen durch das 2. GKV-NOG, die einen neuen Aufwertungsschub der Regulierungsfunktion des Bundesausschusses darstellten:

1. Zum einen wurde der Richtlinienauftrag des Bundesausschusses auf die Versorgungsbereiche Vorsorge und Rehabilitation, Versorgung mit Heilmitteln und häusliche Krankenpflege erweitert. Die neue Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege sollte insbesondere der Abgrenzung zwischen der medizinischen Behandlungspflege und der Grundpflege im Sinne der 1996 eingeführten Pflegeversicherung dienen. Den Krankenkassen war daran gelegen, ihre Tätigkeiten im Bereich der häuslichen Krankenpflege einzuschränken. Notwendig geworden waren die neuen Richtlinien jedoch vor allem mit Blick auf die mit dem 2. GKV - NOG neu eingeführten „Rahmenempfehlungen“ zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Bundesverbänden der betroffenen Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses zu vereinbaren waren.
2. Zugleich wurde das Anhörungsverfahren im Rahmen der Richtlinienerstellung ausgeweitet, um insbesondere den Einfluss der nichtärztlichen Leistungserbringern zu erhöhen. Bisher waren sie lediglich bei der Gruppenbildung für Festbeträge und bei der Aufstellung der Preisvergleichslisten vor den jeweiligen Arbeitsausschüssen des

²⁶³ Vgl. dazu etwa die unterschiedlichen Beiträge in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16/1997, S. 2 ff.

Bundesausschusses anhörberechtigt. Im Rahmen des propagierten „Partnerschaftsmodells“ wurden für die Arzneimittel-Richtlinie, die Vorsorge- und Rehabilitationsrichtlinie, die Heilmittel-Richtlinie und die Richtlinie für häusliche Krankenpflege die Anhörung der entsprechenden Verbände der Leistungserbringer zwingend vorgeschrieben. Dabei hatte sich der Bundesausschuss mit den vorgetragenen Argumenten auseinander zu setzen und in den Entscheidungen deutlich werden zu lassen, dass dies geschehen war und warum er die vorgebrachten Argumente gegebenenfalls verworfen hat. Hinzu kam, dass die Prüfung der Zulassungskriterien nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der „jeweiligen Therapierichtung“ zu erfolgen hatte.²⁶⁴

3. Die folgenreichste Veränderung stellte jedoch die zweifache Ausweitung der Bewertungskompetenz des Bundesausschusses im Bereich der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dar. Zum einen hatte der Bundesausschuss nicht mehr nur den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, sondern zukünftig auch die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenversicherung erbrachten Methoden) zu bewerten, was eine signifikante Erhöhung der Zulassungsanforderungen bedeutete. Darüber hinaus wurde die Bewertungsbefugnis über die Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hinaus auf „alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten vertragsärztlichen Leistungen“ ausgedehnt. Methoden, die die erforderlichen Kriterien nicht erfüllten, durften nicht weiter als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; Leistungen, die den entsprechenden Kriterien „nicht in vollem Umfang entsprechen“, durften hingegen als erweiterte Satzungsleistungen, die ausschließlich von dem Versicherten zu bezahlen waren, durch Satzungsänderungen in das Leistungsspektrum aufgenommen werden.
4. Darüber hinaus erhielt der Bundesausschuss weitere, ordnungspolitisch nicht unwichtige Aufgaben. Zu diesen gehörte die Erstellung von Vorgaben für die durch das 2. GKV - NOG ermöglichten „erweiterten Satzungsleistungen“ und für die Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung; darüber hinaus sollte er nähere Regelungen über die Beschäftigung von Ärzten in der Praxis von Vertragsärzten sowie zur Anpassung und Neufestlegung der Verhältniszahlen zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung erstellen.

Schon der erste Blick auf diese erhebliche Stärkung der Definitionsmacht des Bundesausschusses lässt deutlich werden, dass dieser noch enger in die staatliche Strategie der „Konsolidierung“ eingebunden werden sollte. Dabei stand insbesondere der Auftrag zur Generalüberprüfung des gesamten Katalogs vertragsärztlicher Leistungen in einem engen Zusammenhang mit dem im politischen Prozess

²⁶⁴ Dies zog eine Diskussion über die Eignung fachspezifischer „Binnenanerkennungsverfahren“ nach sich, die jedoch durch den Bundesausschuss verworfen wurde.

gescheiterten Versuch einer Differenzierung des GKV-Leistungskatalogs. „Im 2. NOG wollte der Staat durch eine Dreiteilung des Leistungskatalogs in Pflicht-, Gestaltungs- und Satzungsleistungen eine Prioritätensetzung vornehmen, die letztlich am Widerstand der betroffenen Leistungserbringer und der Krankenkassen gescheitert ist. Jetzt wird die Prioritätenfindung einem Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten übertragen. (...) Insgesamt erhält der Bundesausschuss eine Aufgabe zugeordnet, die auf politischem Weg nicht zu lösen war, weil die unterschiedlichen Vorstellungen über die zu setzenden Prioritäten zu weit auseinander lagen“ (Neubauer 1997: 12).²⁶⁵ Diese Interpretation kann sich durchaus auf die Intention des Gesetzgebers stützen, den potenziellen Beitrag der Selbstverwaltung zur Kostendämpfung offensiver zu nutzen. In der Begründung des 2. GKV - NOG hieß es: „Der Gesetzentwurf beruht im wesentlichen auf strukturellen Maßnahmen, die die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, auf wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsinanspruchnahme hinzuwirken, entscheidend verbessern“ (2. GKV - NOG-Entwurf 1996: 36). Auch die Opposition versuchte, auf die stillschweigende Beauftragung des Bundesausschusses zur Leistungskürzung und den Versuch, die für den Staat damit verbundenen Konfliktpotenziale zu umgehen, aufmerksam zu machen. „Wenn regierungsamtliche Politik der Auffassung ist, bestimmte Leistungen der Krankenversicherung müssten aus dem Leistungskatalog gestrichen werden, muss sie das selbst tun und sie dann auch streichen, für diese politische Entscheidung also auch die Verantwortung übernehmen. Sie kann diese Entscheidung - wie ursprünglich versucht - weder den Krankenkassen unter dem bemerkenswerten Titel ‚Gestaltungsleistungen‘ auflasten, noch - wie jetzt geschehen - in die gemeinsame Selbstverwaltung verlagern, indem sie sie beauftragt, über festzulegende Leistungsvolumina die Leistungen auf kaltem Wege auszugliedern“ (Dressler 1997: 9). Im Ausschuss selbst stieß diese staatliche Beauftragung zur „Leistungsausgrenzung auf kaltem Wege“ durchaus auf positive Resonanz und ging schnell in das Selbstverständnis wichtiger Ausschussakteure ein. So konstatierte der Ausschussvorsitzende Karl Jung, dass „angesichts des gewollten Rückzugs der Politik aus der Verantwortung für die Feinsteuerung der Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung“ der sozialen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen mit dem 2. NOG „ein hohes Maß an Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung übertragen worden“ sei, woraus für die nun anstehende Prioritätenliste mit Blick auf die Generalüberprüfung der vertragsärztlichen Leistungen Konsequenzen entstünden: „Selbstverständlich müssen vorrangig solche Verfahren überprüft werden, die mit großen Ausgaben für die Krankenkassen verbunden sind“ (Jung 1997: 566, 569, 567).

Doch das 2. GKV - NOG erweiterte nicht nur das Handlungsfeld des Bundesausschusses, sondern stärkte auch seine Durchsetzungsfähigkeit. Die zwingende Anhörung zusätzlicher Leistungserbringer im Prozess der Richtlinienerstellung

²⁶⁵ Diese Sichtweise, die unter den politischen Akteuren durchaus umstritten ist, schließen sich auch Busse/Schwartz an, wenn sie feststellen: „Nach dem Scheitern des gesetzgeberischen Vorstoßes, substantielle Teile des Leistungskatalogs ausschließlich von den Krankenkassen definieren zu lassen und so dem Wettbewerb zu öffnen, war es folgerichtig, durch das schließlich verabschiedete 2. GKV-NOG die Bedeutung des Bundesausschusses zu erhöhen.“ (1997: 56).

widerspricht dem nur scheinbar. Letztlich lief sie darauf hinaus, die Durchschlagskraft der Richtlinien zu erhöhen, da sich die unzureichende Beteiligung der Leistungserbringer als juristische Schwachstelle erwiesen hatte, die durch die Ausweitung des anhörungsberechtigten Personenkreises durch das 2. GKV-NOG und die anschließende Verabschiedung einer „Verfahrensordnung zur Durchführung von Anhörungen“ durch den Bundesausschuss behoben werden sollte (Jung 1999: 255). In die gleiche Richtung wirkte der Effektivierungs- und Professionalisierungsschub mit Blick auf interne Verfahrensabläufe und Organisationsstrukturen. So wurde zu den Fachausschüssen ein Koordinierungsausschuss errichtet, die Zahl der Arbeitsausschüsse von 16 auf neun reduziert, stellvertretende Mitglieder für die Arbeitsausschüsse bestellt, der Wechsel im Vorsitz zwischen Kassen und Ärzten in den Arbeitsausschüssen vereinbart sowie die Mitwirkung von Experten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verstärkt (Jung 1997: 566).

Durch das 2. GKV - NOG machte der Bundesausschuss einen großen Schritt in Richtung einer zentralen Regulierungsagentur, die den Auftrag einer konsolidierungskompatiblen Nutzung der zugeteilten Kompetenzen offensichtlich anzunehmen bereit war. Durch eine entsprechende Veränderung der Kontextbedingungen (Budgetierung, Beitragssatzstabilität usw.), aber auch durch die doppelte Ausweitung des Prüfauftrags sowie die Aufgabenzuweisung im Zusammenhang mit der Definition von Satzungsleistungen wurde der Bundesausschuss zum Schlüsselakteur für die Umsetzung der intendierten Ausdifferenzierung des Leistungskatalogs. Damit zog der Gesetzgeber ihn ins Zentrum der angestrebten ordnungspolitischen Wende von einer gesetzlich vorgegebenen zu einer in Teilen wettbewerblich regulierten Leistungsprofil. Unter dem Slogan „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und der Rede vom „Partnerschaftsmodell“ fand eine Strategie ihre Fortsetzung, mit der der Gesetzgeber durch die Übertragung zentraler Regulierungsaufgaben auf die soziale Selbstverwaltung diese direkt in den Prozess der Rückführung der Leistungen integrierte, um sich – in bester korporatistischer Manier – von den potenziellen Konflikt- und Legitimationsrisiken zu entlasten. Die Novellierung des Anhörungsverfahrens und die Professionalisierung interner Abläufe erhöhten dabei die Durchsetzungsressourcen des Bundesausschusses und somit die Chance, der korporatistischen Beauftragung auch gerecht werden zu könne.

4. Die neue institutionelle Regulierungsstruktur

Die „Spargesetze“ der christlich-liberalen Koalition unter Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer hatten zwar zu weitreichenden, auch strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem geführt (Wasem 1998: 24 ff.), verfehlten aber wie die Gesundheitsgesetze zuvor ebenfalls das Ziel einer dauerhaften Stabilisierung oder gar Senkung der Beitragssätze in der GKV. So entstand erneut Handlungsdruck. Hinzu kam jedoch der Ausgang der Bundestagswahl im Oktober 1998, durch den die konservativ-liberale Regierung durch eine sozialdemokratisch geführte Koalition aus SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN abgelöst wurde. Im Wahlkampf hatte die Kritik an den Leistungsausgrenzungen und der massiven Anhebung der Zuzahlungen in den

„Spargesetzen“ der Vorgängerregierung eine zentrale Rolle gespielt und zweifelsohne einen Beitrag zum Regierungswechsel geleistet. Damit sah sich die neue Bundesregierung einem nicht unerheblichem Handlungsdruck in der Gesundheitspolitik ausgesetzt. Diesem begegnete sie mit einem unmittelbar nach der Regierungsübernahme eingebrachten „Vorschaltgesetz“ (Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG)²⁶⁶, das kurzfristig zentrale Entscheidungen der letzten Spargesetze der Vorgängerregierung zumindest teilweise korrigierte und zugleich die nächste große Strukturreform vorbereiten sollte.²⁶⁷

Der dann im Juni 1999 von der Fraktion der SPD und Bündnis 90/Die Grünen vorgelegte „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform - Gesetz 2000)“²⁶⁸ setzte weniger auf Konsolidierung durch „Sparmaßnahmen“ sondern vor allem durch die angestrebte Korrektur von Struktur- und Qualitätsdefiziten; zugleich setzte es die Strategie der prozesspolitischen Indienstnahme der sozialen Selbstverwaltung fort²⁶⁹. Zum einen wurde die Verantwortung für das neue flexible Globalbudget den Krankenkassen und ihren Verbänden übertragen, die Leistungserbringer jedoch zur Mitwirkung an der Einhaltung der Budgets verpflichtet. Zugleich versuchte der Gesetzgeber den Kompetenzbereich und die Definitionsmacht des Bundesausschusses direkt durch folgende Maßnahmen zu erweitern:

1. Zum einen wurde der sozialversicherungsrechtliche und damit öffentlich – rechtliche Charakter der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern nach § 69 SGB V und damit auch für die Beschlüsse der Bundesausschüsse fest- bzw. klargestellt. Da die Verbände der Kassen und Leistungserbringer in ihren Verträgen einem öffentlichen Auftrag nachkämen, seien sie nicht als Unternehmen im Sinne des Privatrechts, einschließlich des Wettbewerbs- und Kartellrechts, anzusehen. Damit wurden Streitigkeiten und Anfechtungen gegen die Richtlinien nach § 92 SGB V in die Zuständigkeit der Sozialgerichte verwiesen.

²⁶⁶ BGBl I S. 3853.

²⁶⁷ Das GKV-SolG setze den Trend der Kompetenzausweitung des Bundesausschusses im materiellen Leistungsrecht, allerdings lediglich mit einer Änderung, fort. Durch die Novellierung des § 31 SGB V wurde dem Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimittel einbezogen werden. Bei dieser Regelung, die erst im Zuge der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit in das Gesetz aufgenommen wurde, handelt es sich im Grunde jedoch lediglich um eine Klarstellung, die nach einem Urteil des Bundessozialgerichts notwendig geworden war. Die neue Vorschrift sollte insbesondere die Ausnahmeregelung in der Arzneimittel-Richtlinie aufrechterhalten, die mit Blick auf die Frage, ob Sondennahrung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig sein sollten, strittig war (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999a, S. 46).

²⁶⁸ Bundestags - Drucksache 14/1245 vom 23.06.1999.

²⁶⁹ So hieß es im Gesetzentwurf explizit: „Die Bundesregierung unterstreicht dabei die herausragende Bedeutung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber hat die wesentlichen Rahmenbedingungen zu setzen, in denen die Selbstverwaltung mit Hilfe verschiedener Instrumente die gesundheitliche Versorgung steuert.“ (Entwurf GKV-Reform 2000, 1999: 53)

2. Zweitens erhielt der Bundesausschuss im Zuge der Ausweitungen der Regelungen zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung den Auftrag, in Richtlinien die Anforderungen hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie der Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung einschließlich der Kriterien für die Qualitätsbeurteilung der vertragsärztlichen Leistung festzulegen. Darüber hinaus solle er für den Einsatz aufwendiger Medizintechnik in der vertragsärztlichen Versorgung diagnosebezogene Leitlinien festlegen. Die Richtlinie über Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung soll dabei auf der Grundlage einer zuvor festgelegten, nach Prioritäten geordneten Reihenfolge erarbeitet werden.
3. Drittens sollte der Bundesausschuss das Nähere über Art und Umfang der neu eingeführten Leistungen der Psychotherapie in einer Richtlinie bestimmen.²⁷⁰ Der Bundesausschuss hat die Einzelheiten der Leistungsinhalte zu definieren. Insbesondere soll er die Krankheitsbilder benennen, bei deren Behandlung Psychotherapie im Regelfall notwendig ist. Ebenfalls hat er Inhalt, Umfang und Dauer der Leistungen sowie Vorgaben für Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit den Leistungserbringern zu bestimmen.
4. Zugleich wurde die Anhörungspflicht des Bundesausschusses für die Hilfsmittel-Richtlinie auf die Organisationen der Hilfsmittel-Leistungserbringer und die Verbände der Hilfsmittelhersteller und für die Mutterschafts- und Schwangerschafts-Richtlinie auf die Verbände der Hebammen und Entbindungspfleger ausgedehnt.²⁷¹
5. Schließlich erhielt der Bundesausschuss die Kompetenz zur Ergänzung bzw. Korrektur der Arzneimittel-Positivliste durch die Arzneimittel-Richtlinie. Mit der Reform wurde dem Vertragsarzt die Möglichkeit eingeräumt, nicht auf der Positivliste aufgeführte Arzneimittel „ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung“²⁷² doch zu verordnen. Voraussetzung ist, dass die Arzneimittel-Richtlinie dies vorsieht. Damit erhielt der Bundesausschuss gewissermaßen den rechtlich wie ordnungspolitisch ungewöhnlichen Auftrag, den Gesetzgeber (als Verordnungsgeber der Positivliste) nicht nur zu ergänzen sondern auch zu korrigieren.

Insgesamt steht diese Neuvermessung der Funktion des Bundesausschusses in der GKV-Gesundheitsreform 2000 nicht isoliert dar, sondern ist Bestandteil einer neuen institutionellen Regulierungsstruktur. Diese wiederum steht in einem engen Zusammenhang mit der Aufwertung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie der sektorenübergreifenden Versorgung, die auf Druck der Krankenkassen wie der SPD-

²⁷⁰ Bei der Psychotherapie handelt es sich um eine Betreuungsleistung für schwer psychisch Kranke zur Vermeidung von Krankenhausbehandlungen, die auf einem Behandlungsplan aufbauen und verschiedene Behandlungselemente (z.B. Heilmittel, häusliche Krankenpflege etc.) zu einer Komplexleistung zusammenfassen soll.

²⁷¹ § 92 SGB V.

²⁷² § 33a Abs. 11 SGB V.

Bundestagsfraktion in die Reform aufgenommen wurde. Zu den neuen Institutionen gehört zum einen der *Ausschuss Krankenhaus*.²⁷³ Er besteht aus jeweils neun Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses (*Abbildung 12*). Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sowie über die Bestellung der Mitglieder, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung barer Auslagen sowie über die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschussmitglieder entscheidet der Ausschuss im gegenseitigen Einvernehmen selbst, wobei sich das Bundesministerium für Gesundheit auch hier im Falle von Nichteinigungen Ersatzvornahmen per Rechtsverordnung vorbehält. Das Bundesministerium für Gesundheit führt ebenfalls die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschuss.

Die zentrale Aufgabe des Ausschusses besteht in der beantragten Überprüfung neuer oder bereits angewandter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen gehen. Sie sollen insbesondere darauf hin bewertet werden, ob sie für „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.“²⁷⁴ Antragsberechtigt sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenhausträger. Methoden, die nach Überprüfung nicht den genannten Kriterien entsprechen, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wobei die Durchführung klinischer Studien unberührt bleibt. Die Mitglieder sind gesetzlich verpflichtet, ihren Arbeitsplan sowie die Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien zuständigen Bundesausschüssen abzustimmen.

Die zweite neue Institution ist der *Koordinierungsausschuss*²⁷⁵, der im Zuge der Kompromissaushandlung zwischen Regierungskoalition und Opposition, insbesondere auf Druck der Fraktionen der SPD und Bündnis '90/DIE GRÜNEN und in Übereinstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens in das Reformpaket aufgenommen wurde (*Abbildung 13*).²⁷⁶ Der Koordinierungsausschuss ist von den Spitzenorganisationen, die den Bundesausschuss und den Ausschuss Krankenhaus bilden, als Arbeitsgemeinschaft zu errichten.²⁷⁷²⁷⁸ Er setzt sich aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus sowie paritätisch aus neun Vertretern der (ambulanten und stationären) Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammen.

²⁷³ § 137c SGBV.

²⁷⁴ § 137c Abs. 1 SGBV.

²⁷⁵ § 137e SGBV.

²⁷⁶ Das Konzept der Fraktionen der Regierungsparteien für einen Koordinierungsausschuss fand in seinen Eckpunkten Eingang in das Gesetz; jedoch wurde die Aufgabenbestimmung des Koordinierungsausschusses im Rahmen einer Soll-Vorschrift definiert, während ursprünglich eine verbindlichere Vorschrift vorgesehen war.

²⁷⁷ Dies geschieht in Anlehnung an die durch das GSG eingeführte Möglichkeit der Errichtung von Arbeitsgemeinschaften zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Verbänden der Vertragsärzte und anderer Leistungserbringer nach § 219 SGB V.

²⁷⁸ Der vorliegende Text wurde Mitte Mai 2001 abgeschlossen; zu diesem Zeitpunkt befand sich der Koordinierungsausschuss noch in der Phase der Konstituierung.

Bei Beschlüssen, die die zahnärztliche Versorgung nicht betreffen, werden die Vertreter der zahnärztlichen Vereinigungen nicht an der Beschlussfassung beteiligt. Auch die Bundesärztekammer wird nicht als Entscheidungsträger einbezogen, erhält aber in zentralen Beschlussfeldern das Recht zur Stellungnahme und wird in Anlehnung an die, im Rahmen der Richtlinienarbeit nach §92 SGBV aufgestellten, Prinzipien beteiligt. Die Rechtsaufsicht, die durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgeübt wird sowie die Regelungen zum Wirksamwerden der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses sind in Anlehnung an die Vorschriften zur Richtlinienerstellung des Bundesausschusses²⁷⁹ formuliert. Die zentralen Aufgaben des Koordinierungsausschusses sind:²⁸⁰

1. die Gewährleistung einer gemeinsamen Geschäftsführung der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Dabei kann der Koordinierungsausschuss zur Durchführung der Geschäftsführung Personal in dem von ihm für notwendig befundenen Umfang einstellen. Die Verteilung der Kosten haben die beteiligten Spitzenorganisationen in der zu erlassenden Geschäftsordnung zu regeln.
2. die Erarbeitung von Kriterien für eine in Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr. Die Kriterien sollen auf der Basis wissenschaftlich fundierter (sog. evidenzbasierter) Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie sicherstellen und sich auf den ambulanten und stationären Sektor erstrecken. Priorität sollen solche Krankheiten haben, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen würde. Dabei sollen die Kriterien „durch die Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten eine große gesundheitsökonomische und medizinische Relevanz haben. Ebenso müssen sie versorgungsspezifische und ggf. versorgungsübergreifende Anforderungen ausreichend erfüllen“ (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171). Zugleich soll der Koordinierungsausschuss Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung notwendigen Verfahren und zu ihrer Dokumentation durch die Leistungserbringer erlassen. Er kann dabei eine sachverständige Stabsstelle einrichten. Um wissenschaftliche Erkenntnisse in ausreichendem Maße einbeziehen zu können, kann er darüber hinaus auf externen wissenschaftlichen Sachverstand zurückgreifen.

²⁷⁹ Nach § 94 SGBV.

²⁸⁰ Nach Abschluss der inhaltlichen Arbeit am vorliegenden Manuskript brachten die Fraktionen der Regierungsparteien am 26. 6. 2001 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ in den Bundestag ein. Dieser sah im Rahmen der geplanten Reform des Risikostrukturausgleichs und der Einführung von „strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“ („Disease-Management-Programmen“) weitere Aufgaben für den Koordinierungsausschuss vor. Demnach soll der Ausschuss bis zum 30. April 2002 dem Bundesministerium für Gesundheit bis zu sieben geeignete chronische Krankheiten empfehlen, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen, um die Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern (vgl. Bundestags-Drucksache 14/6432).

3. die Abgabe von Empfehlungen in sonstigen, sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. An diesen Entscheidungen wirken die Spitzenverbände der jeweils Betroffenen Leistungserbringer durch das Recht auf Stellungnahmen - ebenfalls in Anlehnung an die Regelungen der Richtlinienerstellung des Bundesausschusses - mit. Der Koordinierungsausschuss hat diese bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen. Das gleiche gilt für die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die durch den deutschen Krankenpflegerrat sowie die zuständigen Gewerkschaften vertreten werden können.

Aufgabendefinition, Verfahrensregeln und institutionelle Ausgestaltung der neuen Regulierungsstruktur lassen deutlich werden, dass der Gesetzgeber insbesondere vier Ziele verfolgte:

Erstens sollten nicht nur der Zuständigkeitsbereich des Bundesausschusses weiter ausgeweitet, sondern auch die Verbindlichkeit seiner Entscheidungen erhöht werden. Vor allem durch die klarstellende Zuweisung des Rechtsweges zu den Sozialgerichten in Verfahren, in denen von den Entscheidungen des Bundesausschusses (wie anderer Institutionen der GKV) betroffene Dritte Ansprüche auf wettbewerbs- oder kartellrechtlicher Grundlage anmelden, sollte die Vetomacht der Leistungsanbieter eingeschränkt werden, die bisher über den Rechtsweg vor den Zivilgerichten immer wieder Blockaden errichtet hatten (Engelmann 2000b). *Zweitens* sollten durch den Ausschuss Krankenhaus Bewertungsphilosophie und –praxis des Bundesausschusses, die bisher auf den Bereich ambulanter vertragsärztlicher Versorgung beschränkt waren, auf den stationären Sektor übertragen werden. Mit dem neuen Ausschuss sollte „in Anlehnung an die in der ambulanten Versorgung etablierten Verfahren ein Gremium geschaffen (werden), das Art und Qualität der im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen nach den Maßstäben und Kriterien evidenz-basierter Medizin daraufhin überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis erforderlich sind.“ (GKV-Gesundheitsreform 2000-Entwurf 1999: 90). Damit sollte verhindert werden, dass Leistungen, die die Zulassung des Bundesausschusses nicht erhalten hatten, im stationären Bereich durchgeführt und abgerechnet werden konnten. *Drittens* war mit der neuen Regulierungsstruktur der Versuch der Stärkung der bisher lediglich rudimentären Vorschriften zur integrierten Versorgung verbunden, die durch die GKV – Reform 2000 eine generelle Aufwertung erfahren hatten.²⁸¹ Die gemeinsame Geschäftsführung der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus durch den Koordinierungsausschuss dient „der Absicherung eines abgestimmten Entscheidungsverhaltens durch Koordinierung der Arbeit im Vorfeld der Beschlussfassung der einzelnen Ausschüsse“; und die Abgabe von Empfehlungen in Angelegenheiten, die mehrere Ausschüsse betreffen soll die „Sicherung sektorenübergreifender, widerspruchsfreier Entscheidungen“ in den Ausschüssen bewerkstelligen (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171).

²⁸¹ Vgl. dazu §140 a-h SGB V.

Viertens wurden durch die Funktionsbestimmung der neuen Ausschüsse die veränderten Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung stärker als bisher auf die Kriterien und Standards der „Evidence-based Medicine“ (EbM) verpflichtet (Wigge 2000: 579ff.). Damit folgte der Gesetzgeber der auch in der BUB-Richtlinie des Bundesausschusses zum Ausdruck kommenden Orientierung. Insbesondere die durch den Koordinierungsausschuss zu erarbeitenden Kriterien, die zugleich für den ambulanten wie den stationären Sektor gelten, sollen „indikationsbezogene Behandlungskorridore“ markieren und „auf der Basis wissenschaftlich fundierter (evidenzbasierter) Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie sicherstellen.“ (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171).

X. Interessenlagen und Handlungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur

1. Die „konsolidierungskompatible“ Akteurskonstellation im Bundesausschuss

Der – sicher kursorische - Blick auf die „Großen Gesundheitsreformen“ seit dem GRG hat nicht nur die sukzessive Erweiterung von Aufgaben und Kompetenzen des Bundesausschusses, sondern zugleich eine enge Korrespondenz *mit* und Integration *in* die gesundheitspolitische Wende in Richtung der kostendämpfenden Spar- und Strukturpolitik deutlich werden lassen. Zweifelsohne lag es in der Intention des Gesetzgebers, dem Bundesausschuss hier eine strategische Schlüsselrolle zuzuweisen und ihn durch eine entsprechende legislative Ausstattung auch in die Lage zu versetzen, die ihm erteilten Aufträge auch exekutieren zu können. Hinzu kamen die Implementierung des Grundsatzes der Beitragsstabilität, die Begrenzung der Ressourcen durch eine grundlohnorientierte Budgetierung sowie die Einführung und Verschärfung des Kassenwettbewerbs. Diese Maßnahmen generierten auf Kassen- wie auf Ärzteseite neue Interessenlagen, die auch das Handeln im Bundesausschuss nicht unberührt lassen. Jedenfalls legt es die so entstandene Interessenkonstellation den Ausschussakteuren weit stärker als bisher nahe, den Umfang des beitragsfinanzierten Leistungskatalogs eher restriktiv als expansiv zu definieren.²⁸²

²⁸² Nach Abschluss der inhaltlichen Arbeit am vorliegenden Manuskript brachten die Fraktionen der Regierungsparteien am 19.06. 2001 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG)“ in den Bundestag ein, durch den die Arznei- und Heilmittelbudgets abgelöst und die Haftungen der jeweiligen KVen bei Überschreitung des Budgets („Kollektivregress“) rückwirkend aufgehoben werden sollten. Statt dessen sollten die jeweiligen KVen und die Kassenverbänden „Arzneimittelvereinbarungen“ treffen, die an Stelle eines starren Budgets a.) ein „Ausgabevolumen“ für (jetzt getrennt zu regelnde) die jährlichen Arznei- und Heilmittelausgaben, b.) Zielvereinbarungen zur Erreichung der vorgegebenen Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und c.) Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabevolumens umfassen sollten. Zusätzlich sollten die Vertragspartner auf das jährliche Ausgabenvolumen bezogene, arztgruppenspezifische und fallbezogene Richtgrößen vereinbaren, die dem Vertragsarzt bei seinen Verordnungsentscheidungen als Orientierungsgrößen dienen sollten. Dabei sollte sich das Richtgrößenvolumen aus der Summe der je Behandlungsfall bestimmten Richtgrößen im Kalenderjahr ergeben, wobei eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (nach § 106 Abs. 5a SGB V) auslösen sollte (vgl. Bundestags-Drucksache 14/6309).

Das gilt offensichtlich für die organisierte Ärzteschaft.²⁸³ Bedeutet ein expandierender Leistungskatalog unter der Bedingung nach oben offener Finanzvolumina direkte Einkommenszuwächse, so stellt die Budgetierung der Finanzmittel für die ambulante Versorgung eine direkte Einkommensbegrenzung dar. Da jede in den gesetzlichen Leistungskatalog neu aufgenommene Leistung bei real konstantem Budget lediglich den Verfall der Punktwerte und damit des abrechenbaren Preises für die Einzelleistungen hervorruft, wundert die seit Jahren zu beobachtende Strategie der organisierten Ärzteschaft nicht. Entweder protegieren sie konzeptionellen oder politischen Ansätze, die auf eine Rückführung des beitragsfinanzierten Pflichtleistungen und ihre Ergänzung durch privat zu liquidierende „individuelle Gesundheitsleistungen“ hinauslaufen (könnten) (Abholz 1998); oder es werden in der ein oder anderen Form Forderungen zur Erschließung zusätzlicher Budgetmittel in die Debatte gebracht. Der Versuch, eine Steigerung der Ärzteneinkommen über die Generierung neuer außerhalb des Budgets abrechenbarer Leistungen oder zusätzliche „Budgettöpfe“ zu realisieren, kann als strategische Konstante vertragsärztlicher Interessenvertretung unter Budgetierungsbindungen gelten.

Dass sie auch für das Verhalten der KBV im Bundesausschuss strategieprägend wirkt, ist seither an einigen Konflikten deutlich geworden, in denen von der Kassenseite zur Anerkennung empfohlene neue Leistungen oder Untersuchungsmethoden auf Ablehnung der Ärzteschaft trafen.²⁸⁴ Diese Konfliktstruktur prägte etwa den Streit um die Anerkennung der Magnetresonanztomografie (MRT) zur Diagnostik von Brustkrebsrezidiven. Sie wurde durch die Kassenvertreter protegiert, von der Ärzteseite aber abgelehnt. Der Grund für die Ablehnung durch die KBV lag weder in einem etwaigen Nachweis mangelnder Nützlichkeit oder fehlender Wirtschaftlichkeit, sondern, wie der ärztlichen Berichterstattung zu entnehmen war, in den mit ihrer Anerkennung verbundenen und von der Ärzteseite abgelehnten Einkommenseffekten. Nachdem die Kassenverbände den Kassenärzten vorgeworfen hatten, den Frauen eine notwendige Untersuchungsmethode zu verweigern, zitierte die Ärzte Zeitung (v. 2.5.2001) die Erwiderung der KBV mit den Worten: „Die Leistungen können die Krankenkassen sofort haben, wenn sie die Kosten zusätzlich zu den Budgets zahlen.“ Zugleich wurde verdeutlicht, dass es sich bei dieser Haltung nicht um einen Sonderfall, sondern um die Konsequenz einer grundlegenden strategischen Positionierung der KBV im Bundesausschuss handelt: „Denn die Selbstverwaltung der Kassenärzte hat sich intern festgelegt: Neue Leistungen, die zusätzliche Arbeit der Vertragsärzte bedeuten, müssen auch zusätzlich über das bisherige Honorarbudget hinaus bezahlt werden. Sie wollen ohne zusätzliches Honorar keine neuen Leistungen im Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen anerkennen.“ Ohne an dieser Stelle den Problemkomplex einer angemessenen Entlohnung vertragsärztlicher Leistungen thematisieren oder gar entscheiden zu wollen, so zeigt dieser Konflikt, wie unmittelbar durch politische Interventionen (Budgetierung) konstituierte Interessenlagen sich in Strategie- und

²⁸³ Das gilt offensichtlich aber auch für den Vorsitzenden des Bundesausschusses, der sich dezidiert für eine Aufspaltung des Leistungskataloges in Kern- und Ergänzungsleistungen ausgesprochen hat (Schwartz/Jung 2000: 72f.).

²⁸⁴ Zu den internen Mechanismen der Strategiebildung innerhalb der KBV vgl. Webber 1992.

Handlungspräferenzen übersetzen, die sich gleichsam „hinter dem Rücken der Betroffenen“ in regierungskompatible Verhaltensweisen niederschlagen.²⁸⁵

Etwas komplizierter sieht es auf Seiten der Krankenkassen aus (Heberlein 1999: 130). Auf der eine Seite entspricht die tendenziell expansive Orientierung in der Definition des Leistungskataloges ihren Interessenlagen. Die Krankenkassen beziehen einen erheblichen Teil ihrer öffentlichen Reputation aus der Funktion des „Wächters der Versicherteninteressen“ und unterliegen bei der Ablehnung neuer Arzneimittel oder Behandlungsverfahren einem hohen öffentlichen Rechtfertigungsdruck.²⁸⁶ Zugleich gehen die Ablehnung neu beantragter oder die Ausgrenzung bereits anerkannter Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog mit einer Einschränkung des verbandsvertraglich regulierbaren Geltungsbereichs einher. Dies reduziert nicht nur die Bedeutung der Kassenverbände als den vertragsschließenden Parteien, sondern auch die „unternehmerische Produktpalette“ der Kassen; eine Entwicklung, aus der schnell auch eine Verschlechterung der strategischen Wettbewerbsposition gegenüber der privaten Krankenversicherung - gerade im Ringen um die „guten Risiken“ in der Gruppe der freiwillig Versicherten – resultieren kann.

Doch auch hier hat der Kassenwettbewerb neue Spielregeln implementiert. Vor allem für wettbewerbsstarke Kassen wächst das Interesse an möglichst breiten Grauzonen im Leistungsrecht, in denen über die Aufnahme einer Leistung in den GKV-Leistungskatalog (noch) nicht entschieden ist und für die mitunter Kostenübernahmen auf Wunsch von Versicherten einfach praktiziert werden können. In die gleiche Richtung weisen Optionen für eine Differenzierung des Leistungskatalogs über gesetzlich ermöglichte „Gestaltungs“- oder „Satzungs“- Leistungen. Auch diese eröffnen den einzelnen Kassen Spielräume in der Leistungs- und damit in der Wettbewerbspolitik. Je breiter das Spektrum der möglichen „Grauzonen- oder Zusatzleistungen“, um so eher sind Kassen mit den entsprechenden finanziellen Voraussetzungen (und d.h.: mit der entsprechenden Marktposition) in der Lage, aus niedrigen Beitragssätzen und kassen(arten)spezifischen Leistungsprofilen ein im Wettbewerb um die guten Risiken attraktives „Produkt“ anzubieten; und um so höher ist

²⁸⁵ Nach Abschluss der inhaltlichen Arbeit am vorliegenden Manuskript wurden erste Ergebnisse einer Studie veröffentlicht, die sich mit der Entscheidungspraxis des BÄK befasst und die Entscheidungen zwischen 1990 bis Oktober 2002 analysiert. Sie kommt zu folgendem Ergebnis: „Im Zeitraum von 1990 bis zum Oktober 2002 hat der Bundesausschuss 7 neue ambulante ärztliche Leistungen in den Leistungskatalog aufgenommen und 40 neue ambulante ärztliche Leistungen nicht in den Leistungskatalog aufgenommen. Der Bundesausschuss hat zwei bestehende Leistungen (Osteodensitometrie und substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger) bewertet und bestätigt (...). Drei nach 1997 in den Leistungskatalog aufgenommene Leistungen (Viruslastbestimmung bei HIV-Infizierten, Photodynamische Therapie mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration und Magnetresonanz-Tomographie der weiblichen Brust) dürfen nur für spezielle Risikogruppen von den Krankenkassen finanziert werden. Mit dieser indikationsspezifischen Finanzierung sollen die Ausgaben für die vergleichsweise teuren diagnostischen Verfahren begrenzt werden. Leistungen wurden vor allem deshalb nicht in den Leistungskatalog aufgenommen, weil kein ausreichender Nutzen bzw. mangelnde Wirksamkeit festgestellt wurde. Aussagen zur Wirtschaftlichkeit wurden nicht getroffen. Umgekehrt wurden bislang Methoden, die einen ausreichenden zusätzlichen Nutzen gegenüber bisherigen Therapien aufweisen, bislang nicht wegen zu hoher Kosten ausgeschlossen.“ (Niebuhr u.a. 2003: 14/15)

²⁸⁶ Dieser Legitimationsdruck resultiert insbesondere aus der Eingangs dieses Beitrages erwähnten Erwartungshaltung der Bevölkerung; Webber (1988: 166f.) weist zu Recht darauf hin, dass diese als eine wichtige „Kontextvariable“ gesundheitspolitischen Handelns in die Analyse einbezogen werden muss.

das Interesse, eine potenzielle Grauzonen- oder Zusatzleistung nicht in den gesetzlichen Katalog aufzunehmen und sie damit dem Wettbewerb zu entziehen.

In dieser Situation erweisen sich die zu beobachtenden Bestrebungen, auch über die Kassenartengrenzen hinweg „Wettbewerbs- und Verteilungscoalitionen“ (Olson 1995) zu bilden, um verstärkt auf eine Öffnung des einheitlichen Leistungskataloges für den Wettbewerb zu drängen, als durchaus rational. So heißt es etwa im „Grundsatz-Dokument“ der sog. „Forums-Kassen“: „Der weitgehend einheitliche Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung macht Preis und Service zu den einzigen echten Entscheidungsparametern für die Versicherten. Diese starre Reglementierung ist weder zeitgemäß noch passt sie in ein wettbewerblich orientiertes System. (...) Wahlmöglichkeiten können die Bevormundung ablösen, ohne dass damit Abstriche am Grundprinzip der Solidarität, an der Qualität der Versorgung und am Umfang des Versicherungsschutzes verbunden sind.“ (Techniker Krankenkasse/Siemens-Betriebskrankenkasse o.J.: 7)²⁸⁷ Mag die Interessenlage mit Blick auf den Leistungskatalog bei den Einzelkassen oder Kassenarten auch heterogen und widersprüchlich, oftmals von anderen Interessen tangiert und durch die jeweilige Wettbewerbsposition gebrochen sein: die gemeinsame und einheitliche Interessenbasis für eine primär an der Versorgungsqualität ausgerichtete Definition des gesetzlichen Leistungskataloges ist unter dem Wettbewerbsregime mehr als labil. Lag also noch der „doppelten Inklusion“ (Alber 1992: 24ff.) im Gesundheitswesen in den 60er und 70er Jahren ein von Ärzteschaft und Krankenkassen geteiltes Interesse an einer eher expansiven Orientierung bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs zu Grunde, so ist dieses Basis im Zuge der Konsolidierungspolitik längst erodiert.

2. Mit EbM-orientierter Qualitätssicherung zum „puristischen Leistungskatalog“?

Die durch Budgetierung und Kassenwettbewerb geprägte Akteurskonstellation im Gesundheitssystem generiert also Interessenlagen und Handlungspräferenzen, die beiden Seiten eine „konsolidierungskompatible“ Verhaltensweise im Bundesausschuss nahelegen. Zugleich existieren Hinweise einer dieser Interessenlage entsprechenden Praxis. Vor allem die (teils gesetzlich vorgegebene, teil selbst erzeugte) Verpflichtung der leistungsregulierenden Gremien (des Bundesausschusses, aber natürlich auch des Ausschusses Krankenhaus) auf Qualitätssicherungsmaßnahmen nach den Kriterien der EbM-Medicine könnte sich als Einfallstor bzw. als Vehikel einer Verstetigung dieser Politik erweisen. Neue Methoden haben bis zu ihrer Anerkennung mehrere Nadelöhre zu passieren. Zunächst müssen sie im Rahmen des nach der Verfahrens-Richtlinie formalisierten Verfahrens Berücksichtigung finden. Entweder aufgrund eigener Präferenzen oder auf Initiative Externer (etwa von Berufsverbänden, Patientengruppen, Sozialrichtern, Gerätehersteller usw.) hin, können die KBV, die KVen oder die Verbände der Krankenkassen die Beratung einer bestimmten Methode beantragen. Bei

²⁸⁷ Bei den sogenannten „Forums-Kassen“ handelt es sich um eine Art „strategische Allianz“ wettbewerbsstarker Betriebs- und einer Ersatzkasse, die über die Grenze der Kassenart und der jeweiligen Verbandsstruktur ein Bündnis u.a. mit dem Ziel eingegangen sind, sich politisch für die Erschließung neuer Wettbewerbsfelder in der Krankenversicherung zu engagieren.

der Auswahl der Beratungsthemen berücksichtigen Ärzte und Krankenkassen neben der aktuellen Entwicklung des Leistungsgeschehen auch Unterlagen, in die bereits EbM-orientierte Prüfkriterien Eingang gefunden haben können und die die beantragte Methode als bereits etablierte Praxis ausweisen. „Beratungsanträge müssen durch plausible Unterlagen belegen, dass sich eine Methode als neuer therapeutischer oder diagnostischer Standard etabliert hat, und deshalb ihre Einführung in die ambulante Versorgung zur Diskussion steht.“ (Jung 2000c: 366). Dem schließt sich der eigentliche Bewertungsvorgang an, der sich umfassender EbM-Kriterien bedient. In diesem Prozess wurden in der Arbeit des Bundesausschusses mitunter dezidierte Schritte in Richtung einer Rückführung des beitragsfinanzierten Leistungskatalogs ausgemacht. „Verbunden mit den medizin-fachlichen Bestrebungen der ‚evidence-based medicine‘ (EbM) zielt er darauf ab, den Teil des Medizinbetriebs, der sich aus Mitteln der GKV finanziert, tendenziell zurückzuführen auf qualitätsgesicherte Mittel und die Behandlung von Krankheiten im engeren und unbestrittenem Sinne.“ (Heberlein 1999: 129). Auch der erhoffte Zuwachs an Rationalität in der Bewertung erbrachter oder neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird verschiedentlich abschlägig beschieden: „Die bisherige Entscheidungspraxis des Bundesausschusses im Anschluss an das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz hat eher zu einer Ausgrenzung von Leistungen für Versicherte geführt, ohne daß im Einzelfall aus den Entscheidungen des Bundesausschusses ersichtlich geworden wäre, daß die ausgeschlossene Methode tatsächlich nicht die vom Gesetzgeber geforderten Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit erfüllen.“ Zugleich sei mit Blick auf die insbesondere in der BUB-Richtlinie festgelegten Standards sowie die bisherige Entscheidungspraxis des Bundesausschusses zu befürchten, dass auch in Zukunft „die angebliche Qualitätssicherung durch den Ausschluß aufgrund der für viele Behandlungsmethoden nicht erreichbaren strengen Standards zu einem Ausschluß des medizinischen Fortschritts in der gesetzlichen Krankenversicherung führt“ (Wigge 2000: 579 und 585).²⁸⁸

Auch wenn aus der Analyse von Einzelentscheidungen schon aus methodischen Gründen nicht unmittelbar auf eine vollständige Verifizierung der Ausgrenzungsthese in der Praxis des Bundesausschusses geschlussfolgert werden sollte, verweisen die hier formulierten Vorbehalte zu Recht auf die Ambivalenz einer ausschließlich EbM-orientierten Qualitätssicherungspraxis.²⁸⁹ Sowohl die ausschließliche Anwendung als

²⁸⁸ Wigge macht seine Einschätzung u.a. an der Nichtaufnahme der sog. „Hyperbaren Sauerstofftherapie (Druckkammertechnik)“ in den gesetzlichen Leistungskatalog durch die Entscheidung des Bundesausschusses fest (2000: 580)

²⁸⁹ Eine systematische Gesamtanalyse der Einzelentscheidungen des Bundesausschusses, die auf einer empirisch gesicherten Grundlage Aussagen über die Frage zuließe, ob die hier aufgezeigte Intention des Gesetzgebers, den Bundesausschuss zu einem Zentrum seiner Kostendämpfungspolitik zu machen, in die Bewertungs- und Entscheidungspraxis umgesetzt werden konnte, steht zwar noch aus. Erste Hinweise sind jedoch mittlerweile in der von Niebuhr u.a. durchgeführten Untersuchung vorgelegt worden. Insgesamt wird in dieser Studie der Beitrag, den der BÄK zur Konsolidierung der GKV-Finzen über die restriktive Definition des Leistungskatalogs zu leisten vermag, als eher gering eingeschätzt. Dies liegt insbesondere an der Unfähigkeit des BÄK, mit der vorhandenen Ressourcenausstattung den vorhandenen Leistungskatalog zu überprüfen und alte oder neue Leistungen, die den gesetzten Anforderungen nicht entsprechen aus der Finanzierung der GKV insgesamt auszuschließen. Vor allem das Fehlen sektorenübergreifender Bewertungskriterien und –verfahren verhindert offensichtlich einen effektiveren

auch die umstandslose Ablehnung von EbM-Kriterien kann mit Blick auf das Ziel einer qualitativ optimalen und trotzdem Wirtschaftlichkeitskriterien genügenden Versorgung der Patienten in die Irre führen.²⁹⁰ Auf der einen Seite eröffnet die Evidence-based Medicine zweifelsohne Chancen zu höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung. So beschreibt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Evidence-based Medicine als „eine dringend notwendige und zeitgemäße Form eines kritischen, effizienten und anwendungsbezogenen Informationsmanagements zur Optimierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient“ und warnt vor grundlegenden Missverständnissen mit Blick auf das Grundverständnis und die Leistungsfähigkeit von Evidence-based Medicine. Solche bestünden u.a. in der „Reduktion der evidenzbasierten Medizin auf das Trivialpostulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin oder eine ‚Lehre der ‚Evidenzklassen‘“ oder in dem „Vorwurf des Szientismus im Sinne eines absoluten Gültigkeitsanspruchs von externer wissenschaftlicher Evidenz.“ (Sachverständigenrat 2000/2001: 65). In einer solchen Form sind zweifelsohne auch von einer Hereinnahme von EbM-Kriterien in den Entscheidungsprozess des Bundesausschusses positive Effekte zu erwarten. So könnten sie dazu beitragen, „mittels nachprüfbarer Kriterien problematische Ausweitungen im Leistungsspektrum zu vermeiden. Sie hat zudem nicht zuletzt das Ziel, die Diskussion um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu versachlichen und zu entpolitisieren.“ (Abholz/Schmacke 2000: 13; Kunz/Neumayer 1998).

Auf der anderen Seite ist die große Gefahr nicht von der Hand zu weisen, das die Evidence-based Medicine gerade im durch ökonomische Interessen „überdeterminierten“ Aushandlungsprozess in Form jener Trivialpostulate wirkungsmächtig wird, vor denen (nicht nur) der Sachverständigenrat warnt. Gerade wenn sich die an den naturwissenschaftlich-statistischen Standards orientierende Evidence-based Medicine nicht mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen der Patienten verbindet, könnte sich die an EbM-orientierten Entscheidungskriterien mit Blick auf das „soziale Phänomen Krankheit“ schnell als unterkomplex erweisen und eine ausschließliche Orientierung an EbM-Kriterien in eine Unter- bzw. Fehlversorgung münden. Dies gilt insbesondere für den „Grauzonenbereich“ ärztlichen Handelns, in denen die beste verfügbare Evidenz zum diagnostischen und therapeutischen Handeln am Patienten unvollständig oder widersprüchlich ist. (Sachverständigenrat 2000/2001: 65ff.) Nach wie vor ist davon auszugehen, dass nur etwa 4 % aller Dienstleistungen, die in Ambulanz und

Beitrag des BÄK zur Kostendämpfung „Beschränkt sind (...) die Auswirkungen auf die Stabilisierung der GKV, weil bestehende Leistungen nicht überprüft werden. Das führt dazu, dass neue Leistungen den alten hinzugefügt werden und diese nicht ersetzen. Defizite sind darüber hinaus in der Konsistenz und Effektivität der angewandten Verfahren zu erkennen, weil für unterschiedliche Sektoren des Leistungsgeschehens unterschiedliche Verfahren gelten. Werden beispielsweise Leistungen im ambulanten Sektor aus der Finanzierung der GKV ausgeschlossen, können sie im stationären Sektor weiter abgerechnet werden – was insbesondere für die Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte wenig förderlich ist.“ (Niebuhr u.a. 2003: 33).

²⁹⁰ Siehe auch Vogd, der aus einer system- und akteurstheoretischen Perspektive die Auffassung vertritt, dass EbM mit den Gefahren einer technokratisch-regressiven Einschränkung ärztlicher Autonomie sowie einer bloß inszenierten Wissenschaftlichkeit in der Arzt-Patient-Beziehung einher geht (Vogd 2002).

Krankenhaus erbracht werden, dem Anspruch auf „belastbare“ Evidenz genügen, während 45 % lediglich einfacheren Evidenz-Kriterien und etwa 51 % keiner wissenschaftlichen Evidenz genügen (Abholz/Schmacke 2000:11).

Unter Berücksichtigung dieser Strukturdefizite EbM-orientierter Qualitätsprüfung und Bewertung ist davon auszugehen, dass eine zu enge Fixierung auf Evidence-based Medicine fast zwangsläufig zu unrealistisch hohen Hürden bei der Anerkennung infrage stehender Leistungen und Verfahren oder einer medizinisch nicht zu rechtfertigenden Verengung der therapeutischen Optionen führen muss. Die praktizierte Selbstkorrektur, die der Bundesausschuss mit Blick auf die Änderung der Evidenzanforderungen im Übergang von der NUB- zur BUB-Richtlinie vollzogen hat, kann die Gefahr weiterhin überspannter Anforderungen an neue Leistungen, Verfahren und Methoden nicht bannen. Zwar wurde die generelle und ausnahmslose Geltung der Anforderungen der Evidenzstufe I in der NUB-Richtlinie insofern relativiert, als bei fehlenden Studien dieser Evidenzklasse der Ausschuss nun „aufgrund der Unterlagen der bestvorliegenden Evidenz“ entscheidet; doch auch diese Entscheidungsgrundlage kann schnell in einen „puristischen Leistungskatalog“ (Abholz/Schmacke 2000: 13) führen, der lediglich nach dem heutigen Stand der Erkenntnis sehr gut evaluierbare Leistungen enthält bzw. Leistungen ohne definitionsgemäß „höhergradigen“ Evidenzklassen aus dem GKV-Katalog heraus nimmt und diese ggf. dem Privatisierungs- und Vermarktungsprozess in Form von „Grauzonen- oder Zusatzleistungen“ anheim stellt. Darüber hinaus dürften insbesondere komplexe Versorgungsmaßnahmen mit relevanten Anteilen von Zuwendungsmedizin sowie Interventionen, hinter deren Anwendung keine formierten kommerziellen Interessen stehen und für die keine finanzaufwendigen Studien durchgeführt werden, durch das Raster der EbM-Prüfkriterien fallen.²⁹¹ Die Sachlage bleibt ambivalent: Evidence-based Medicine im Allgemeinen, eine an ihr ausgerichtete Qualitätssicherung im Besonderen sind sowohl mit der Chance einer höheren Rationalität in der Versorgung als auch als Instrument der Leistungsausgrenzung mit dem Ziel eines „puristischen Leistungskatalogs“ handhabbar. Eine Zwangsläufigkeit in die ein oder andere Richtung existiert jedoch nicht.

3. Widersprüche und potenzielle Entscheidungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur

Bereits vor der Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 2000 waren Restriktionen deutlich geworden, die den Bundesausschuss in seiner Regulierungsfunktion blockierten und damit auch der Umsetzung seines ihm zugewiesenen und angenommenen „Konsolidierungsauftrags“ im Wege standen (Borchert 1999). Obwohl vom Gesetzgeber als mustergültiges intermediäres Entscheidungsgremium konzipiert,

²⁹¹ Aus dieser Gefahren- und Defizitanalyse haben Abholz/Schmacke (2000) „die Förderung einer Diskussion zu den ‚Gütekriterien‘ außerhalb der biostatistisch als unstrittig ermittelten Evidenz“ gefordert und u.a. vorgeschlagen, die Rationalität bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren durch die Erweiterung der Forschungsmethoden zu vergrößern und im Rahmen eines „Konzeptes der realitätsgeleiteten Akzeptanz nicht-evidenzbasierter Leistungen“ insbesondere das Feld der Zuwendungsmedizin schärfer in das Blickfeld zu rücken und ihm innerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs adäquaten Raum einzuräumen.

beinhalteten die Gesetze, die seine sukzessive Aufwertung bewirkten, immer auch zugleich Korrektur- und Stabilisierungsversuche, die in der Praxis deutlich gewordene Schwachstellen korrigieren sollten. Selbst nach der Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde aus dem Bundesausschuss heraus die Meinung vertreten, auch die neue Rechtsgrundlagen würden dem erneut ausgeweiteten Auftrag nicht gerecht; erneut habe es der Gesetzgeber versäumt, dem Bundesausschuss „das zur Bewältigung seiner Aufgaben erforderliche rechtliche Instrumentarium zur Verfügung zu stellen.“ (Jung 2000a: 6), ach wie vor sei er lediglich mit „stumpfen Waffen“ ausgestattet (Jung 2000b: 56). Damit definiert sich der Bundesausschuss selbst als „Instrument zur Gestaltung und Begrenzung der Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten“ (Jung 2000c: 369), das für die Umsetzung dieses Selbstverständnisses jedoch nicht über die notwendigen Mittel verfüge.

An Brisanz gewann der Konflikt zwischen dem konfliktträchtigen Handlungsauftrag und den wenig konfliktbewährten Handlungsinstrumenten in dem Maße, in dem der „Kostendämpfungsauftrag“ im gesetzlichen Auftrag wie im Selbstverständnis der Bundesausschuss-Akteure an Bedeutung gewann. Die defizitäre Handlungsgrundlage besteht zum einen in der Tat in der „Nachlässigkeit des Gesetzgebers in der Einzelausstattung der Rechtsgrundlagen“ (Jung 1999: 259). So hat sich der Gesetzgeber bisher jeglicher Aussagen zur Rechtsnatur des Bundesausschusses, zur Rechtsqualität der Richtlinien und zu deren Rechtswirkungen gegenüber Dritten enthalten. Regelungslücken sind auch mit Blick auf das Verfahren des Zustandekommens, der Anhörung von Verbänden sowie zu den Regularien und Folgen der Anfechtung der Richtlinien und schließlich der Möglichkeiten der Anfechtung einer auf dem Wege der Ersatzvornahme zustande gekommenen Richtlinien durch den Bundesausschuss zu verzeichnen. Wurden diese Lücken durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte, insbesondere des Bundessozialgericht, teilweise geschlossen, so erweisen sich diese und ungeklärte Rechtsfragen in Hinblick auf die verfassungsrechtliche Legitimation der Richtlinien-Entscheidungen immer wieder als Schwachstellen, die insbesondere in ihren Einkommensinteressen negativ betroffenen Leistungserbringern als Ansatzpunkte zur Mobilisierung von Vetomacht dienen (Schimmelpfeng-Schütte 1999, Hiddemann 2001, Koch 2001). Auch nach der GKV-Gesundheitsreform 2000 setzte sich der Streit um die immer wieder bestrittene Kompetenz des Bundesausschusses fort, im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinie Leistungen aus dem Leistungskatalog auszuschließen und Arzneimittelgruppen für die durch die Spitzenverbände vorzunehmende Festsetzung von Festbeträgen zu bilden (Kaesbach 2001).

Die hier beklagte „falsche Sparsamkeit des Gesetzgebers“ (Jung 1999: 257) mit rechtlichen Klarstellungen lässt sich im übertragenen Sinne auch mit Blick auf die neue institutionelle Regulierungsstruktur feststellen. Auch sie dürfte nicht ohne weiteres in der Lage sein, die staatlichen Hoffnung auf eine EbM-orientierte Qualitätssicherung und zugleich kostensenkende Praxis bei der Regulierung des Leistungsgeschehens zu erfüllen; zu inkonsistent, widersprüchlich und unvollständig scheint das zu sein, was den Aushandlungsprozess zwischen den diversen Lobbygruppen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens verlassen hat. Vom System diverser miteinander verzahnter

Bundesausschüsse, wie es von der SPD-Bundestagsfraktion in einem Änderungsantrag und von dem Vorsitzenden des Bundesausschusses, Karl Jung (1999: 262f.), im Vorfeld der Beschlussfassung des GKV-Reformgesetz 2000 gefordert worden war, sind lediglich Einzelkomponenten realisiert worden. Dabei könnten sich die erhebliche Inkonsistenzen, die über die Unterschiede in der Namensgebung („Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, aber „Ausschuss Krankenhaus“) weit hinausreichen, leicht zu Handlungsblockaden auswachsen. So soll der Ausschuss Krankenhaus zwar Aufgaben und Funktion des Bundesausschusses im stationären Sektor nachbilden, gleichwohl wurde ihm dabei unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe zur Verfügung gestellt. Hat der Bundesausschuss seine Entscheidungen mit Blick auf den diagnostischen und therapeutischen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit einer Methode zu treffen (§ 135 SGB V), so hat der Ausschuss Krankenhaus zu prüfen, ob eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist; hat diese Bewertung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse vorstatten zu gehen, so hat der Bundesausschuss dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen. Hinzu kommen Unterschiede in den organisatorischen Regelungen. Nach dem Wortlaut des § 137 SGB V haben nicht der Ausschuss selbst, sondern die ihn tragenden Spitzenverbände die Bewertungsentscheidungen zu treffen, wobei – auch hier im Unterschied zu den Vorschriften in § 91 SGB V für den Bundesausschuss - jedwede Regelungen über das Beschlussverfahren fehlen. Da eine Trägerorganisation erheblich anfälliger gegenüber externen politischen wie rechtlichen Anfechtungen sein dürfte, wurde bereits im Vorfeld der parlamentarischen Entscheidungen „die Funktionsunfähigkeit des Ausschusses“ befürchtet (Jung 2000b). In die gleiche Richtung könnte das Fehlen von Aussagen über Beanstandungsmöglichkeiten für von Beschlüssen des Ausschusses Betroffene und über die Veröffentlichungskonditionen und das Inkrafttreten von Beschlüssen wirken. Ungeklärt bleibt schließlich, welche Handlungsinstrumente dem Ausschuss mit welcher Verbindlichkeit zur Verfügung stehen; während die Reichweite der Richtlinie des Bundesausschusses nach mehreren Jahrzehnten Praxis, Rechtssprechung und Gesetzgebung bis heute strittig ist, bleibt die Verbindlichkeit der Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus nahezu völlig im Dunkeln.²⁹² Es ist abzusehen, dass von den Beschlüssen des Ausschusses Krankenhaus betroffene Dritte die vorhandenen Rechtsunsicherheiten zur ihrem Vorteil zu nutzen versuchen werden; Effizienz und Verbindlichkeit der Arbeit des Ausschusses könnten dadurch eine erhebliche Beeinträchtigung erfahren.

Auch der Koordinierungsausschuss ist durch inkonsistente und uneindeutige gesetzliche Vorschriften belastet, die sich als Hürden für die Entfaltung seiner potenziellen Regulierungsfunktion und Vorzüge erweisen könnten. Zu diesen Vorzügen wäre neben

²⁹² Da § 137 c SGB V weder eine eigene Ermächtigungsgrundlage noch einen Verweis auf die Vorschriften des § 91 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V bzw. eine dynamische Verweisung auf die geltende BUB-Richtlinie enthält und zugleich Legitimation die der an einem Rechtsetzungsakt im Ausschuss beteiligten privatrechtlich organisierten Deutschen Krankenhausgesellschaft bestritten wird, sind bereits Zweifel an der rechtlichen Zulässigkeit des gesetzlich angeordneten Leistungsausschlusses durch den Ausschuss angemeldet worden (Wigge 2000: 581).

der allgemeinen Koordinierungs- und Qualitätssicherungsfunktion die Chance zu einer Professionalisierung zu zählen, die mit der möglichen personellen Aufstockung im Rahmen der ausschussübergreifenden Geschäftsführung eröffnet wurde und die der chronischen personellen Unterbesetzung des Bundesausschusses entgegenwirken könnte; auch der Verlust der informellen Machtressourcen auf Seiten der Ärzteschaft, der mit dem Übergang der Geschäftsführung von der KBV auf den Koordinierungsausschuss verbunden ist, könnte den Druck in Richtung restriktiver Prüfungspraxis etwas mildern. Doch bereits in der Konstituierungsphase des Ausschusses wurde deutlich, dass sich die konfligierenden (ökonomischen und machtpolitischen) Interessen der beteiligten Akteure in heftigen Interpretationskonflikten entluden, die sich insbesondere an den Regelungsgegenständen entzündeten, in denen der Gesetzgeber besonders hohe Rechtsunsicherheiten hinterlassen hatte (ausführlich dazu: Zipperer 2000). So war die Frage, was unter der Geschäftsführung, die der Koordinierungsausschuss übernehmen soll, im Einzelnen zu verstehen sei, genauso umstritten wie Fragen der Finanzierung und der organisationsrechtlichen Ausgestaltung. Doch auch wenn diese Gründungsfragen gelöst sein sollten, bleiben erhebliche Unsicherheiten. So könnte sich die durch den Gesetzgeber für den Koordinierungsausschuss gewählte Rechtsform der nicht rechtsfähigen „Arbeitsgemeinschaft“ im Vergleich zu der im Vorfeld geforderten rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts ebenso als eine Schwachstelle erweisen wie die ungeklärte Verhältnisse zu anderen Einrichtungen, die sich ebenfalls mit Gesetzesauftrag mit Fragen der Qualitätssicherung beschäftigen.²⁹³

Darüber hinaus sind angesichts der gesetzlich festgestellten hohen Verbindlichkeit der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses und ihrer weitreichenden Auswirkungen auf die berufsständischen und wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer zumindest drei Konfliktfelder vorprogrammiert. Zum einen hat bereits der Streit darüber begonnen, inwieweit sich der offensichtliche Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit, der mit den EbM-orientierten Behandlungsleitlinien verbunden sein wird, juristisch rechtfertigen und politisch aufrechterhalten lassen wird (Wigge 2000). Zum zweiten sind Konflikte zwischen den Ausschussakteuren über die Frage abzusehen, bei welchen der Krankheiten Unter-, Fehl- oder Überversorgungslagen vorliegen und somit evidenzbasierte Leitlinien erstellt werden sollen; da hier die Einkommenschancen der Leistungserbringer sowie die Kostenbelastungen der Krankenkassen unmittelbar tangiert werden, ist mit einem erhebliche Konfliktpotenzial zu rechnen. Und schließlich werden vor allem negativ von den Beschlüssen des Koordinierungsausschusses betroffene Dritte die ungeklärten Fragen nach der Rechtsnatur und der Verbindlichkeit der Entscheidungen des Koordinierungsausschusses und ihrer Beziehung zu den Richtlinien des Bundesausschusses auf die Tagesordnung setzen. Zwar sollen nach der Intention des Gesetzgebers die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses keinen Eingriff in die Hoheit der Bundesausschüsse bewirken (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171), doch ist wegen ihrer hohen, gesetzlich

²⁹³ Zu nennen wäre hier etwa die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ nach § 137b SGB V.

festgeschriebenen Verbindlichkeit nicht nur die Gefahr einer Verbindlichkeitskonkurrenz der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses mit den Richtlinien des Bundesausschusses gegeben; angesichts der Reichweite der Beschlüsse dürfte sich auch die Frage nach der generellen (verfassungs)rechtlichen Legitimation des Koordinierungsausschusses bzw. seiner Beschlüsse in der gleichen Heftigkeit zum Politikum auswachsen, wie es seit Jahren bei den Richtlinien des Bundesausschusses der Fall ist. Hat bereits der eigentlich recht funktional ausgestattete Bundesausschuss Probleme, seine Entscheidungskompetenz im hoch vermachteten Gesundheitssektor zu behaupten, so dürften dies für den institutionell unzulänglich ausgestatteten Koordinierungsausschuss in potenziertem Intensität der Fall sein. Ob der durch rechtliche und politische Unsicherheiten geschwächte Koordinierungsausschuss sich der Wucht der absehbaren Anfechtungen widersetzen kann, ist mehr als unwahrscheinlich.

Zusammenfassung und Ausblick

Die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Studien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Bis weit in die jüngste Vergangenheit hinein konnte von Gesundheitspolitik (im Sinne von gesellschaftlicher Krankenversorgungspolitik) als einem europäischen Politikfeld nicht die Rede sein. Die Hauptakteure des Integrationsprozesses, die Regierungen der Mitgliedsstaaten, nahmen für sich ein Interesse wahr und in Anspruch, die Gesundheitspolitik in den nationalen Politikarenen und damit in ihrem Autonomiebereich zu halten. Dies wurde nicht zuletzt durch die rechtlichen und institutionellen Regeln im europäischen Primärrecht abgesichert, das die Gesundheitspolitik weitgehend als Angelegenheit der Mitgliedsstaaten definierte und der Union entweder keine Entscheidungskompetenzen zubilligte oder europäische Akteure (vor allem den Europäischen Gerichtshof) weitgehend auf Maßnahmen einer negativen Integration im Sinne einer nationalstaatlich deregulierenden und marktöffnenden Politik festlegte. Dass sich diese Konstellation recht gut mit dem relativ geringen Verflechtungsgrad der nationalen Gesundheitsmärkte, der institutionellen Vielfalt der Gesundheitssysteme und den unterschiedlichen normativen Präferenzen in den europäischen Sozialpolitiken vertragen, stabilisierte sie zusätzlich.
2. Durch den neuen ökonomischen Integrationsschub, der durch die Etablierung des Euro-Finanzregimes vorangetrieben wird und in der neuen wettbewerbspolitischen Strategie von Lissabon ein weiteres politisches Projekt findet, wurden in der Wirtschafts-, Fiskal- und Beschäftigungspolitik Vorgaben und Handlungszwänge implementiert, die in benachbarte Politikfelder ausstrahlen. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik. Sie wird zunehmend als ein Feld wahrgenommen, in dem über das Gelingen der neuen Integrationsstrategie mitentschieden wird. Somit gewinnt die Gesundheitspolitik aus fiskal-, wettbewerbs- und beschäftigungspolitischen Gründen an Bedeutung. Unter dem Druck der fiskalpolitischen Vorgaben des „Stabilitäts- und Wachstumspaktes“ versuchen die Nationalstaaten, auch die öffentlichen Gesundheitssysteme in die strikte Haushaltsdisziplin einzubeziehen. Vorrangiges Ziel

ist es, in Leitlinien gemeinschaftsweit gültige Kostensenkungs- und Rationalisierungsziele zu formulieren und ihre gemeinsame Umsetzung über Benchmarking-, Monitoring- und Controlling-Verfahren sicherzustellen. Dabei werden die fiskalpolitischen Konsolidierungsambitionen durch die Ziele ergänzt, durch eine gesundheitsfördernde Humanressourcenpflege entsprechende Produktivitätspotenziale sowie durch die Wachstumsförderung einer europäischen Gesundheitswirtschaft entsprechende Beschäftigungspotenziale zu erschließen. Die sich abzeichnende Generierung eines europäischen Politikfeldes Gesundheit gewinnt ihre Entwicklungsenergie also aus diesem fiskal-, wettbewerbs- und beschäftigungspolitischen Kontext. Aus ihm dürften für die weitere Europäisierung der Gesundheitspolitik die entscheidenden Impulse ausgehen. Die in jüngerer Vergangenheit zu beobachtenden Bemühungen der EU, die Integration auch in der Gesundheitspolitik voranzutreiben, kann nur in diesem Zusammenhang adäquat begriffen und die Europäisierung der Gesundheitspolitik sollte als ein kontextgesteuerter Typ der Integration interpretiert werden.

3. Da jedoch alle bisherigen Harmonisierungsbemühungen in der Gesundheitspolitik an ökonomischen, institutionellen und normativen Widrigkeiten und den Widerständen der Mitgliedsstaaten gescheitert sind, der Koordinierungsdruck mit den stabilitäts-, wettbewerbs- und beschäftigungspolitischen Vorgaben aber zunimmt, wurde mit der „offenen Methoden der Koordinierung“ ein bereits in anderen Politikfeldern praktizierter und erprobter Integrationsmodus etabliert, der in modifizierter Form Anwendung findet (als „weichere“ Koordinierung) und die bisherigen Integrationshürden zu überwinden trachtet. Und dies durchaus mit einiger Aussicht auf Erfolg. Ob im Zuge der Implementierung der OMK Konvergenzprozesse lediglich im Bereich der politischen Ziele angestrebt werden oder ob das Koordinierungsverfahren nicht doch auf eine Strategie der wettbewerbsgetriebenen „Harmonisierung über Umwege“ abzielt, die auch die institutionellen Arrangements der Gesundheitssysteme erfasst, ist noch nicht ausgemacht. Jedenfalls scheint sich im Vollzug dieses Prozesses sukzessive ein neues gemeinschaftliches Politikfeld mit benennbaren Akteuren (Europäischer Rat, Europäische Kommission, EuGH und Nationalstaaten), einem dominierenden Verhandlungsmodus (Verfahren der „offenen Koordinierung“) und einer hierarchisch strukturierten Agenda von Politikzielen (Priorität auf Kostendämpfung als Beitrag zur Haushaltskonsolidierung sowie Wettbewerbs- und Beschäftigungsförderung unter Wahrung einer sozialpolitischen Mindestversorgung) zu konstituieren. Während es sich bei den Akteuren um die traditionellen Schlüsselakteure der europäischen Sozialpolitik handelt (jedoch mit einem Machtzuwachs des Europäischen Rates und der Kommission durch das OMK-Verfahren), stellt die offene Koordinierung einen Regimetransfer aus der Fiskal-, Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik dar; die Hierarchie der Politikziele wurde durch die Vorgaben des Euro-Finanzregimes und der neuen europäischen Wettbewerbspolitik („Lissabonner Strategie“) vorstrukturiert.

4. Vieles deutet darauf hin, dass die Phase der integrationspolitischen Stagnation in der Gesundheitspolitik von der Herausbildung einer europäischen Gesundheitspolitik abgelöst wird. Diese Europäisierung der Gesundheitspolitik geht mit der Transformation

des „alten“ in ein „neues“ Europäisches Sozialmodell einher. Dieses neue Sozialmodell auf europäischer Ebene korrespondiert eng mit dem schrittweisen Übergang vom traditionellen sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat zu einem angebotspolitisch ausgerichteten Wettbewerbsstaat in den Mitgliedsstaaten der EU, mit dem diese auf die Krise des fordistischen Kapitalismus und die Zwänge der Globalisierung reagieren. Sowohl in den neuen wettbewerbskorporatistischen Arrangements der nationalen Gesellschaften als auch im Neuen Europäischen Sozialmodell wird der Sozial- und Gesundheitspolitik eine doppelte Aufgabe zugewiesen wird: sie soll einen Beitrag zur Sicherung des sozialen Zusammenhalts der „Gesellschaftsstandorte“ wie zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der „Wirtschaftsstandorte“ leisten.

5. Zur Erklärung der Ursachen der bisherigen Stagnationsphase bzw. der jetzt wahrnehmbaren neuen Integrationsdynamik scheinen die beiden eingangs skizzierten integrationstheoretischen Ansätze über jeweils eigene Stärken zu verfügen. Während der skeptische aktorsorientiert-institutionelle Interpretationsansatz einiges zur Erklärung der langjährigen stagnativen Widerstände gegen eine Europäisierung der Gesundheitspolitik und ihres Verbleibs in den nationalstaatlichen Arena beitragen kann, ließe sich die neue Integrationsdynamik in der Gesundheitspolitik im Sinne des ökonomisch-funktionalistischen Ansatzes als eine Art „Spillover“ des neuen ökonomischen Integrationspfades und der entsprechenden wettbewerbspolitischen Restrukturierung interpretieren, die durch das Euro-Finanzregime und die Lissabonner Wettbewerbsstrategie geprägt sind. Die OMK ließe sich dann als der Versuch einer integrations- und regulationspolitischen Innovation werten, um den Widrigkeiten der institutionellen Konfiguration mit ihrer problemlösungshemmenden Entscheidungsstruktur zu entkommen.

6. Die so vorangetriebene Europäisierung besteht jedoch nicht in einem eindimensionalen Souveränitätstransfer von den Mitgliedstaaten auf die EU-Ebene. Europäisierung im Politikfeld Gesundheit vollzieht sich als ein Prozess der sukzessiven Herausbildung und funktionalen Aufwertung der europäischen Handlungsebene in einem zunehmend supranationalen Mehrebenen-System. Dabei nehmen mit voranschreitender interner Differenzierung des Systems die horizontalen und vertikalen Verflechtungen der Politikarenen der Einzelebenen zu. Hier erhöhen sich die Spannungen und Blockadegefahren nicht nur zwischen der nationalstaatlichen und der europäischen Ebene, sondern auch innerhalb der Mehrebenen-Struktur des nationalen Gesundheitssystems. Mit Blick auf die föderalen Entscheidungsstrukturen im und andere Spezifika des deutschen Gesundheitssystems könnte die Überwindung von Entscheidungsblockaden im Verhältnis zwischen Gemeinschaft und Mitgliedstaat mit verschärften Problemen im Bund-Länder-Verhältnis einhergehen. Da sich der Typus der Europäisierung, der sich im Politikfeld Gesundheit abzeichnet, nicht über einen einseitigen Kompetenztransfer von der nationalstaatlichen auf die gemeinschaftliche Ebene, sondern als Verdichtung und Institutionalisierung von Interaktionen und wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen den Akteuren des sozialpolitischen Mehrebenensystems vollzieht, entstehen auch neue potenzielle Konfliktherde. Die Gefahr

eines Blockadetransfers von der Gemeinschaft-Gliedstaaten-Ebene in die Ebene des Bund-Länder-Verhältnisses ist nicht von der Hand zu weisen.

7. Die Implikationen der Europäisierung der Gesundheitspolitik für die deutsche Reformdebatte, die bisher weitgehend als eine national geschlossene geführt wird, sind schwer vorherzusagen und werden vermutlich ambivalent ausfallen. Das offene Koordinierungsverfahren wird mit mehr oder weniger ausgeprägten internen Verschiebungen innerhalb der europäischen Kompetenzordnung zu Gunsten der exekutiven Institutionen (Europäischer Rat und Europäische Kommission) einhergehen. In diesem Zusammenhang ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass beide Institutionen mittels der strategischen Definitionsmacht, die ihnen durch das OMK-Verfahren auch im gesundheitspolitischen Feld zuwächst, aktiver als bisher mit der Protektion wettbewerblicher und kostendämpfungsorientierter Strategien in die nationalen Reformprozesse intervenieren werden. Dabei dürften diese Interventionen mit der Etablierung und Verstetigung des Koordinierungsprozesses an Wirkung gewinnen. Zugleich könnte die Implementierung der OMK im Politikfeld Gesundheit mit einem Blockadetransfer innerhalb der europäischen Mehrebenen-Struktur einhergehen, der die ohnehin wirkungsmächtigen Verflechtungsstrukturen im deutschen Föderalismus (zusätzlich) aktivieren und als Reformblockaden weiter aufwerten könnte. Vor allem durch verstärkte Vetostrategien der Bundesländer, die im Rahmen der Implementierung der OMK um ihren Status im europäischen Mehrebenen-System fürchten, könnte sich die oft beklagte „Reformresistenz“ des deutschen Gesundheitssystems weiter verfestigen.

Neben diesen Implikationen, die auf das OMK-Verfahren zurückgehen, dürfte die Europäisierung der Gesundheitspolitik weitere Folgewirkungen auf die gesundheitspolitischen Reformdebatten und -prozesse in Deutschland haben, und dies durchaus in unterschiedliche Richtungen. Einerseits kann die Öffnung der Debatte zu einer Versachlichung und Entdramatisierung vieler Diskurse beitragen und Hilfen für die Identifizierung der realen Defizite des deutschen Gesundheitssystems liefern. Doch zugleich dürften die gesundheitspolitischen Impulse aus Europa, die stark durch ihren Entstehungskontext (Binnenmarkt, Euro-Finanzregime, Lissabonner Strategie) geprägt sein werden, Akteure und Konzepte stützen, die stärker auf die Eindämmung von Kosten als auf die Verbesserung der Versorgung orientieren. Zugleich könnten mittel- und langfristig problematische Effekte von dem Konflikt zwischen europäischem Marktrecht und deutschem Sozialrecht ausgehen, der sich gegen die verhandlungs- und kollektivrechtlichen Prinzipien des deutschen GKV-Steuerungsmodells zu richten droht. Dies könnte die nationale Regierung dazu zwingen, Regelungen im deutschen Gesundheitssystem, die der unbeschränkten Freizügigkeit von Arbeitnehmern und Dienstleistungen und dem europarechtlichen Kartell-Verbot entgegenstehen, im Sinne negativer Integrationsmaßnahmen zu beseitigen. Der Druck in diese Richtung könnte sich im Rahmen des neuen Koordinierungsverfahrens verstärken. Die Wirksamkeit der Maßnahmen im Zuge der offenen Koordinierung könnte insbesondere darauf beruhen, dass sie einerseits die gesundheitspolitische Gestaltungsautonomie der Nationalstaaten formal unangetastet lässt (und damit ein Konfliktfeld mit den Mitgliedsstaaten umgeht),

zugleich aber die bisher damit verbundenen Restriktionen für eine gemeinschaftsweit abgestimmte Gesundheitspolitik faktisch weitgehend überwindet. Dabei ist nicht unwahrscheinlich, dass der aus Europa kommende Wettbewerbs-, Deregulierungs- und Konsolidierungsdruck gerade jene politischen Kräfte stärkt, die sich durch Leistungseinschränkungen sowie die Implementierung von mehr Markt und Wettbewerb in das deutsche Gesundheitswesen Effizienz- und Konsolidierungserfolge versprechen.

8. Dass diese Erfolge eintreten werden, ist jedoch unwahrscheinlich. Die eher kostentreibenden als kostendämpfenden Effekte und die Folgeprobleme bei der medizinischen Versorgung dürften politische Gegenregulierungen hervorrufen, um die nicht intendierten Folgeprobleme der wettbewerblichen Reformen abzufangen oder zu kompensieren. Wahrscheinlicher als das Eintreten von Konsolidierungserfolgen und Qualitätsverbesserungen ist daher, dass sich die Politik noch stärker als bisher in den Paradoxien eines wettbewerbpolitischen Umbaus des Gesundheitssystems verfängt, der in kosten-, versorgungs- wie steuerungspolitischer Hinsicht mehr Fragen aufwirft als beantwortet. Zumindest müssen die hier anfallenden Regulierungskosten und die Risiken mit Blick auf die gesundheitspolitische Zielerreichung den erhofften Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgewinnen, so sie denn entstehen, gegenübergestellt werden. Ob der so zu bildende Saldo positiv ausfällt, ist unwahrscheinlich, bleibt aber abzuwarten. Auf jeden Fall wären wohl wissenschaftliche Analysen wie politische Strategien gut beraten, auch Szenarien mitzudenken, in denen sich die Europäisierung der Gesundheitspolitik mit Blick auf den Reformprozess in Deutschland eher als Problemerzeuger (bzw. -verstärker) denn als Problembewältiger erweist.

9. Während mit der Skizze möglicher Implikationen der gesundheitspolitischen Europäisierung für den Reformprozess im deutschen Gesundheitssystem prospektiv zukünftige Entwicklungstrends erfasst werden sollen, zielt die Frage nach den Veränderungen im gesundheitspolitischen Regulierungssystem auf Entwicklungen, die bereits im Gange sind. Dabei wird mit der These von der wettbewerbskorporatistischen Transformation ein Prozess diagnostiziert, der sich bisher relativ unabhängig von der europäischen Entwicklung vollzogen hat, der zukünftig aber in ein Verhältnis wechselseitiger Verstärkung mit dieser treten dürfte. Da die hier präsentierte Sicht der Dinge von einer aktiven Rolle des Nationalstaates beim wettbewerbskorporatistischen Umbau der sozialen Sicherungssysteme im allgemeinen, des Gesundheitssystems im besonderen ausgeht, war nach den Spielräumen der politischen Steuerbarkeit des deutschen Gesundheitswesens durch staatliche Politik zu fragen. Dabei wurde auf die, in der sozialwissenschaftlichen Debatte vorfindbaren Ansätze zur Analyse sozialer Dynamiken, institutioneller Veränderungen und vorhandener Regulierungsspielräume in der Gesundheitspolitik rekurriert. Nach einer Skizze und kritischen Bewertung des systemtheoretischen, des akteurs- bzw. institutionenorientierten sowie eines regulationstheoretischen Ansatzes wird ein weiterentwickelter Ansatz zur Analyse des politikinhaltlichen und institutionellen Wandels in deutschen Gesundheitssystem vorgeschlagen. Dieser ergibt sich aus einer akteurstheoretischen Ergänzung eines regulationstheoretisch orientierten Ansatzes und wurde bisher noch nicht zur Analyse

von Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem herangezogen. Er eröffnet die Möglichkeit, das analytische Konzept der wettbewerbskorporatistischen Regulierung unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems zu spezifizieren und somit den Kontext für die These von der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des BÄK zu skizzieren.

10. Der Prozess der wettbewerbskorporatistischen Transformation stellt im deutschen Gesundheitssystem gleichsam einen Mittelweg zwischen einem radikalen Pfadwechsel und absoluter Strukturkonstanz in der institutionellen Entwicklung des Gesundheitssystems dar. Die Neuakzentuierung der Politikziele lässt sich an der sukzessiven Aufwertung der Beitragssatzstabilität als Zielgröße gesundheitspolitischen Handels festmachen, während die diversen gesundheitspolitischen „Strukturreformen“ auf den wettbewerbskompatiblen Umbau der institutionellen Arrangements zielten. Dieser politikinhaltliche und institutionelle Wandel, der bereits vor der Europäisierung der Gesundheitspolitik in Gang kam, durch die Restrukturierung des Europäischen Sozialmodells aber an Fahrt gewinnen dürfte, wird als politikfeldspezifischer Teilprozess des allgemeinen Übergangs vom keynesianischen Sozialkorporatismus zum angebotspolitisch orientierten Wettbewerbskorporatismus interpretiert. Dabei geht die wettbewerbskorporatistische Anpassung der europäischen Wohlfahrtsstaaten an die Imperative des Regimewettbewerbs sowohl mit einer Neuformulierung (oder zumindest Neuakzentuierung) staatlicher Politikziele als auch mit einer Restrukturierung der institutionellen Arrangements in den jeweiligen Politikfeldern und Arenen des Wohlfahrtsstaates einher. Die Förderung der Wettbewerbsfähigkeit der nationalen Wirtschaftsstandorte durch Produktivitätssteigerungen und (Arbeits- und Sozial-)Kostensenkungen und die Bekämpfung der Beschäftigungskrise durch die Deregulierung der Arbeitsmärkte und die Förderung eines Sektors von Niedriglohnbeschäftigung stehen hier im Vordergrund. Das Ziel der Reduzierung der Arbeitskosten, insbesondere durch die Verringerung der Sozialabgaben, bildet eine Art Scharnierforderung zwischen beiden Strategien. Dadurch avancierte es, vor allem in Staaten, die ihre Sozialstaatsfinanzierung stark an die Arbeitseinkommen gekoppelt haben, zum Schlüsselthema. So entstand eine neue Hierarchie staatlicher Politikziele, in der die „neuen“ wettbewerbs- und deregulierungspolitischen Ziele gegenüber den „alten“ Sicherungs- und Umverteilungszielen des traditionellen Sozialstaates Priorität gewannen.

11. Im Rahmen dieser Transformation erfuhr der BÄK eine funktionale Aufwertung, die mit einer Neupositionierung im gesundheitspolitischen Regulierungsmodell einherging. Nicht zuletzt im Schatten seines geringen Bekanntheitsgrades wurden ihm Aufgaben bei der wettbewerbskompatiblen Neustrukturierung des Gesundheitswesens übertragen, die der Gesetzgeber aufgrund von Entscheidungsblockaden im politischen System, zu starker Widerstände in der Gesellschaft oder aufgrund zu hoher Akzeptanzprobleme in der Wahlbevölkerung nicht erledigen konnte oder wollte. Die Analyse der „Großen Gesundheitsreformen“ seit 1989 lässt deutlich werden, dass der Bedeutungszuwachs des BÄK in hohem Maße mit der Verschärfung der Spar- und Konsolidierungspolitik

korreliert und sich von einer „wettbewerbskorporatistischen Beauftragung“ dieses Gremiums für eine Politik der Begrenzung der Gesundheitskosten und der restriktiveren Definition des GKV-Leistungskatalogs sprechen lässt. „Wettbewerbskorporatistische Beauftragung“ wird in der vorliegenden Studie als terminus technicus verwendet, der auf eine strategische Orientierung des Gesetzgebers gegenüber dem BÄK verweist, die durch die drei Strategieelemente: Indienstnahme, Ermächtigung und Kontextsteuerung geprägt war. Sie verfolgte vor allem drei Ziele: *erstens* den BÄK mit wichtigen Funktionen im Rahmen der Strategie der Kostensenkung zu betrauen („Indienstnahme“), ihm *zweitens* die dazu notwendigen Handlungsinstrumente an die Hand zu geben („Ermächtigung“) und *drittens* die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass den in ihm handelnden Akteuren die erwünschte Verhaltensweise nahegelegt werden sollten („Kontextsteuerung“). Um dies zu erreichen, beschränkte sich der Gesetzgebers nicht darauf, das gesetzliche Aufgabenspektrum, die fachliche Definitions- und die politische Durchsetzungsmacht des Bundesausschusses sukzessive zu erweitern; zugleich modifizierte er die institutionellen Kontextbedingungen dergestalt, dass die Interessenlagen und Strategiepräferenzen der in ihm handelnden Akteure auf das Bemühen der staatlichen Sparpolitik ausgerichtet und diese somit abgesichert werden sollte. Der Staat bediente sich also bei der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des BÄK weniger einer direkten Anspruchsregulierung im Sinne einer restriktiven Definition des GKV-Leistungskataloges. Im Vordergrund standen Prozesse der Budgetierung der Finanzmittel und vor allem der Umverteilung von Machtressourcen und staatlichen Handlungsaufträgen, die in der hier entwickelten Terminologie als Strategien der Ressourcen- und Prozessregulierung gefasst werden können.

12. Dass die Realisierung der staatlichen Absichten freilich nicht umstandslos gelang, ist nicht zuletzt auf zentrale Spezifika des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen. Diese bestehen darin, dass auf staatliche Steuerungsambitionen vielfältige institutionelle Blockaden und Veto-Player warten, die ihrer Realisierung entgegenwirken. Daher setzten sich auch diesmal die staatlich anvisierten Politikziele nicht in „Reinform“ durch; vielmehr wurden sie durch das komplexe Geflecht von institutionellen Restriktionen und gesellschaftlichen Interessen- und Machtbeziehungen gebrochen und schlugen sich lediglich in modifizierter Form nieder. Auch mit Blick auf die Resultate der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung bringt der zu diagnostizierende politikinhaltliche und institutionellen Wandel weniger das ursprüngliche Ziel des Staates als vielmehr das Kräfteverhältnis zwischen den am Entscheidungsprozess beteiligten Akteuren in Form der daraus hervorgegangenen Kompromisse zum Ausdruck. Dabei kam es zu Akteurskonstellationen und institutionellen Arrangements, die durch Inkonsistenzen und interne Handlungsblockaden geprägt sind und deren Problemlösungsfähigkeit sich vor allem mit Blick auf die Hauptziele des Staates (Kostenbegrenzung und Beitragssatzstabilität) erst mit einem hinreichenden zeitlichen Abstand bewerten lässt.

Ausblick

Dass der institutionellen Regulierungsstruktur, wie sie durch das GKV-Reformgesetz 2000 installiert wurde, ein langes Leben beschieden sein wird, ist, nach der hier vorgelegten Einschätzung, wenig wahrscheinlich. Zu inkonsistent und behäbig sind seine Entscheidungsstrukturen und zu verlockend dürfte es für die macht- und konfliktreprobten Veto-Player des deutschen Gesundheitswesens sein, unliebsamen Entscheidungen eine andere Richtung zu geben oder sie gegebenenfalls gänzlich zu blockieren. So werden offensichtliche Reformbedarfe schnell Handlungsdruck in Richtung der Politik erzeugen. Doch diese Prognose harret natürlich einer empirischen Überprüfung. Politisch von besonderer Bedeutung und politikwissenschaftlich von besonderem Interesse dürfte dabei die Frage sein, in welcher Form und Intensität sich der Prozess der gesundheitspolitischen Europäisierung im anstehenden Wandel Geltung verschaffen wird. In der hier vorgelegten Untersuchung weisen alle Ergebnisse in Richtung der Vermutung, dass die Dynamik des europäischen Binnenmarktes sowie die Stoßrichtung der OMK Strategien der Vermarktlichung, Deregulierung und Privatisierung befördern wird. Doch dies wäre ein riskantes Unterfangen. Bisher werden die wahrscheinlichen Folgeprobleme wettbewerbs- und marktorientierter Umbaustrategien in der Debatte um die Reform des deutschen Gesundheitswesens aber entweder übersehen oder gar absichtsvoll in Kauf genommen. Die Ausdehnung von Konkurrenzprinzipien (zwischen den Krankenkassen), die Stärkung der Risikoäquivalenz im Beitrags- und Leistungsrecht (zwischen Kassen und Versicherten) sowie ein forciertes Vertragswettbewerb (zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern) dürften die ohnehin schwelende Auseinandersetzung um die Einbeziehung des deutschen Gesundheitssystems in das europäische Marktrecht mit seinen erheblichen Gefahren für die sozialstaatliche Regulierung des Gesundheitssektors weiter anfachen. Sollten sich die Prinzipien der gemeinschaftsrechtlichen, wirtschaftlichen Grundfreiheiten und die Vorschriften des europäischen Wettbewerbsrechtes gegenüber den vertrags- und verhandlungsorientierten Steuerungsprinzipien des deutschen Gesundheitssystems durchsetzen, dürfte ein neuer Deregulierungs- und Wettbewerbsschub – mit den benannten Folgeproblemen – nicht lange auf sich warten lassen.

Bisher scheint jedoch weder in Wissenschaft und Politik noch unter den Gesundheitsakteuren eine problemadäquate Beschäftigung mit der Frage stattzufinden, wie eine zielführende reformpolitische Strategie aussehen könnte bzw. sollte. Eine entsprechende Debatte steht noch aus. Dabei dürfte die Antwort auf diese Frage stark durch die ordnungspolitische Grundpositionierung der jeweils Diskutierenden vorgeprägt werden. Erste Überlegungen haben Jacobs/Wasem (2003) vorgetragen. Sie entwickeln zwei mögliche Szenarien für die Zukunft der GKV, in denen sie im Hinblick auf die europapolitischen Anforderungen Handlungsmöglichkeiten der deutschen Gesundheitspolitik herausarbeiten. Dabei unterscheiden sie „ein ‚defensives‘ Szenario, in dessen Mittelpunkt die Stärkung kollektivvertraglicher Elemente im GKV-System steht, und ein ‚offensives‘ Szenario, für das die Stärkung einzelwirtschaftlicher

Steuerungsformen durch einen grenzüberschreitenden Vertrags- und Qualitätswettbewerb zentral ist.“ (Jacobs/Wasem 2003: 79). Das sogenannte defensive Szenario beruht auf der Einschätzung, dass nur die konsequente Stärkung der kollektivvertraglichen Regulierungen und ein komplementärer Bedeutungsverlust einzelwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen die Krankenkassen dem Geltungsbereich des europäischen Wettbewerbsrechts entziehen könne. In der Konsequenz bedeute dies, dass die Krankenkassen zukünftig in noch höherem Maße einheitlich und gemeinsam auftreten müssten, sämtliche Möglichkeiten der kassenindividuellen Beeinflussung des Leistungsgeschehens und das Kassenwahlrecht der Versicherten abzuschaffen wären und schließlich ein kompletter Finanzausgleich zwischen den Kassen mit der Folge eines einheitlichen Beitragssatzes aller Kassen einzuführen wäre. Schläge man diesen Weg ein, sei konsequenterweise dann auch das gegliederte Krankenkassensystem sowie der Kassenwettbewerb in seiner heutigen Form durch eine regionale Einheitskasse zu ersetzen, die als regionaler Nachfragemonopolist eine deutlich stärkere Verhandlungsposition gegenüber den Leistungsanbietern einnehmen könnte. Als die zentrale Perspektive des sogenannten „offensiven“ Szenarios betrachten sie die Ersetzung des derzeitigen, hauptsächlich anhand des Beitragssatzes geführten Preiswettbewerbs in der GKV durch einen Preis-/Leistungswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung. Im Zentrum steht hier die Idee eines intensivierten Vertragswettbewerbs, der auf der gesetzlich erst noch zu schaffenden Möglichkeit für einzelne Krankenkassen aufbauen soll, mit ausgesuchten Leistungsanbietern Einzelverträge abschließen zu können, und dies unabhängig davon, ob diese im Ausland oder Inland zugelassen seien. Um jedoch die „angestrebten Wirtschaftlichkeitszuwächse realisieren zu können und andererseits unerwünschte Nebenwirkungen zu verhindern“ (Jacobs/Wasem 2003: 86) sei jedoch eine „effektive Wettbewerbsordnung“ notwendig. Diese müsse insbesondere einen „morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ (Morbi-RSA) sowie einen einheitlichen Leistungskatalog für alle Krankenkassen und somit ein Verbleib der Möglichkeit zum Angebot privater Zusatzversicherungen alleine bei der privaten Krankenversicherung umfassen.

Nun soll an dieser Stelle nicht nach der analytischen Produktivität einer Typologisierung gefragt werden, die (gerade in der Gesundheitspolitik) das Spiel mit dem wettbewerbpolitischen Feuer a priori zur offensiven Strategie und die Stärkung kollektivvertraglicher Steuerungselemente ebenso umstandslos zur defensiven erklärt; mit Blick auf die hier diskutierten Folgeprobleme wettbewerblicher Strategien und der Gefahr negativer Rückkoppelungen könnte der Offensivcharakter der marktwirtschaftlichen Strategieoption schnell in ihr Gegenteil umschlagen. Zugleich gibt es durchaus ökonomische, politische und vor allem gesundheitspolitische Gründe die dafür sprechen, die Option einer regionalisierten Einheitskasse nicht als „worst-case“-Szenario, sondern als ernst zunehmende Alternative zum (noch gebändigten, aber auch zum vielfach geforderten intensivierten) Wettbewerb im Krankenkassen- und Vertragssystem in der Debatte zu halten und auf seine Vor- und Nachteile hin zu befragen. Strategien der Überwindung vorhandener oder Vermeidung zukünftiger Wettbewerbsprobleme müssen keineswegs defensiver Natur sein. Letztlich

entscheidend dürfte jedoch in der Tat die Frage sein, ob die politisch präferierten Reformoptionen aus einer wettbewerbsoptimistischen oder einer wettbewerbs-skeptischen Grundeinschätzung formuliert werden. Dabei sind Radikalvarianten keineswegs zwingend. Der Korridor der Möglichkeiten dürfte durch die Extremvarianten der Einheitskasse und des freien Kassen- und Vertragswettbewerb markiert sein. Aber innerhalb dieses Kontinuums befindet sich eine Vielfalt von Möglichkeiten, deren Verträglichkeit mit den Anforderungen aus der Europäisierung der Gesundheitspolitik im Einzelfall zu prüfen wäre.

Welche Optionen mit Blick auf die Zukunftssicherung eines leistungsfähigen, sozialen und solidarischen Gesundheitssystems die richtigen sein könnten, bedarf sicherlich einer intensiven Debatte, die gerade erst begonnen hat. Mit dem Aufzeigen der Paradoxien und Folgekosten wettbewerblicher Strategien sind die durchaus vorhandenen Probleme von Strategien, die Markt- und Wettbewerbselemente im Gesundheitssystem klein schreiben, noch nicht gelöst. In der Tat ist vor allem die Frage zu beantworten, durch welche Anreizmechanismen die beteiligten Akteure zu einer hochwertigen und effizienten Bereitstellung von Gesundheitsleistungen veranlasst werden sollen, wenn die materiellen (positiven wie negativen) Sanktionsregeln des Marktes weitgehend fehlen (Jacobs/Wasem 2003: 83). Doch eine Antwort auf diese Frage zu suchen, wäre ein neues Thema. Hier mag der Hinweis genügen, dass die Problemkonstellation, die durch die Kollision zwischen europäischem Wettbewerbs- und deutschem Sozialrecht hervorgerufen wird, sich auch aus einer Perspektive interpretieren lässt, die die Solidarelemente im deutschen System nicht schwächt, sondern stärken könnte. Die Herausnahme der sozialen Krankenversicherung aus dem europäischen Marktrecht beruht explizit darauf, dass sie Aufgaben mit ausschließlich sozialem Charakter erfüllt. Dies ist aber nur dann und solange der Fall, wenn: *erstens* ihre Tätigkeiten auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität beruhen und nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet sind, sie also sowohl durch ihre Finanzierung als auch durch ihre Leistungsgewährung sozial umverteilend wirken; und wenn sie *zweitens* gesetzlich festgelegte und von der individuellen Beitragshöhe unabhängige Leistungen erbringen.²⁹⁴ Nur in diesem Fall stellt ihre Tätigkeit keine Wirtschaftstätigkeit dar und sind die Träger der sozialen Krankenversicherung nicht als Unternehmen anzusehen. Dies könnte eben auch als Orientierungshilfen für eine adäquate Reformstrategie interpretiert werden. Denn durch diese Konstellation werden Reformen im Sinne von mehr Wettbewerb und Privatisierung enge Grenzen gesetzt. Dies insbesondere in Bezug auf die im politischen Sektor vielfach präferierten Optionen der Zurückdrängung von internen Solidar- zugunsten versicherungsförmiger Äquivalenzelemente, der Ausdifferenzierung des gesetzlichen Leistungskataloges in paritätisch finanzierte Basis-

²⁹⁴ So die Lesart der Europäischen Kommission (2001: 17) mit Blick auf ein grundlegendes Urteil des EuGHs (Verbundene Rechtssachen C-159/91 und C-160/91, Poucet und Pistre). Bieback (1999: 673) verzichtet in seiner Interpretation des gleichen und weiterer EuGH-Urteile auf den zweiten Aspekt und benennt stattdessen gesetzlich angeordnete Zwangsmitgliedschaft als weites Kriterium.

und private Zusatzleistungen oder der Einführung von Regelungen aus der privaten Krankenversicherung.²⁹⁵

Mit anderen Worten: mit Blick auf die rechtspolitische Dimension muss die Europäisierung der Gesundheitspolitik keineswegs ausschließlich als Bedrohung für den Solidarcharakter des deutschen Gesundheitssystems wahrgenommen werden. Aus ihr lassen sich gleichfalls zusätzliche Begründungen für seinen Erhalt ableiten. Wer also nicht das ganze Steuerungsmodell mit seinen Aushandlungs- und Vertragsbeziehungen grundsätzlich zur Disposition stellen will, muss äußerst bedacht mit der Forderung nach mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitssystem umgehen. Einmal mehr wird deutlich, dass das Hantieren mit Wettbewerbs- und Privatisierungselementen und alle Varianten eines staatlichen Interventionismus in wettbewerbspolitischer Absicht einem Spiel mit dem ordnungspolitischen Feuer gleichkommen. Im Falle einer Unterwerfung der sozialen Krankenversicherung unter die Ägide des europäischen Wettbewerbsrecht und das Regime des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs wäre es binnen kurzer Zeit um den sozialstaatlichen Charakter des Gesundheitssystem geschehen und wären weiteren Ökonomisierungsschüben Tür und Tor geöffnet. Dem kann gerade im Gesundheitswesen nur durch einen staatlichen Interventionismus in sozialpolitischer Absicht begegnet werden.

²⁹⁵ Siehe so auch Ebsen (2000) und Bieback: „Als Basis des sozialen Ausgleichs muss erhalten bleiben, dass die gesetzliche soziale Krankenversicherung sozial umverteilt, vor allem keine dem persönlichen Risiko (Alter, Vorerkrankung) adäquaten Beiträge fordert. Wird dies Element beseitigt, indem z. B sog. versicherungsfremde Leistungen abgeschafft oder eine streng risikobezogene Beitragsgestaltung (Beitragsrückerstattung, Selbstbehalte) eingeführt werden, so kann die soziale Krankenversicherung ihre Sonderstellung gegenüber der privaten Versicherung und damit ihre Sonderstellung im europäischen Recht verlieren. Die öffentlichen Träger unterstehen dem Wettbewerbsrecht der EU, wenn sie Zusatzleistungen nach dem reinen Versicherungsprinzip und gar noch in Konkurrenz zum schon etablierten Markt der Privatversicherungen anbieten.“ (1999: 675, m. w. N. in FN 57-59).

Anhang: Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Organisationsformen der Gesundheitssysteme in der EU

Abbildung 2: Finanzierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall aus Beiträgen 1998

Abbildung 3: Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 1980-2001

Abbildung 4: Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung 1980-2003

Abbildung 5: Funktionale Verflechtungen im europäischen Politikfeld Gesundheit

Abbildung 6: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung – Anteil am BIP 1960-2005

Abbildung 7: Ebenen und Schlüsselakteure im Mehrebenen-System der GKV

Abbildung 8: Typen und Instrumente staatlicher Leistungsregulierung

Abbildung 9: Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BÄK)

Abbildung 10: Arbeitsausschüsse und Richtlinien des Bundesausschusses (BÄK)

Abbildung 11: Ausstrahlung der Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses (BÄK)

Abbildung 12: Zusammensetzung und Aufgaben des Ausschusses Krankenhaus

Abbildung 13: Zusammensetzung und Aufgaben des Koordinierungsausschusses

Tabelle 1: Finanzierungssalden und Defizitquoten des Staates 1993-2002

Tabelle 2: Vermögensbestände der GKV

Tabelle 3: Beschäftigte im Gesundheitswesen

Abbildung 1: Organisationsformen der Gesundheitssysteme in der EU

EU-Mitgliedsland	Ordnungsform des Gesundheitswesens	Zuzahlungsregelung bei der Leistungsanspruchnahme	Eigentumsrecht von Einrichtungen der medizinischen Leistungserstellung
Deutschland	Sozialversicherung	Gebühren	Ambulant privat; stationär z.T. öffentlich
Niederlande	Sozialversicherung mit Grundversicherung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend privat
Österreich	Sozialversicherung	Gebühren	Ambulant überwiegend privat; stationär überwiegend öffentlich
Frankreich	Sozialversicherung	Prozentuale Zuzahlung	Ambulant privat; stationär überwiegend öffentlich
Belgien	Sozialversicherung mit Subventionierung	Prozentuale Zuzahlung	Ambulant privat; stationär z.T. öffentlich
Luxemburg	Sozialversicherung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend privat
Griechenland	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend privat
Spanien	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Keine Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Portugal	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Italien	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung, interner Markt	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Irland	Öffentlich finanzierter Gesundheitsdienst	Gebühren	Überwiegend privat
United Kingdom	Nationaler Gesundheitsdienst, interner Markt	Keine Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Schweden	Nationaler Gesundheitsdienst, interner Markt	Gebühren	Überwiegend öffentlich
Dänemark	Nationaler Gesundheitsdienst	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Finnland	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich

Quelle: DIW 2002: 163.

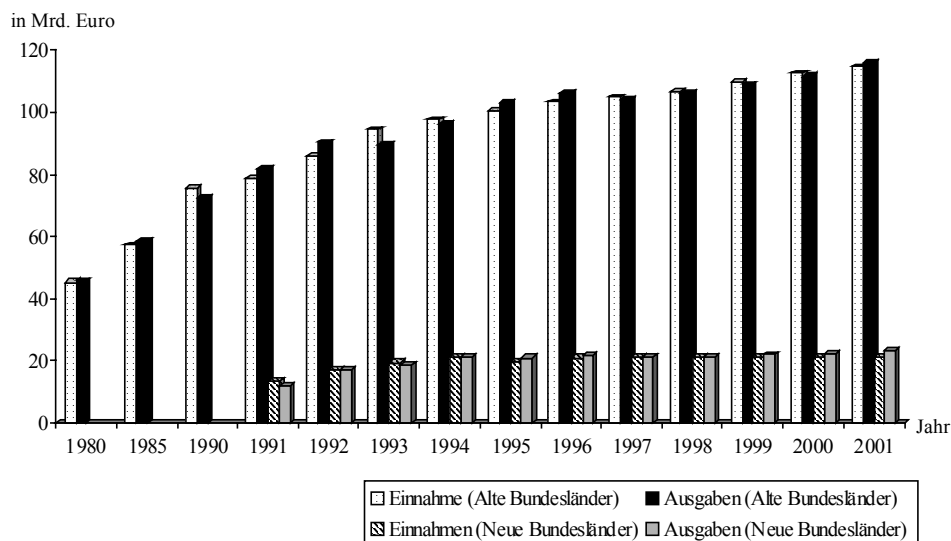
Abbildung 2: Finanzierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall aus Beiträgen
1998
(in Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens)

Nationaler Gesundheitsdienst			
Land	Arbeitnehmer	Arbeitgeber	Selbstbeteiligung
Dänemark	0	0	H/M
Griechenland	2,55	5,1	H/M
Spanien	4,7*)	23,6*)	H/M
Irland	4,5*)	12*)	K
Italien	1	12,1-14,35	H/A/M
Portugal	11*)	23,25	H/M
Großbritannien	0*/**)	0*/**)	M
Finnland	1,5-1,95	1,6-2,85	A/H/K/M
Schweden	3,95	7,93	A/H/K/M
Gesetzliche Krankenversicherung			
Mit Sachleistungsprinzip			
Österreich	3,4-3,95	3,4-3,95	A/H/K/M
Deutschland	6,75	6,75	K/M
Niederlande	11,8	6,95	A/H
Mit Kostenerstattungsprinzip in einzelnen Leistungsbereichen			
Belgien	13,07*)	24,87*)	A/K/M
Frankreich	0,75	12,8	A/H/K/M
Luxemburg	5,5	5,5	A/K/M

*) Globalbeitrag für alle Zweige der Sozialen Sicherung
 **) Für höhere Einkommen 2-10 bzw. 3-10,2Prozent
 A: Arzt, H: Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte etc.), K: Krankenhaus, M: Medikamente

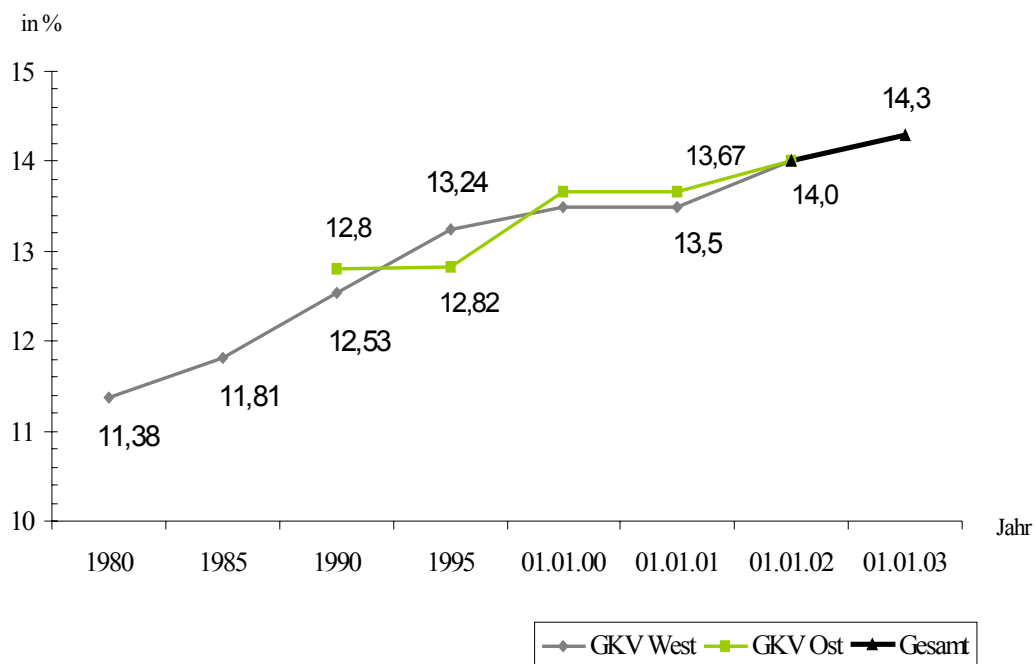
Quelle: DIW 2002:167

Abbildung 3: Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen
Krankenversicherung
(1980 – 2001)



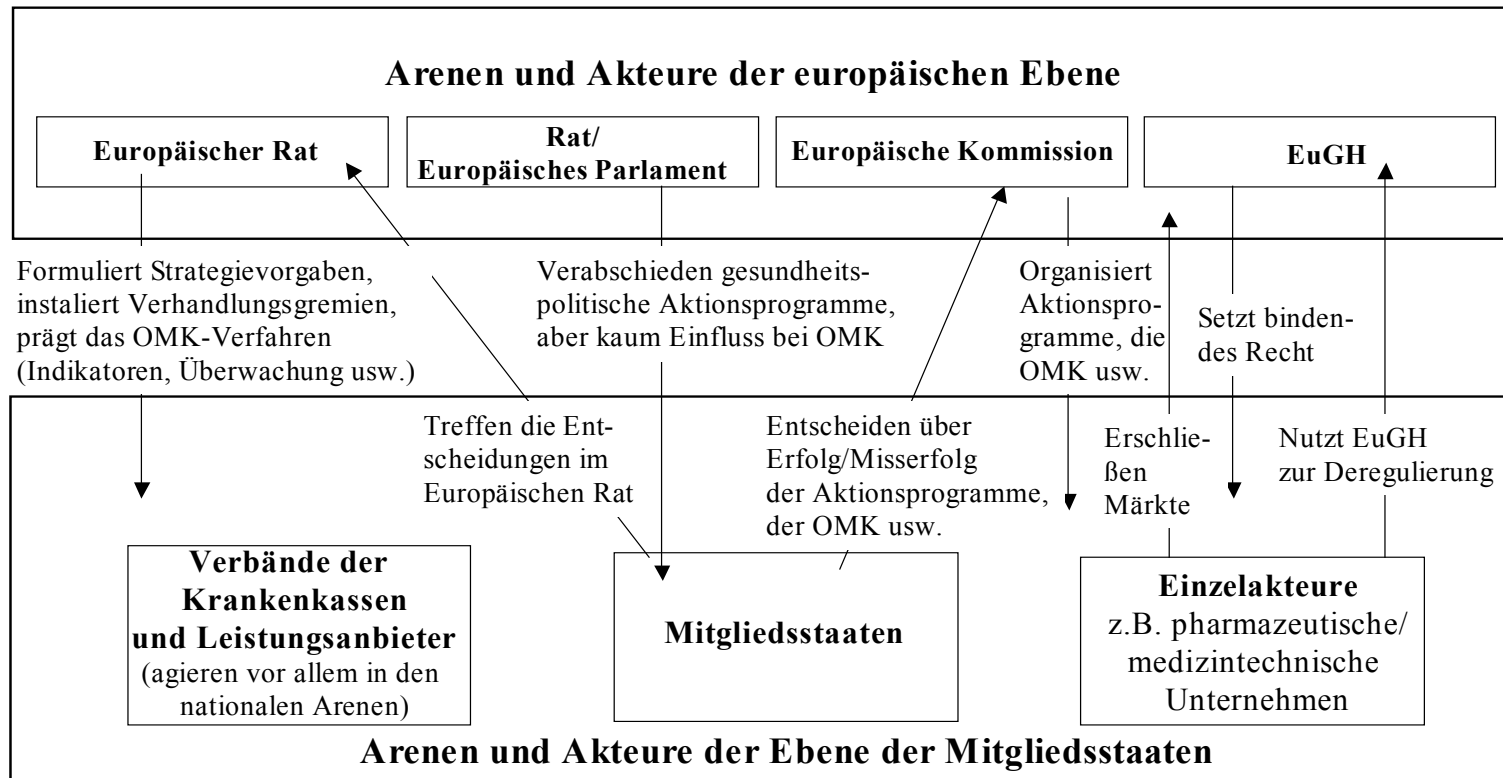
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; eigene Darstellung

Abbildung 4: Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung
1980 bis 2003



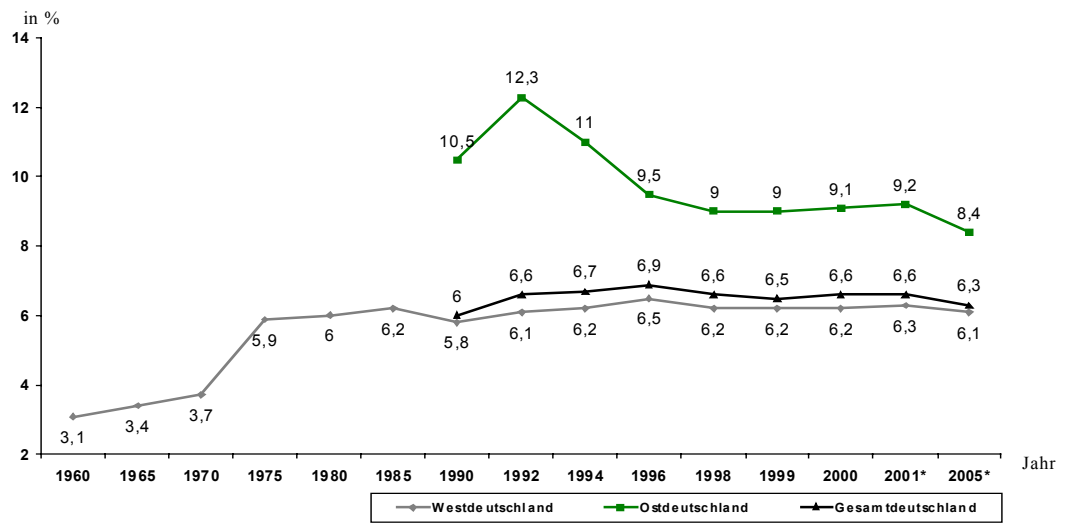
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Abbildung 5: Funktionale Verflechtungen im europäischen Politikfeld Gesundheit



Quelle: eigene Darstellung

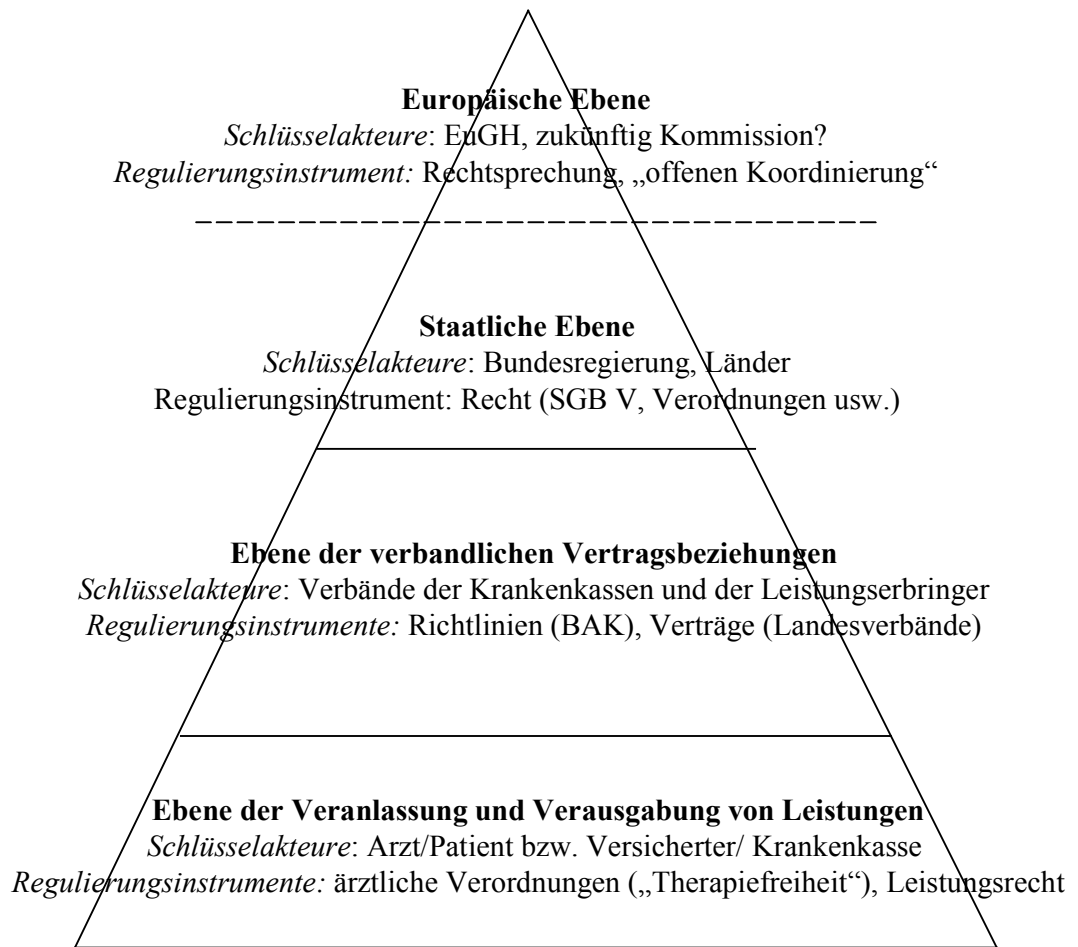
Abbildung 6: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung
(Anteil am Bruttoinlandsprodukt 1960 – 2005 in v.H.)



*geschätzt

Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit; eigene Darstellung

Abbildung 7: Ebenen und Schlüsselakteure im Mehrebenen-System der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: eigenen Darstellung

Abbildung 8: Typen und Instrumente staatlicher Leistungsregulierung*(nach SGB V)***Anspruchsregulierung:**

Gewährung / Beschränkung direkter Leistungsansprüche (z.B. §§ 16,17,18, 22-23, 24a-b, 29-33, 34, 37-38, 44-51 usw.)

Verfügung von - Befreiung von Zuzahlungen (§§ 23, 31, 32, 39, 40, 62a, 310)

Prozessregulierung:

Allgemeine Vorschriften und Grundsätze:

- „Beitragssatzstabilität“ (§§ 71, 141);
- „Wirtschaftlichkeit“ (§§ 2, 12, 70);
- „Qualität/Wirksamkeit“ (§§ 2, 70)

Stärkung/Schwächung von Kompetenzen/Verhandlungsmacht von Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer:

- direkt: durch Vertragsrecht
 - o Allgemeine Grundsätze (§ 69-70)
 - o Ermöglichung von „Modellvorhaben“ (§§63-65)
 - o Erteilung von „Sicherstellungsaufträge“ (§§ 72-73, 75)
- direkt: über Prüfungsrechte
 - o „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ (§106)
- indirekt: über Gremienkompetenzen
 - o „Schiedsamt“ (§ 89)
 - o „Landes- und Bundesausschüsse“ (§§ 90-94, 99-105)
 - o „Zulassungs- und Berufungsausschüsse“ (§§ 96-98)
 - o „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ – „Sachverständigenrat“ (§§141-142)

Interventionsrechte des Staates:

- Aufsichtsrechte des Staates (über die Verbände §§ 78, 208, 214, 274; über Landes- und Bundesausschüsse (§§ 90-91)
- Erlass von Verordnungen („Zulassungsverordnung“ § 98)
- Ersatzvornahmrechte (§ 94)
- Genehmigungsvorbehalte (§ 71)

Ressourcenregulierung:

Finanzsteuerung über:

- Budgets (§§ 71, 84 u.a.)
- Richtgrößen (§§ 84, u.a.)
- Festbeträge (§§ 35, u.a.)
- Regelungen zur Aufbringung, Bemessung und Zahlung der Beiträge (§§ 220-258)
- Finanz- und Risikostrukturausgleich (§§ 265-273)

Quelle: Stand: SGB V, Stand: 2001; eigene Darstellung

Abbildung 9: Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

(nach: § 91 Abs. 2 SGB V)

Mitglieder

Unparteiischer Vorsitzender	
Zwei unparteiische Mitglieder	
<i>Vertreter der Krankenkassen</i>	<i>Vertreter der Ärzte</i>
Ortskrankenkassen.....3	Vertreter der Ärzte ⁽²⁾ 9
Ersatzkassen ¹⁾2	
Betriebskrankenkassen.....1	
Innungskrankenkassen.....1	
Landwirtschaftliche Krankenkassen.....1	
Knappschaftliche Krankenversicherung.....1	

- (1) Soweit sich die Richtlinien auf die psychotherapeutische Versorgung entspr. § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.1) beziehen, ist ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen.
- (2) Soweit sich die Richtlinien auf die psychotherapeutische Versorgung entspr. § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.1) beziehen, sind fünf psychotherapeutisch tätige Ärzte und fünf Psychotherapeuten zu benennen

Quelle: SGB V, Stand: 2001; eigene Darstellung

Abbildung 10: Arbeitsausschüsse und Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BÄK)

Ausschuss	Richtlinien
„Prävention“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ - „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ - „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ - „Kinder-Richtlinie“
„Familienplanung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Mutterschafts-Richtlinie“ - „Richtlinie zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch“ - „Richtlinie zur künstlichen Befruchtung“
„Ärztliche Behandlung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“
- „Psychotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> - „Psychotherapie-Richtlinie“
- „Arzneimittel“	<ul style="list-style-type: none"> - „Arzneimittel-Richtlinie“
<ul style="list-style-type: none"> - „Heil- und Hilfsmittel - Häusliche Krankenpflege - Rehabilitation - Arbeitsunfähigkeit“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie“ - „Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“ - (keine Richtlinie in Kraft) - „Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“
- „Krankenhaus“	<ul style="list-style-type: none"> - „Krankenhauspflege-Richtlinie“ - „Krankentransport-Richtlinie“
- „Qualitätsbeurteilung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik“ - „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie“
- „Bedarfsplanung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Bedarfsplanungs-Richtlinie – Ärzte“
- „Soziotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> - (keine Richtlinie in Kraft)

Quelle: KBV, Stand: März 2000, eigene Darstellung.

Abbildung 11: Ausstrahlung der Richtlinien – Kompetenzen des Bundessausschusses (BÄK)

Bereich der Gesundheitsversorgung	Richtlinie	Rechtsgrundlage
Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Bewertung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen	„BUB-Richtlinie“	§ 135 (1) i. V. m. § 92 (1)
Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten	„Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ „Kinder-Richtlinie“	§ 26 (2) i. V. m. § 92 (1) u. (4) § 25 (4) i. V. m. § 92 (1) u. (4) § 25 (4) i. V. m. § 92 (1) u. (4) § 26 (2) i. V. m. § 92 (1) u. (4)
Ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft	„Mutterschafts-Richtlinie“	§ 92 (1) i. V. m. § 196 RVO. bzw. 23 KVLG 1972
Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie	„Arzneimittel-Richtlinie/ AMR“ „Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie“ „Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ „Psychotherapie-Richtlinie“ „Krankenhauspflege-Richtlinie“	§ 92 (1) § 92 (1) i. V. m. § 138 § 92 (1) u. (7) § 92 (6a) § 92 (1)
Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit	„Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“	§ 92 (1)
Einzelfälle medizinischer Leistungen und Leistungen zur Rehabilitation	(keine Richtlinie in Kraft)	§ 92 (1)
Bedarfsplanung	„Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte“	§§ 92, 99, 101, 103, 104, 73, 311, u. §§ 12, 16, Ärzte-ZV16b,
Krankenfahrten und Krankentransportleistungen	„Krankentransport-Richtlinie“	§ 92 (1)
Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft	„Richtlinie über künstliche Befruchtung“	§ 27a (4) i. V. m. § 92 (1)
Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, zum Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation	„Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“	§ 92 (1) i. V. m. §§ 24a u. 24b
Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis	„Angestellten-Ärzte-Richtlinie“	§ 95 (9) i.V.m. § 101(1)
Maßnahmen der Qualitätssicherung	„Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik“ „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie“	§ 136 i.V.m. § 92 (1)
Kriterien für therapeutische und diagnostische , insbesondere für aufwendige medizintechnische Leistungen	(keine Richtlinie in Kraft)	§ 136a i. V. m. § 92 (1)
Verordnungen zur Soziotherapie	(keine Richtlinie in Kraft)	§ 92 (1) i. V. m. 37a (2)

Quelle: eigene Darstellung; Stand: März 2001

Abbildung 12: Zusammensetzung und Aufgaben der Ausschuss Krankenhaus*(nach: § 137c Abs. 2 SGB V)***Mitglieder**

Vertreter der Krankenkassen	Vertreter der Leistungsanbieter
Ortskrankenkassen.....3	Krankenhäuser.....5
Ersatzkassen.....2	Bundesärztekammer.....4
Betriebkrankenkassen.....1	
Innungskrankenkassen.....1	
Landwirtschaftliche Krankenkassen.....1	
Knappschaftliche Krankenversicherung.....1	
Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	

Aufgaben:*(nach: § 137c Abs. 1 SGB V)*

- | |
|---|
| 1. Überprüfung neuer und angewandter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Krankenhausbehandlung |
| 2. Abstimmung des Arbeitsplanes und der Bewertungsergebnisse mit den Bundesausschüssen |

Quelle: SGB V, Stand: 2001; eigene Darstellung

Abbildung 13: Aufgaben und Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses

(nach: § 137e Abs. 2 SGB V)

Mitglieder

Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse	
Vorsitzender des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen	
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus	
<i>Vertreter der Krankenkassen</i>	<i>Vertreter der Leistungserbringer</i>
Ortskrankenkassen.....3	Kassenärztliche Bundesvereinigung.....3
Ersatzkassen..... 2	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ⁽¹⁾2
Betriebskrankenkassen.....1	Deutsche Krankenhausgesellschaft.....3
Innungskrankenkassen.....1	Bundesärztekammer.....1
Landwirtschaftliche Krankenkassen.....1	
Knappschaftliche Krankenversicherung.....1	

Aufgaben

(nach: § 137e Abs. 3 u. 4 SGB V)

1. Gemeinsame Geschäftsführung der Bundesausschüsse
2. Erarbeitung von Kriterien für die Leistungserbringung für mindest. 10 Krankheiten p.a.
3. Abgabe von Empfehlungen zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien notwendigen Verfahren, insbesondere in sektorenübergreifenden Angelegenheiten ⁽²⁾

(1) Bei Beschlüssen nach § 137e Abs. 3 SGBV werden sie durch zwei Vertreter der KBV ersetzt.

(2) Bei Empfehlungen in sektorenübergreifenden Angelegenheiten wirken nur die Vertreter der betroffenen Organisationen mit.

Quelle: SGB V, Stand: 2001; eigene Darstellung

Tabelle 1: Finanzierungssalden und Defizitquoten des Staates^{1.)}
1993 - 2002

Jahr	Staat - insgesamt -		Gebiets- körperschaften		Sozialver- sicherungen		Gesetzliche Kranken- und Pflege- versicherung ^{3.)}		nachrichtl. Bruttoinlands- produkt (BIP)
	Finan- zierungs saldo in Mrd. €	in Prozent des BIP	Finan- zierungs saldo in Mrd. €	in Prozent des BIP	Finan- zierungs saldo in Mrd. €	in Prozent des BIP	Finan- zierungs saldo in Mrd. €	in Prozent des BIP	in Mrd. €
2002 ^{2.)}	-77,0	-3,7	-73,4	-3,5	-3,6 (-5bis-6) ^{4.)}	-0,2	-	-	-
2001	-57,5	-2,8	-54,9	-2,7	-2,6	-0,1	-2,45/0,10	-0,12/0,01	2.071,2
2000	22,8	1,1	23,8	1,2	-1,0	-0,1	-1,97/-0,15	-0,10/-0,01	2.030,0
1999	-29,7	-1,5	-34,9	-1,8	5,2	0,3	0,08/0,05	0,01/0	1.978,6
1998	-42,8	-2,2	-45,5	-2,4	2,7	0,1	0,68/0,19	0,04/0,01	1.929,4
1997	-51,0	-2,7	-52,1	-2,8	1,1	0,1	0,88/0,77	0,05/0,04	1.871,6
1996	-62,7	-3,4	-56,1	-3,3	-6,6	-0,4	-4,64/1,57	-0,25/0,09	1.833,7
1995	-179,5	-10,0	-171,9	-9,5	-7,6	-0,4	-4,40/2,5	-0,24/0,14	1.801,3
1994	-41,7	-2,4	-43,6	-2,5	1,9	0,1	1,02	0,06	1.735,5
1993	-51,5	-3,1	-54,5	-3,3	3,1	0,2	5,29	0,32	1.654,2

1.) in der Abgrenzung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung

2.) Schätzungen des SRW 2002: Tab. 31

3.) ab 1995 inclusive gesetzliche Pflegeversicherung

4.) in Klammern: aktualisierte Schätzung des BMF im Dezember 2002.

Quelle: Statistisches Bundesamt; SRW 2002; BMF 2002; eigene Berechnungen.

<i>Tabelle 2: Vermögensbestände der GKV - in DM -</i>			
<i>Jahr</i>	<i>Vermögen am 1.Januar</i>	<i>Vermögen am 31.Dez.</i>	<i>Jahres-Saldo</i>
1995	28.326.292.434	21.290.438.979	-7.035.853.455
1996	21.132.598.136	14.495.300.174	-6.637.297.962
1997	14.506.232.576	15.733.562.575	1.227.329.999
1998	15.721.617.247	16.649.344.494	927.727.247
1999	16.677.995.786	15.812.700.425	-865.295.361
2000	15.787.715.871	15.787.463.174	-252.697
2001	15.761.811.062	10.714.131.256	-5.047.679.806

Quelle: Jahresstatistik KJ 1; Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

Tabelle 3: Beschäftigte im Gesundheitswesen

Jahr	Anzahl der Beschäftigten (in 1000)							
	A	B	D	DK	F	NL	S	UK
1993		377		427	2.071	884		2.607
1994		389		396	2.156	906		2.662
1995	270	381	3.070	433	2.237	916	843	2.729
1996	277	400	3.277	440	2.279	917	802	2.824
1997	282	416	3.280	446	2.324	968	768	2.904
1998	291	417	3.389	456	2.355	987	756	2.938
	Anteil an den Beschäftigten insgesamt in Prozent							
1993		20,1		16,6	9,5	13,3		10,2
1994		10,4		15,6	9,9	13,5		10,4
1995	7,3	10,0	8,6	16,6	10,1	13,5	20,4	10,5
1996	7,7	10,6	9,2	16,8	10,3	13,2	20,1	10,8
1997	7,8	10,8	9,3	16,7	10,5	13,5	19,6	10,9
1998	8,0	10,8	9,5	17,0	10,5	13,3	19,2	10,9

Quelle: DIW 2002: 171
nach Eurostat

Literaturverzeichnis

- Abholz, Heinz-Harald (1990), Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des „Gesundheitsreformgesetzes“, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 15, S. 7-25.
- Abholz, Heinz-Harald (1998), Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) – der verkannte Sprengsatz für GKV und ärztliche Profession, in: Arbeit und Sozialpolitik, H 3-4, S. 42-45.
- Abholz, Heinz-Harald/Schmacke, Norbert (2000), Ist mehr Rationalität mittels „bestvorliegender Evidenz“ ausreichend für die Gestaltung vertragsärztlicher Versorgung?, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 5-6, S. 10-15.
- Aglietta, Michel (1979), A Theory of Capitalist Regulation. The US Experience. London.
- Aglietta, Michel (2000), Ein neues Akkumulationsregime. Die Regulationstheorie auf dem Prüfstand. Hamburg.
- Alber, Jens (1989), Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive, in: Journal für Sozialforschung, H. 3, S. 259-284.
- Alber, Jens (1992), Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a. M., New York.
- Alber, Jens (2000), Der deutsche Sozialstaat in der Ära Kohl: Diagnosen und Daten, in: Leibfried/Wagschal (Hrsg.), S. 235-275.
- Alber, Jens (2001), Die Debatte um das rechte Verhältnis von Arbeitsmarkt und Sozialstaat. Eine Einführung, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 4, S. 1-17.
- Alber, Jens (2002), Modernisierung als Peripetie des Sozialstaats, in: Berliner Journal für Soziologie, H.1, S.5-35.
- Alber, Jens/Bernadi-Schenkluhn, Brigitte (1992), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt a. M., New York.
- Albert, Michel (2001), Kapitalismus contra Kapitalismus. Zehn Jahre danach, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 12, S. 1451-1462.
- Altwater, Elmar (1983), Bruch und Formationswandel eines Entwicklungsmodells, in: Hoffmann, Jürgen (Hrsg.), Überproduktion, Unterkonsumtion, Depression. Analysen und Kontroversen zur Krisentheorie. Hamburg.
- Altwater, Elmar/Mahnkopf, Birgit (1996), Grenzen der Globalisierung. Ökonomie, Ökologie und Politik in der Weltgesellschaft. Münster.
- Altwater, Elmar/Mahnkopf, Birgitt (2002), Globalisierung der Unsicherheit. Arbeit im Schatten, schmutziges Geld und informelle Politik. Münster.
- Amelung, Volker/Glied, Sherry/Topan, Angelika (2001), Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über den Arbeitsmarkt - das Ende einer Erfolgsstory?, in: Sozialer Fortschritt, H. 11, S. 280-288.
- Andreas, Manfred (1975), Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Bonn – Bad Godesberg.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Januar (vervielfältigtes Manuskript)

- Atkinson, Tony (1999), *The Economic Consequences of Rolling back the Welfare State*. (Munich Lectures of Economics). o.O.
- Aust, Andreas (2000), *Die Europäische Beschäftigungs- und Sozialpolitik nach dem Gipfel von Amsterdam. Versuch einer ersten Bilanz*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, H. 1, S. 13-38.
- Aust, Andreas/Leitner, Sigrid/Lessenich, Stephan (2002), *Konjunktur und Krise des Europäischen Sozialmodells. Ein Beitrag zur politischen Präexplorationsdiagnostik*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, H. 2, S. 272-301.
- Bandelow, Nils C. (1998): *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen*, Opladen.
- Bandelow, Nils C. (2002), *Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar? Problemstrukturen und Problemlösungen*, in: *Gesellschaft-Wirtschaft-Politik*, H. 1, S. 109-131.
- Bäcker, Gerhard/Bispinck, Reinhard/Hofemann, Klaus/Naegele, Gerhard (2000). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. Bd. 2. Wiesbaden.
- Bandemer, Stephan von (1998), *Benchmarking*, in: B. Blanke u.a., Hrsg.), *Handbuch zur Verwaltungsreform*. Opladen. S. 362-369.
- Beck, Ulrich (2002), *Macht und Gegenmacht im globalen Zeitalter. Neue weltpolitische Ökonomie*. Frankfurt a. M.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang (Hrsg.) (2001), *Die Modernisierung der Moderne*. Frankfurt a. M.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang/Lau, Christoph (2001), *Theorie reflexiver Modernisierung. Fragestellungen, Hypothesen, Forschungsprogramme*, in: Beck/Bonß (Hrsg.), S. 11-59.
- Beck, Ulrich/Giddens, Anthony/Lash, Scott (1996), *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt/M.
- Beck, Ulrich/Holzer, Boris/Kieserling, André? (2001), *Nebenfolgen als Problem soziologischer Theoriebildung*, in: Beck/Bonß (Hrsg.), S. 63- 81.
- Beckmann, Martin (2002), *Shareholder-Ökonomie und die Reform der Alterssicherungssysteme in der Europäischen Union*. Studien der Forschungsgruppe Europäische Gemeinschaft (FEG), Band 17, Marburg.
- Behnsen, Erika (1999), *Die Definitionsmacht des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen*, in: *Die Krankenversicherung*, H. 9, S. 264-269.
- Benz, Arthur/Scharpf, Fritz. W./Zintl, Reinhard (1992), *Horizontale Politikverflechtung. Zur Theorie von Verhandlungssystemen*. Frankfurt a. M., New York.
- Benz, Arthur (1992), *Mehrebenen-Verflechtung: Verhandlungsprozesse in verbundenen Entscheidungsarenen*, in: Benz/Scharpf/Zintl, S. 148- 200.
- Benz, Arthur (1998), *Politikverflechtung ohne Politikverflechtungsfälle. Koordination und Strukturpolitik im europäischen Mehrebenensystem*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, H. 3, S. 558-589.
- Benz, Arthur (2003), *Konstruktive Vetospieler in Mehrebenensystemen*, in: Mayntz/Streck (Hrsg.), S. 205- 236.
- Berg, Helmut (1986), *Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977- 1984*. Bonn.

- Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der SPD und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN für ein „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz) (1999a), in: Bundestags - Drucksache 14/157.
- Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ (GKV-Gesundheitsreform - Gesetz 2000) (1999b), in: Bundestags – Drucksache 14/1977.
- Beske, Fritz (2001), Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Kieler Konzept. Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Berlin.
- von Beyme, Klaus (1991), Theorie der Politik im 20. Jahrhundert. Von der Moderne zur Postmoderne. Frankfurt, a. M.
- von Beyme, Klaus/Schmidt, Manfred G. (Hrsg.) (1990), Politik in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen.
- Bieback, Karl-Jürgen (1999), Rechtliche und politische Dimensionen der EU-Gesundheitspolitik und des Zugangs der Bürger zu Gesundheitsleistungen, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 8, S. 663-692.
- Bieback, Karl-Jürgen (2001), Die Stellung der Sozialleistungserbringer im Marktrecht der EG, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Bd. 49, S. 1-39.
- Bieling, Hans-Jürgen/Deppe, Frank (1999), Europäische Integration und industrielle Beziehungen – Zur Kritik des Konzeptes des „Wettbewerbskorporatismus“, in: Schmitthenner/Urban, S. 275-300.
- Bieling, Hans-Jürgen/Schulten, Thorsten (2002), Reorganisation der industriellen Beziehungen im europäischen Mehrebenensystem, in: Industrielle Beziehungen, H. 3, S. 245-273.
- Bieling, Hans-Jürgen/Steinilber, Jochen (Hrsg.) (2000), Die Konfiguration Europas. Dimensionen einer kritischen Integrationstheorie. Münster.
- Bieling, Hans-Jürgen/Deppe, Frank (2001), Die neue europäische Ökonomie und die Transformation von Staatlichkeit, (Manuskript). Marburg.
- Bieling, Hans-Jürgen/Dörre, Klaus/Steinilber, Jochen/Urban; Hans-Jürgen (Hrsg.) (2001), Flexibler Kapitalismus. Analysen, Kritik und politische Praxis. Frank Deppe zum 60. Geburtstag. Hamburg.
- Bieling, Hans-Jürgen/Steinilber, Jochen (2002), Finanzmarktintegration und Corporate Governance in der Europäischen Union, in: Zeitschrift für internationale Beziehungen, H.1, S. 39-74.
- Blanke, Bernhard/Kania, Helga (1996): Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen, in: Leviathan, 24. Jg., H. 4, S. 512-538.
- Bolkestein, Frits (2002), Die Europäische Union und ihre Ambitionen. Plädoyer für ein mittelatlantisches Wirtschaftsmodell, in: Neue Züricher Zeitung, vom 9. November.
- Borchert, Günter (1999), Sicherung der Verbindlichkeit untergesetzlicher Normen im Krankenversicherungsrecht, in: Die Krankenversicherung, H. 9, S. 273-275.
- Borchert, Jens (1995), Die konservative Transformation des Wohlfahrtsstaates. Großbritannien, Kanada, die USA und Deutschland im Vergleich. Frankfurt, a. M., New York.

- Borchert, Jens (1998), Ausgetretene Pfade? Zur Statik und Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regime, in: Lessenich/Ostner (Hrsg.), S. 137-176.
- Boyer, Robert (2000), Is a Finance-led growth Regime a viable Alternative to Fordism? A preliminary Analysis, in: *Economy and Society*, H.1, S. 111-145.
- Brandt, Klaus (2002), Versuchslabor für Gesundheitssysteme. EU-Staaten im Vergleich, in: *Die BKK*, H. 12, S. 543-550.
- Braun, Bernard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut (1998), Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt a. M.
- Briet, Raoul (2002), Die „offene Koordinierung“ im Bereich der Alterssicherung, in: Verband Deutsche Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/Max-Planck-Institut für internationales und ausländisches Sozialrecht (Hrsg.), S. 21-26.
- Buchholz, Wolfgang (2001), Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative, in: *Schmollers Jahrbuch* 121, S. 83-104.
- Buchner, Florian/Wasem, Jürgen (2000), Wettbewerb zwischen Krankenversicherungsträgern als Steuerungsinstrument der Gesundheitsversorgung. Eine internationale Perspektive, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, H. 4, S. 353-363.
- Bundesministerium der Finanzen (BMF 2002), Deutsches Stabilitätsprogramm. Aktualisierung Dezember 2002. Berlin. (<http://www.bundesfinanzministerium.de>).
- Busch, Klaus (1998), Das Korridormodell: ein Konzept zur Weiterentwicklung der EU-Sozialpolitik, in: *Internationale Politik und Gesellschaft*, H. 2, S. 147-156.
- Busse, Reinhard (2002), Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen. Hintergründe, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme, in: *G+G-Wissenschaft*, H.2, S. 7-14.
- Busse, Reinhard/Schwarz, Friedrich Wilhelm (1997), Herausforderungen an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, H. 11-12, S. 51-57.
- Busse, Reinhard/Wismar, Matthias/Berman, Philip C. (Eds.) (2002): *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam.
- Candeias, Mario/Deppe, Frank (Hrsg.) (2001), *Ein neuer Kapitalismus? Akkumulationsregime, Shareholder Society, Neoliberalismus und Neue Sozialdemokratie*. Hamburg.
- Cassel, Dieter u. a. (2001), *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht*. (o.O.) Berlin u.a.
- Cattero, Bruno (Hrsg.) (1998), *Modell Deutschland - Modell Europa. Probleme, Perspektiven*. Opladen.
- Cowles, Maria Green/Caporaso, James/Risse, Thomas (Hrsg.) (2001), *Transforming Europe. Europeanization and Domestic Chance*. Ithaca and London.
- Cowles, Maria Green/Risse, Thomas (2001), *Transforming Europe. Europe: Conclusions*, in: Cowles/Caporaso/ Risse, S. 217-237.

- Cox, Robert H. (2001), The social Construction of an Imperative. Why Welfare Reforms happened in Denmark and the Netherlands but not in Germany, in: World Politics, April, S. 463-498.
- Crouch, Colin (2003), Institutions Within With Real Actors Innovate, in: Mayntz/Streeck (Hrsg.), S. 71-98.
- Czada, Roland (1994), Konjunkturen des Korporatismus: Zur Geschichte eines Paradigmenwechsels in der Verbändeforschung, in: Streeck (Hrsg.), S. 37-64.
- Czada, Roland (2003), Der Begriff der Verhandlungsdemokratie und die vergleichende Policy-Forschung, in: Mayntz/Streeck (Hrsg.), S. 173-204.
- Deppe, Frank (2000), Die neue Sozialpartnerschaft. Wettbewerbskorporatismus als neue „Friedensformel“, in: Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.), Beschäftigungsbündnis oder Standortpakt? Das „Bündnis für Arbeit“ auf dem Prüfstand. Hamburg, S. 47-68.
- Deppe, Hans-Ulrich (2000), Die soziale Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt a M.
- Deppe, Hans-Ulrich (2002), Mehr Markt und Wettbewerb? Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung, in: Gellner/Schön (Hrsg.), S. 153-160.
- Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW), (unter Mitarbeit von IGES Berlin) (2002), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, In: Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12. 2001 in Berlin (= Band 145, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit), Baden-Baden , S. 67-234
- Döhler, Marian (1990), Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und Deutschland. Berlin.
- Döhler, Marian (1993), Ordnungspolitische Ideen und sozialpolitische Institutionen, in: Czada, Roland/Schmidt, Manfred G. (Hrsg.), Verhandlungsdemokratie, Interessenvermittlung, Regierbarkeit. Festschrift für Gerhard Lehmsbruch. Opladen, S. 123-141.
- Döhler, Marian (1997), Die Regulierung von Professionsgrenzen. Frankfurt.
- Döhler, Marian (2002), Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: Gellner/Schön (Hrsg.), S. 25-40.
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt Philip (1992a), Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung, in: Politische Vierteljahresschrift , H. 4, S. 571-596.
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992b), Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, H. 3, S. 64-106.
- Döhler, Marian/Manow, Philip (1995), Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Mayntz./Scharpf (Hrsg.), S. 140-168.
- Döhler, Marian/Manow, Philip (1997), Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen.

- Dörre, Klaus/Röttger, Bernd (Hrsg.), Das neue Marktregime. Konturen eines nachfordistischen Produktionsmodells. Hamburg.
- Dostal, Werner/Kupka, Peter (Hrsg.) (2001), Globalisierung, veränderte Arbeitsorganisation und Berufswandel. Nürnberg.
- Dreßler, Rudolf (1997), Legitimationsbasis der Partner klafft weit auseinander, in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16, S. 7-9.
- Eberle, Gudrun (1998), Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand, in: Sozialer Fortschritt, H.3, S. 53-58.
- Ebsen, Ingwer (2000), Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrechts? Probleme materialrechtlicher und kompetenzrechtlicher Koordinierung, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 4, S. 298-314.
- Ebsen, Ingwer/Greß, Stefan/Jacobs, Klaus/Szecsényi, Joachim/Wasem, Jürgen (2003), Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht. März. (Manuskript).
- Eckardt, Martina (2002), Die Methode der offenen Koordinierung. Konsequenzen für die Alterssicherung(spolitik) in der Europäischen Union, in: Sozialer Fortschritt, H. 7-8, S. 197-203.
- Eichenhofer, Eberhard (2001), Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung und Gemeinschaftsrecht, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. S. 1-8 und H. 2, S. 76-84.
- Engelmann, Klaus (2000a), Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 1, S.1-8 und H.2, S. 76-84.
- Engelmann, Klaus (2000b), Sozialrechtsweg in Streitigkeiten zwischen Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringern bei wettbewerbs- und kartellrechtlichem Bezug, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H.5, S. 213-268.
- Enquete-Kommission (1990), Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Endbericht. Bd.2. Bonn.
- Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) (GRG-Entwurf) (1988), in: Bundestags-Drucksache 11/2237.
- Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) (GSG-Entwurf) (1992), in: Bundestags-Drucksache 12/3608.
- Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2.GKV-NOG) (2.GKV-NOG-Entwurf 1996) in: Bundestagsdrucksache 13/6087.
- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform-Gesetz 2000) (GKV-Gesundheitsreform 2000), in: Bundestagsdrucksache 14/1245.
- Esping-Anderson, Göran (1985), Politics against Markets. The Social Democratic Road to Power. Princeton.
- Esping-Andersen, Göran (1990), The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge.

- Esser, Josef (1999), Der kooperative Nationalstaat im Zeitalter der „Globalisierung“, in: Döring, Dieter (Hrsg.), Sozialstaat in der Globalisierung, Frankfurt a.M., S. 117-144.
- Europa-AG der Spitzenverbände der Krankenkassen (Europa-AG 2000), Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen. Herausforderung Europa annehmen und gestalten. Manuskript, o.O..
- Europäische Kommission (1998), Die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Brüssel, KOM (1998) 230 endg.
- Europäische Kommission (1999), Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes, Brüssel, KOM (1999) 347 endg.
- Europäische Kommission (2000a), Soziale Sicherheit in Europa 1999, Brüssel, KOM(2000) 163 endg.
- Europäische Kommission (2000b), Sozialpolitische Agenda, Brüssel, KOM (2000) 379 endg.
- Europäische Kommission (2000c), Die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Union, Brüssel, KOM (2000) 285 endg.
- Europäische Kommission (2001a), Europäisches Regieren. Ein Weißbuch, Brüssel KOM (2001) 428 endg.
- Europäische Kommission (2001b), Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern, Brüssel. KOM (2001) 723 endg.
- Europäische Kommission (2002a), Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: die neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006, Brüssel. KOM (2002) 118 endg.
- Europäische Kommission (2002b), Der europäische soziale Dialog. Determinante für Modernisierung und Wandel. Brüssel, KOM (2002) 341 endg.
- Europäische Zentralbank (1999), Monatsbericht Mai. Frankfurt. a. M.
- Europäischer Rat (2000), Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Europäischer Rat vom 23. und 24. März 2000, Lissabon.
- Europäischer Rat (2001), Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Europäischer Rat vom 16. und 17. Juni 2001, Göteborg.
- Europäischer Rat (2002), Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Europäischer Rat vom 15. und 16. März, Barcelona.
- Fach, Wolfgang (1997), Die Sehnen der Macht. Die Physiognomik des „schlanken Staates“, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 2, S. 222-231.
- Falkner, Gerda (1998), EU Social Policy in the 1990s: Towards a corporatist policy community. London, New York.
- Falkner, Gerda (2000), EG-Sozialpolitik nach Verflechtungsfalle und Entscheidungslücke: Bewertungsmaßstäbe und Entwicklungstrends, in: Politische Vierteljahresschrift, H. 2, S. 279-301.
- Feick, Jürgen (2000), Marktzugangsregulierung: Nationale Regulierung, europäische Integration und internationale Harmonisierung in der Arzneimittelzulassung, in: Czada, Roland/Lütz, Suanne (Hrsg.), Die politische Konstitution von Märkten. Wiesbaden, S. 228-249.

- Ferrera, Maurizio/Rhodes, Martin (2003), Zum Aufbau eines tragfähigen Wohlfahrtsstaats, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 1, S. 64-85.
- Freeman, Richard (2000), The Politics of Health in Europe. Manchester.
- Freeman, Richard/Moran, Michael (2000), Reforming Health Care in Europe, in: West European Politics, H. 2, S. 35-58.
- Freudenberg, Ulrich (1995), Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur rechtlichen Relevanz einer politischen Zielvorgabe. Baden-Baden.
- Gellner, Winand/Schön, Markus (Hrsg.) (2002), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Baden-Baden.
- Gerhards, Jürgen (2000), Europäisierung von Ökonomie und Politik und die Trägheit der Entstehung einer europäischen Öffentlichkeit, in: Bach, Maurizio (Hrsg.), Die Europäisierung nationaler Gesellschaften. (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 40). Wiesbaden, S. 277-305.
- Gerlinger, Thomas (1997), Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Neugestaltung der kassenärztlichen Vergütung zwischen Gesundheitsstrukturgesetz und „dritter Stufe“ der Gesundheitsreform. Frankfurt, a. M.
- Gerlinger, Thomas (2000), Arbeitsschutz und europäische Integration. Europäische Arbeitsschutzrichtlinien und nationalstaatliche Arbeitsschutzpolitik in Großbritannien und Deutschland. Opladen.
- Gerlinger, Thomas (2002a), Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204). Berlin.
- Gerlinger, Thomas (2002b), Rot-Grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-205). Berlin.
- Gerlinger, Thomas/Lehnert, Uwe/Stegmüller, Klaus (2002), Kontroversen um den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen, in: Deppe/Burkhardt, S. 87-103.
- Giddens, Anthony (1997), Jenseits von Links und Rechts. Die Zukunft radikaler Demokratie. Frankfurt, a. M.
- Giddens, Anthony (1999), Der Dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt, a. M.
- Glaeske, Gerd, u. a. (2001), Weichenstellung für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Bonn.
- Glaeske, Gerd u. a. (2002), GKV-Reform 2003. Reformen für die Zukunft. Umsetzung der Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik der Expertengruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung. o.O., (Bonn), August (unveröffentlichtes Manuskript).
- Green, Maria/Risse, Thomas (2001), Transforming Europe: Conclusions, In: Cowles, Maria/Caporaso, James/ Risse, Thomas, S. 217-237.
- Greß, Stefan (2002), Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV. Effekte und Perspektiven, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, H. 4, S. 490-497.
- Greß, Stefan u.a. (2002), Erfahrungen mit der freien Kassenwahl in Deutschland und in den Niederlanden, in: Sozialer Fortschritt, H. 4, S. 97-1001.

- Groser, Manfred (1992), Gemeinwohl und Ärzteinteressen. Die Politik des Hartmannbundes, in: Mayntz (Hrsg.), S. 162-210.
- Hänlein, Andreas/Kruse, Jürgen (2000), Einflüsse des Europäischen Wettbewerbsrecht auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 4, S. 165-176.
- Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland.
- Hartmann, Martin (2002), Widersprüche, Ambivalenzen, Paradoxien. Begriffliche Wandlungen in der neueren Gesellschaftstheorie, in: Honneth (2002b), S. 221-251.
- Hartwich, Hans-Hermann (Hrsg.) (1985), Policy-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen.
- Hassel, Anke (2000), Bündnisse für Arbeit: nationale Handlungsfähigkeit im europäischen Regimewettbewerb, in: Politische Vierteljahresschrift, H. 3, S. 498-524.
- Heberlein, Ingo (1998), Der Bundesausschuß als „kleiner Gesetzgeber“, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, H. 4, S. 143-153.
- Heberlein, Ingo, (1999), Paradigmenwechsel in der Krankenversicherung. Die neue Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen am Beispiel der UUB, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, H. 2, S. 123-155.
- Hein, Eckard/Truger, Achim (Hrsg.) (2002), Moderne Wirtschaftspolitik=Koordinierte Makropolitik. Argumente aus den WSI-Mitteilungen. Marburg.
- Heinze, Meinhard (2002). Konsequenzen der Rechtsprechung des EuGH für die Gesundheitsreform in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zentrum für Europäisches Wirtschaftsrecht, S. 110-138.
- Heise, Arne (2002), Währungsunion und Koordinierung. Gegenwärtige Mängel und künftige Erfordernisse in der Europäischen Union (EWU), in: Berliner Debatte Initial, H. 1, S. 88-96.
- Héritier, Adrienne (1993) (Hrsg.), Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung. Opladen.
- Hermann, Christopher (2003), Vom „Einheitlich und Gemeinsam“ zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. Prämissen und Strukturelemente einer Gesundheitsreform für die Berliner Republik, in: Gesundheit und Sozialpolitik, H. 5-6, S. 17-23.
- Hess, Rainer (KassKom-Hess 1998), Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung, in: Niesel, Klaus u.a. (1999), Kasseler Kommentar. Sozialversicherungsrecht. München.
- Hiddemann, Till (2001), Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als Rechtsnorm, in: Die BKK H. 4, S. 187-195.
- Hill, Hermann (2002), Zur „Methode der offenen Koordinierung“ in der Europäischen Union, in Sommermann, Karl-Peter (Hrsg.), Perspektiven der Verwaltungsforschung: Beiträge zur wissenschaftlichen Arbeitstagung aus Anlass des 25-jährigen Bestehens des Forschungsinstituts für öffentliche Verwaltung vom 8. bis 10. Oktober in Speyer. Berlin, S. 139-162.
- Hinrichs, Karl/Kitschelt, Herbert/Wiesenthal, Helmut (Hrsg.) (2000), Kontingenz und Krise. Institutionenpolitik in der kapitalistischen und postsozialistischen Gesellschaft. Frankfurt a. M., New York.

- Hirsch, Günter (2000), Einfluss der EG auf nationale Gesundheitssysteme, in: *Medizinrecht*, H. 12, S. 586-590.
- Hirsch, Joachim (1990), *Kapitalismus ohne Alternative? Materialistische Gesellschaftstheorie und Möglichkeiten einer sozialistischen Politik heute*. Hamburg.
- Hirsch, Joachim (1995), *Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus*. Amsterdam.
- Hirsch, Joachim/Roth, Roland (1985), *Das neue Gesicht des Kapitalismus. Vom Fordismus zum Postfordismus*. Hamburg.
- Hodson, Dermont/Maher, Imelda (2001), The Open Method as a New Mode of Governance: The Case of Soft Economic Policy Co-ordination, in: *Journal of Common Market Studies*, No. 4, S. 719-746.
- Höppner, Martin (2003), *Wer beherrscht die Unternehmen? Shareholder Value, Managerherrschaft und Mitbestimmung in Deutschland*. Frankfurt, a. M.
- Holland, Walter/Mossailos, Elias (Hrsg.) (1999), *Public Health Policies in the European Union*. Aldershot.
- Hollederer, Alfons (2003), Arbeitslos, Gesundheit los, chancenlos?, in: *IAB Kurzbericht*, Nr.4, vom 21.3.2003.
- Hombach, Bodo (1998), *Aufbruch. Die Politik der Neuen Mitte*. München.
- Honneth, Axel (2002a), Einleitung, in: Ders. (2002b), S. 7-12.
- Honneth, Axel (Hrsg.) (2002b), *Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*. Frankfurt a. M., New York.
- Hrbek, Rudolf (2001), Der Vertrag von Nizza. Eine weitere Etappe im europäischen Integrationsprozess, in: *Wirtschaftsdienst*, H. 1, S. 21-29.
- Huffschild, Jörg (1999), *Politische Ökonomie der Finanzmärkte*. Hamburg.
- Jachtenfuchs, Markus/ Kohler-Koch, Beate (Hrsg.) (1996), *Europäische Integration*. Opladen.
- Jacobs, Klaus/Schnellschmidt, Henner (2002), Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität. Konturen einer GKV-Finanzreform, in: *G+G Wissenschaft*, H. 3, S. 15-22.
- Jacobs, Klaus/Wasem, Jürgen (2003), *Weiterentwicklung einer leistungsfähigen und solidarischen Krankenversicherung unter den Rahmenbedingungen der europäischen Integration*. (Edition der Hans-Böckler-Stiftung 88). Düsseldorf.
- Jessop, Bob (1997a), Die Zukunft des Nationalstaates. Erosion oder Reorganisation? Grundsätzliche Überlegungen zu Westeuropa, in: Becker, Steffen/Sablowski, Thomas/Schumm, Wilhelm (Hrsg.), *Jenseits der Nationalökonomie. Weltwirtschaft und Nationalstaat zwischen Globalisierung und Regionalisierung*. Berlin, Hamburg, S. 50-95.
- Jessop, Bob (1997b), Twenty Years of the (Parisian) Regulation Approach: The Pradox of Success and Failure at Home and Abroad, in: *New Political Economy*, H. 3, S. 503-526.
- Jessop, Bob (2001), Kritischer Realismus, Marxismus und Regulation. Zu den Grundlagen der Regulationstheorie, in: Candeias/Deppe (2001), S. 16-40.
- Jung, Karl (1997), Interview mit Karl Jung über Aufgaben und geplante Tätigkeit, in: *DOK* 17-18, S. 565-569.

- Jung, Karl (1999), Gegenwind für den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Zwischenbilanz des Geleisteten, Auseinandersetzung mit den Widerständen und Aufzeigen von Veränderungsnotwendigkeiten, in: Die Krankenversicherung, H. 9, S. 252-262.
- Jung, Karl (2000a), Lässt der Gesetzgeber den Bundesausschuss im Regen stehen?, in: Forum für Gesellschaftspolitik. Januar, S. 5-13.
- Jung, Karl u.a. (2000c), Ansprüche der Versicherten präzisieren, in: Deutsches Ärzteblatt 97, H. 7, A-365-A370.
- Kaesbach, Wolfgang (2001), Arzneimittel – Festbeträge: Wende oder Ende?, in: Die BKK, H.4, S. 161-166.
- Kaltenborn, Markus (2000), Richtlinienggebung durch materielle Ersatzvornahme. Zur Aufsicht des Bundesministers für Gesundheit über die Bundesausschüsse der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen gemäß § 94 SGB V, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, H. 3, S. 249-271.
- Kantner, Cathleen (2002), Transnationale Öffentlichkeit und die Demokratiefähigkeit der Europäischen Union. Unveröffentlichte Dissertation. (Humboldt- Universität Berlin). Berlin.
- Kania, Helga/Blanke, Bernhard (2000): Von der „Korporatisierung“ zum Wettbewerb. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren, in: Czada, Roland/Wollmann, Hellmut (Hrsg.): Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit, Wiesbaden., S. 567-591.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997), Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt, a. M.
- Kaufmann, Franz-Xaver (2003), Varianten des Wohlfahrtsstaates. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich. Frankfurt, a. M.
- Kemmerling, Achim (2001), Die Messung des Sozialstaates. Beschäftigungspolitische Unterschiede zwischen Brutto- und Nettosozialleistungsquote. (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper FSI 01-201). Berlin.
- Klein, Thomas/Unger, Rainer (2001), Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, H.1, S. 96-110.
- Klose, Joachim/Schnellschmidt, Henner (2001), Finanzierung und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. Bonn.
- Koch, Thorsten (2001), Normsetzung durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen?, in: Sozialgerichtsbarkeit, H. 3, S. 109-116 und H. 4, S. 166-174.
- Kohl, Jürgen (2000), Der Sozialstaat: Die deutsche Version des Wohlfahrtsstaates – Überlegungen zu seiner typologischen Verortung, in: Leibfried/Wagschal (Hrsg.), S. 115-152.
- Kraus, Katrin/Geisen, Thomas (Hrsg.) (2001), Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven. Opladen.
- Kruse, Udo/Kruse, Silke (2002), Möglichkeiten und Grenzen der Kostendämpfungspolitik, in: Die Sozialversicherung, H. 5, S. 121-126 und H. 6, S. 149-154.

- Kühn, Hagen (1997), Gesundheitspolitik für den „Standort Deutschland“. Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 28, S. 15-32.
- Kühn, Hagen (1998), Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken, in: Sozialer Fortschritt, H. 3, S. 131-136.
- Kühn, Hagen (2001), Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper, P01-204). Berlin.
- Kunz Regina/Neumayer, Hans-H. (1998), Rationale Gesundheitsversorgung – Liefert Evidence-based Medicine die Antwort?, in: Arbeit und Sozialpolitik, H 1-2, S. 28-33.
- Langer, Rose (1999), Grenzüberschreitende Behandlungsleistungen – Reformbedarf für die Verordnung 1408/71, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, S. 537-542
- Lauterbach, Karl W./Wille, Eberhard (2000), Modelle eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Berücksichtigung von Morbidität über Wechslerkomponenten und Rückversicherung für Wechsler mit chronischen Erkrankungen als Komponente eines Sofortprogramms. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), des Verbandes der Arbeiterersatzkassen (AEK), des AOK Bundesverband (AOK-BV) und des IKK-Bundesverband (IKK-BV). o. O. (Köln, Mannheim). (Manuskript).
- Lauterbach, Karl W./Stock, Stephanie (2001), Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik. Unbeherrschbare Kostensteigerung durch Innovation und demographischen Wandel?. Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn. (Manuskript).
- Lehmbruch, Gerhard (2002), Der unitarische Bundesstaat in Deutschland: Pfadabhängigkeit und Wandel. MPIfG Discussion-Paper 02/2, Februar. Köln.
- Leibfried, Stephan (1996), Wohlfahrtsstaatliche Perspektiven der Europäischen Union: Auf dem Weg zur positiven Souveränitätsverflechtung?, in: Jachtenfuchs/Kohler-Koch (Hrsg.), S. 455-477.
- Leibfried, Stephan (2000), Nationaler Wohlfahrtsstaat, Europäische Union und „Globalisierung“. Erste Annäherungen, in: Allmendinger, Jutta/Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hrsg.), Soziologie des Sozialstaats. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen. Weinheim, München 2000, S. 79-108.
- Leibfried, Stephan/Pierson, Paul (1998a), Halbsouveräne Wohlfahrtsstaaten: Der Sozialstaat in der europäischen Mehrebenen-Politik, in: Leibfried/Pierson (Hrsg.), S. 58-99.
- Leibfried, Stephan/Pierson, Paul (Hrsg.) (1998b), Standort Europa. Sozialpolitik zwischen Nationalstaat und Europäischer Integration. Frankfurt/M.
- Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hrsg.) (2000), Der deutsche Sozialstaat. Bilanz-Reform-Perspektiven. Frankfurt/M., S. 427-438.
- Leidl, Reiner (2001), Konvergenz der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, H.6, S. 44-53.
- Lessenich, Stephan/Ostner, Ilona (Hrsg.) (1998), Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive. Frankfurt a. M., New York.

- Light, Donald. W. (2001), Cost containment and the backdraft of competition policies, in: *Internationale Journal of Health Services*, H.4, S. 681-708.
- Lipietz, Alain (1985), Akkumulation, Krisen und Auswege aus der Krise: einige methodische Überlegungen zum Begriff der „Regulation“, in: *Prokla*, H. 1, S. 109-137.
- Lipietz, Alain (1992), Vom Althusserismus zur „Theorie der Regulation“, in: Demirovic, Alex u.a. (Hrsg.), *Hegemonie und Staat*. Münster, S. 9-54.
- Lipietz, Alain (1998), *Nach dem Ende des goldenen Zeitalters. Regulation und Transformation kapitalistischer Gesellschaften*. Hamburg.
- Lojewski, Günter von (1989), Über unser Schicksal wird im Dunkeln entschieden, in: *Medical Tribune*, v. 2.6.1989, S. 50-52.
- Lüschen, Günther (2000), Europäische Gesundheitssysteme und das Integrationsproblem moderner Gesellschaften, in: *Gesundheitswesen*, Sonderheft 1, S. 13-21
- Luhmann, Niklas (1981), *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. München/Wien.
- Luhmann, Niklas (1983a), Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Herder-Dornreich, Phillip/Schuller, Alexander (Hrsg.), *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart u.a.
- Luhmann, Niklas (1983b), *Medizin und Gesellschaft*, in: *Medizin, Mensch und Gesellschaft*. 8, S. 168-175.
- Luhmann, Niklas (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt, a. M.
- Luhmann, Niklas (1988), *Politische Steuerung: Ein Diskussionsbeitrag*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, H. 1, S. 4-9.
- Luhmann, Niklas (1990), *Der medizinische Code*, in: Ders., *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen, S. 183-195.
- Luhmann, Niklas (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. 2 Bde. Frankfurt, a. M.
- Luhmann, Niklas (2000), *Die Politik der Gesellschaft*. Frankfurt, a. M.
- Lutz, Burkhard (1984), *Der kurze Traum immer während der Prosperität. Eine Neuinterpretation industriell-kapitalistischer Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts*. Frankfurt a. M., New York.
- Mahnkopf, Birgit (2000), Formel 1 der neuen Sozialdemokratie: Gerechtigkeit durch Ungleichheit. Zur Neuinterpretation der sozialen Frage im globalen Kapitalismus, in: *Prokla*, H. 4, S. 489-525.
- Manow-Borgwardt, Philip (1992), Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie?, *Das Beispiel der Festbeträge*, in: *Zeitschrift für Sozialreform* H. 7, S. 398-416.
- Manow, Philip (1994): *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß*, Frankfurt a. M./New York 1994.
- Mayer, Karl Ulrich (Hrsg.) (2001), *Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat. Eine Kontroverse*. Frankfurt, a. M.
- Mayntz, Renate (1988), Funktionale Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung, in: Mayntz u.a., S. 11-44. (wieder abgedr. in: Mayntz (1997), S. 38-69).

- Mayntz, Renate (1990), Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaft und Staatspraxis, H. 1, S. 283-307.
- Mayntz, Renate (1993), Policy – Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen, in: Héritier (Hrsg.), S. 39-56.
- Mayntz, Renate (1996), Politische Steuerung: Aufstieg, Niedergang und Transformation einer Theorie, in: von Beyme, Klaus/ Offe, Claus (Hrsg.), Politische Theorien in der Ära der Transformation. Opladen, S. 148-168). (wieder abgedr. in: Mayntz (1997), S. 263-292).
- Mayntz, Renate (1997), Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodische Überlegungen. Frankfurt, a. M./New York.
- Mayntz, Renate (2001), Zur Selektivität der steuerungstheoretischen Perspektive. MPIfG Working Paper 01/2, Mai. Köln.
- Mayntz, Renate (Hrsg.) (1992), Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh.
- Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd (1988), Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Mayntz u.a., S. 117-179.
- Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd/Schimank, Uwe/Stichweh, Rudolf (1988), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a. M.
- Mayntz, Renate/Scharpf Fritz W. (1995), Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Dies. (Hrsg.), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt a. M., New York, S. 39-72.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995a), Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: Mayntz/Scharpf (Hrsg.) (1995c), S. 9-38.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995b), Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz/Scharpf (Hrsg.) (1995c), S. 39-72.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.(Hrsg.) (1995c), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt a. M./New York.
- Mayntz, Renate/Streeck, Wolfgang (Hrsg.) (2003), Die Reformierbarkeit der Demokratie. Innovationen und Blockaden. Festschrift für Fritz W. Scharpf. Frankfurt, a. M.
- McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Eds.) (2002): The Impact of EU Law on Health Care Systems, Brussels.
- Merkel, Wolfgang (2000), Die Dritten Wege der Sozialdemokratie ins 21. Jahrhundert, in: Berliner Journal für Soziologie, 2/2000, S. 99-124.
- Mielck, Andreas (2000), Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern u. a.
- Minssen, Heiner (Hrsg.) (2000), Begrenzte Entgrenzung. Wandlung von Organisation und Arbeit. Berlin.
- Molina, Oscar/Rhodes, Martin (2002), Corporatism: The Past, Present, and Future of a Concept, in: Annual Review of Political Science, S. 305-331.
- Moran, Michael (1999), Governing the Health Care State: A comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany. Manchester.

- Müller, Joachim/Schneider, Werner (1999), Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwettbewerbs – empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 3-4, S. 20-39.
- Navarro, Vicente (1999), The Political Economy of the Welfare State in developed capitalist Countries, in: International Journal of Health Services, H. 1, S. 1-50.
- Neubauer, Günter (1997), Bundesausschuß - ein demokratisch nicht legitimierte Gremium, in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16, S. 12-13.
- Neumann, Volker (2002), Solidarische Wettbewerbsordnung statt Vertragsarztrecht? In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 11, S. 561-566.
- Niebuhr, Dea/Greß, Stefan/Rothgang, Heinz/Wasem, Jürgen (2003), Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. ZeS-Arbeitspapier Nr. 5. Bremen.
- Oberhauser, Alois (1996), Geknebelte Beschäftigungspolitik - Eine Folge der Maastricht-Kriterien, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, H. 2, S. 228-236.
- Obinger, Herbert/Wagschal, Uwe (2000), Der gezügelte Wohlfahrtsstaat. Sozialpolitik in reichen Industrienationen. Frankfurt, a. M.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (1995), New Directions in Health Care Policy. Paris.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (1999), OECD Health Data 1999. Paris.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (2002), OECD Health Data 2002. Paris.
- Ohndorf, Wolfgang (2002), Die "offene Koordinierung" als Handlungsinstrument auf Europäischer Ebene. Einführung,, in: Verband Deutsche Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/ Max-Planck-Institut für internationales und ausländisches Sozialrecht (Hrsg.), Offene Koordinierung der Alterssicherung in der Europäischen Union, (DRV-Schriften, Bd. 34), Frankfurt/M., S. 16-20.
- Olson, Mancur. (1982), The Rise and Decline of Nations. Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities. New Haven/London.
- Osterkamp, Riegmar (2001), Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen, in: ifo Schnelldienst, H. 10, S. 9-16.
- Pache, Eckhard (2001), Die europäische Grundrechtscharta - Ein Rückschritt für den Grundrechtsschutz in Europa?, in: Europarecht, H. 4, S. 475-494.
- Paffrath, Dieter/Reiners, Hartmut (1987), 10 Jahre Kostendämpfungspolitik. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse Nr. 13, S. 369ff.
- Pierson, Paul (1996), The New Politics of the Welfare State, in: World Politics 48, S. 143-179.
- Pierson, Paul (Hrsg.) (2001), The New Politics of the Welfare State. Oxford.
- Pierson, Paul/Leibfried, Stephan (1998a), Mehrebenen-Politik und die Entwicklung des „sozialen Europas“, in: Leibfried/Pierson, S. 11-57.

- Pierson, Paul/Leibfried, Stephan (1998b), Zur Dynamik sozialpolitischer Integration: Der Wohlfahrtsstaat in der europäischen Mehrebenen-Politik, in: Leibfried/Pierson, S. 422-463.
- Pitschas, Rainer (2002), Nationale Gesundheitsreform und europäische „Governance“ in der Gesundheitspolitik. Zur Verpflichtung der Gemeinschaftsstaaten auf solidarischen Wettbewerb durch „offene Koordination“, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, H. 2, S. 75-91.
- Platzer, Hans-Wolfgang (2002), Europäisierung und Transnationalisierung der Arbeitsbeziehungen in der EU, in: Internationale Politik und Gesellschaft, H. 2, S. 103-121.
- Prange, Paul (1956), Die Ausschüsse für Ärzte und Krankenkassen, in: Bundesarbeitsblatt, H. 5, S. 248-250.
- Priewe, Jan (1997), Verschuldungsregeln in der Europäischen Union, in: WSI Mitteilungen H. 6, S.365-373.
- Reiners, Hartmut (1993), Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Veröffentlichung der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P93-210. Berlin.
- Rhodes, Martin (1998), Globalisation, Labour Markets and Welfare States: A Future of „Competitive Corporatism“?, in: Rhodes, Martin/Mèny, Yves (Hrsg.), The Future of European Welfare: A New social Contract? London, S. 178-203.
- Rhodes, Martin (2001), The political Economy of social Pacts: “Competitive Corporatism” and European Welfare State Reform, in: Pierson, Paul (Hrsg.), The New Politics of the Welfare State. Oxford, S. 165-196.
- Rhodes, Martin/ Mèny, Yves (Hrsg.) (1998), The Future of European Welfare: A New social Contract?. London.
- Rieger, Elmar (2002), Die sozialpolitische Gegenreformation. Eine kritische Analyse der Wirtschafts- und Sozialpolitik seit 1998, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 46-47, S 3- 12.
- Rieger, Elmar/Leibfried, Stephan (2001), Grundlagen der Globalisierung. Perspektiven des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt a. M.
- Risse, Thomas (2002), Zur Debatte um die (Nicht-)Existenz einer europäischen Öffentlichkeit. Was wir wissen, und wie es zu interpretieren ist, in: Berliner Debatte Initial, H. 5/6, S. 15-23.
- Risse, Thomas/Cowles, Maria Green/Caporaso, James (2001), Europeanization and Domestic Change: Introduction, in: Cowles/Caporaso/Risse, S. 1-20.
- Ritter, Ernst-Hasso (1990), Das Recht als Steuerungsmedium im kooperativen Staat, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, H. 1, S. 50-88.
- Rosenbrock, Rolf (1999): Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P99-205), Berlin.
- Rosenbrock, Rolf (2001), Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV, in: Die BKK, H. 1, S. 22-27.

- Rosenbrock, Rolf (2002a), Eine Entgegnung auf die „Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik“, in: Dr. med. Mabuse, Juli/August, S. 32-35.
- Rosenbrock, Rolf (2002b): Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktwirtschaft überleben?, in: Deppe/ Burkhardt, S. 24-35.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2003), Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern (i. E.).
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990), Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M., New York.
- Rosian, Ingrid u. a. (2001), Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union. Wien.
- Rosian, Ingrid (2002), Rezepte zur Kostendämpfung bei Arzneimittel, in: G+G-Wissenschaft. April, S. 22-31.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (1996), Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. I. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (1997), Sondergutachten 1997. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2001a): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation. Bd. I, (Bundestags-Drucksache 14/5660).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2001b): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Qualitätssicherung in Medizin und Pflege. Bd. II, (Bundestags-Drucksache 14/5661).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2001c): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Unter-, Über- Fehlvorsorgung. Bd. III, (Bundestags-Drucksache 14/6871).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2002): Ergänzung zum Gutachten 2000/2001. Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). (Bundestags-Drucksache 14/8205).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Jahresgutachten 2003. o. O. (<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de>).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SRW) (2000), Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. Jahresgutachten 2000/2001 o. O. (<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de>).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SRW) (2001), Für Stetigkeit - gegen Aktionismus. Jahresgutachten 2001/2002. o. O. (<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de>).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SRW) (2002), Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003 o. O. (<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/>).

- Saltmann, Richard B. (2002), Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems, in: *Social Science & Medicine*, 54, S. 1677-1684.
- Sauerland, Dirk (2002), Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven. Gütersloh.
- Scharpf, Fritz W. (1985), Die Politikverflechtungs-Falle. Europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich, in: *Politische Vierteljahresschrift*, H. 4, S. 323-356.
- Scharpf, Fritz W. (1988), Politische Steuerung und politische Institutionen, in: *Politische Vierteljahresschrift*, H. 1, S. 10-21.
- Scharpf, Fritz W. (1991), Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts, in: *Politische Vierteljahresschrift* H. 4., S. 621-634.
- Scharpf, Fritz W. (1994), Autonomieschonend und gemeinschaftsverträglich: Zur Logik einer europäischen Mehrebenen-Politik, in: ders., *Optionen des Föderalismus in Deutschland und Europa*. Frankfurt a. M., New York, S. 131-155.
- Scharpf, Fritz W. (1999), *Regieren in Europa. Effektiv und demokratisch?*. Frankfurt a. M., New York.
- Scharpf, Fritz W. (2000), *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen.
- Scharpf, Fritz W. (2002a), *The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity*. MPIfG Working Paper 02/8.
- Scharpf, Fritz W. (2002b), *Regieren im europäischen Mehrebenensystem – Ansätze zu einer Theorie*, in: *Leviathan*, H. 1, S 65-92.
- Schettkat, Ronald (2001), *Beschäftigungsentwicklung im internationalen Vergleich: Eine Renaissance der europäischen Wohlfahrtsstaaten?*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, H. 4, S. 310-339.
- Schimank, Uwe (1996), *Theorien gesellschaftlicher Differenzierung*. Opladen.
- Schimank, Uwe (2000), *Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurstheoretische Soziologie*. Weinheim, München.
- Schimmelpfeng-Schütte, Ruth (1999), *Richtlinienggebung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und demokratische Legitimation*, in: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* H. 11, S. 530-537.
- Schmid, Joseph (2002), *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme*. Opladen.
- Schmid, Josef (2003), *Wirtschafts- und Sozialpolitik: Lernen und Nicht-Lernen von den Nachbarn*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B. 18-19, S. 32-38.
- Schmidt, Manfred G. (1998), *Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich*. Opladen.
- Schmidt, Manfred G. (1999a), *Die Gesundheitsausgaben und die Staatsquote. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder*, in: Häfner, Heinz (Hrsg.), *Gesundheit - unser höchstes Gut?*. Berlin u. a., S. 287-326
- Schmidt, Manfred G. (1999b), *Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, H. 2, S. 229-245.

- Schmidt, Manfred G. (2001b), Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil. Opladen.
- Schmidt, Susanne K. (2001), Die Einflussmöglichkeiten der Europäischen Kommission auf die europäische Politik, in: Politische Vierteljahresschrift, H. 2, S. 173-192.
- Schmidt, Susanne K. (2002), Die Folgen der europäischen Integration für die Bundesrepublik Deutschland: Wandel durch Verflechtung. MPIfG Discussion Paper 02/4, Mai. Köln.
- Schmidt, Vivien A. (2003), The Boundaries of "Bounded Generalizations": Discourse as the Missing Factor in Actor-Centered Institutionalism, in: Mayntz/Streeck (Hrsg.), S. 318-350.
- Schmitter, C. Phillippe/Grote, Jürgen R. (1997), Der korporatistische Sisyphus: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, in: Politische Vierteljahresschrift, H. 3, S. 530-554.
- Schmitthenner, Horst/Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.) (1999), Sozialstaat als Reformprojekt. Optionen für eine andere Republik. Hamburg.
- Schneider, Markus u. a. (1998), Gesundheitssysteme in internationalen Vergleich: Übersichten 1997. Augsburg.
- Schneider, Markus (1999), Gesundheitssysteme in internationalen Vergleich: Trends und Strukturen, in: Häfner, Heinz (Hrsg.), Gesund - Unser höchstes Gut?. Berlin u. a., S. 205-223.
- Schneider, Markus (2002), Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsstatistik in der Europäischen Union. Stand und Perspektiven im Hinblick auf die „offene Methode der Koordinierung“, in: G+G-Wissenschaft H.2, S. 15-21.
- Schneider, Markus/Hofmann, Uwe/Jumel, Séverine/Köse, Aynur (2002), Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU. Augsburg.
- Schneider, Sven (2003), Schichtzugehörigkeit und Mortalität in der BRD: Empirische Überprüfung und theoretische Erklärungsansätze, in: Sozialer Fortschritt, H. 3, S. 64-73.
- Schöllkopf, Martin/Stapf-Finé, Heinz (2002), Deutsche Hospitäler besser als ihr Ruf, in: Soziale Sicherheit, H. 12, S. 402-411.
- Schröder, Gerhard/Blair, Tony (1999), Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokratie, abgedr. in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 7, S. 887-896.
- Schubert, Klaus (1990), Politikfeldanalyse. Eine Einführung. Opladen.
- Schubert, Klaus/Bandelow, Nils C. (2003), Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München, Wien, Oldenbourg.
- Graf von der Schulenburg, Matthias/Greiner, Wolfgang (2000), Gesundheitsökonomik. Tübingen.
- Schulte, Bernd (1990), „Konvergenz“ statt „Harmonie“ – Perspektiven europäischer Sozialpolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 3, S. 273-298.
- Schulte, Bernd (2001), Europäische Integration und sozialer Schutz, in: Kraus/Geisen(Hrsg.), S. 284-303.
- Schulte, Bernd (2001/2002), Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 7-8, S. 36-49 (Teil 1) und H.1-2, S. 43-57 (Teil 2).

- Schulte, Bernd (2002), Die „Methode der offenen Koordinierung“. Eine politische Strategie in der europäischen Sozialpolitik auch für den Bereich des sozialen Schutzes, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 1, S. 1-28.
- Schulten, Thorsten (1998), Tarifpolitik unter den Bedingungen der Europäischen Währungsunion, in: WSI Mitteilungen H. 7, S. 482-493.
- Schulten, Thorsten (2000), Zwischen nationalem Wettbewerbskorporatismus und symbolischem Euro-Korporatismus – zur Einbindung der Gewerkschaften in die neoliberale Restrukturierung, in: Bieling/Steinilber (Hrsg.), S. 222-242.
- Schulz-Weidner, Wolfgang (2002), Offene Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme in der Europäischen Union. Statement auf dem VDR Pressekontaktseminar 2002. (Manuskript).
- Schwarz, Friedrich Wilhelm/Jung, Karl (2000), Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, H. 4, S. 70-75.
- Schwerdtfeger, Gunther (1998), Die Leistungsansprüche der Versicherten im Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V (Teil 1 und 2), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 2, S. 49-53 und H. 3, S. 98-103.
- Seehofer, Horst (1997), Die zwei Säulen der Partnerschaft sinnvoll nutzen, in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16, S. 3-6.
- Seeleib-Kaiser, Martin (2001), Globalisierung und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Diskurse und Wohlfahrtssysteme in Deutschland, Japan und den USA. Frankfurt, a.M.
- Siegel, Nico A. (2002), Baustelle Sozialpolitik. Konsolidierung und Rückbau im internationalen Vergleich. Frankfurt, a.M.
- Simon, Michael (2000), Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Opladen/Wiesbaden.
- Simon, Michael (2001), Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-205). Berlin.
- Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung (2002), Zur offenen Methode der Koordinierung im Bereich der Sozialversicherung. Positionspapier, vorgelegt im Mai 2002, Brüssel (Manuskript).
- Stegmüller, Klaus (1996), Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt/M.
- Streeck, Wolfgang (Hrsg.) (1994a), Staat und Verbände. (Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 25/1994). Opladen.
- Streeck, Wolfgang (1994b), Staat und Verbände. Neue Fragen. Neue Antworten?, in: Streeck (Hrsg.) (1994a), S. 7-34.
- Streeck, Wolfgang (1998), Vom Binnenmarkt zum Bundesstaat? Überlegungen zur politischen Ökonomie der europäischen Sozialpolitik, in: Leibfried/Pierson, S. 369-421.
- Streeck, Wolfgang (1999), Korporatismus in Deutschland. Zwischen Nationalstaat und Europäischer Union. Frankfurt, a. M.

- Streeck, Wolfgang (2000), Competitive Solidarity: Rethinking the „European Social Model“, in: Hinrichs/Kitschelt/Wiesenthal (Hrsg.), S. 245-261.
- Streeck, Wolfgang (2001), Wohlfahrtsstaat und Markt als moralische Einrichtungen: Ein Kommentar, in: Mayer, Karl Ulrich (Hrsg.), Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat. Eine Kontroverse. Frankfurt a. M., S. 135-167.
- Süllow, Bernd (1982), Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Europäische Hochschulschriften: Reihe 31, Politikwissenschaft, Bd. 38, Frankfurt a. M./ Bern.
- Szulanski, Gabriel/Winter, Sidney (2002), Best-Practice – nicht immer übertragbar, in: Harvard Business Manager, H. 4, S. 44-53.
- Tálos, Emmrich (1998) (Hrsg.), Soziale Sicherheit im Wandel. Österreich und seine Nachbarn. Ein Vergleich. Wien, Köln, Weimar.
- Techniker Krankenkasse/Siemens - Betriebskrankenkasse (o. J., 1999), Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hamburg, München.
- Terwey, Franz (2003), Sozialversicherung und Europäische Integration, in: Deutsche Rentenversicherung, H. 6-7, S. 320-331.
- Therborn, Göran/Roebroek, Joop (1986), The Irreversible Welfare State: it's recent maturation, it's encounter with economic crises, and it's future prospects, in: International Journal of Health Services, H. 3, S. 319-338.
- Turner, Paul W./Kotzian, Peter (2001), Comparative Health Care Systems. Outline for an empirical application of New Institutional Economy approaches. Paper to ECPR meeting. April 2001. Grenoble.
- Tidow, Stefan (1998), Europäische Beschäftigungspolitik. Die Entstehung eines neuen Politikfeldes: Ursachen, Hintergründe und Verlauf des politischen Prozesses. (FEG-Arbeitspapier Nr. 18). Marburg.
- Tidow, Stefan (1999), Benchmarking als Leitidee. Zum Verlust des Politischen in der europäischen Perspektive, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 3, S. 301-309.
- Toft, Christian (1999), Deutsche Sozialpolitik und Sozialpolitikanalyse am Scheideweg, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 1, S. 82-92.
- Toft, Christian (2003), Einführung: Die internationale Debatte um den Umbau und die Reform des Wohlfahrtsstaates, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 1, S. 1-25.
- Traxler, Franz (1993), Vom Nachfrage- zum Angebotskorporatismus?, in: Talos, E. (Hrsg.), Sozialpartnerschaft: Kontinuitäten und Wandel eines Modells. Wien, S. 103-116.
- Traxler, Franz (2000), Nationale Pakte im internationalen Vergleich, in: WSI Mitteilungen H. 7, S. 411-418.
- Traxler, Franz (2001), Die Metamorphose des Korporatismus: Vom klassischen zum schlanken Muster, in: Politische Vierteljahresschrift, H. 4, S. 590-623.
- Ullrich, Carsten G. (2000): Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M./New York.
- Urban, Hans-Jürgen (1998a), Ein neues „Bündnis für Arbeit“? Über Interessenlagen und Verhandlungsstrategien in einem neokorporatistischen Beschäftigungspakt, in: Zeitschrift für Sozialreform H. 9, S. 613- 637.

- Urban, Hans-Jürgen (1998b), Währungsunion und politische Wohlfahrtsproduktion. Anmerkungen zu den Auswirkungen des Euro auf die sozialen Sicherungssysteme aus gewerkschaftlicher Sicht, in: Sozialer Fortschritt, H. 11, S. 265 –272.
- Urban, Hans-Jürgen (1999), Reformoptionen im Sozialstaat. Über die Perspektiven des sozial regulierten Kapitalismus, in: Schmitthenner/Urban, S. 11-59.
- Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2000), Beschäftigungsbündnis oder Standortpakt? Das „Bündnis für Arbeit“ auf dem Prüfstand. Hamburg.
- Urban, Hans-Jürgen (2001), Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206). Berlin.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/Max-Planck-Institut für internationales und ausländisches Sozialrecht (Hrsg.) (2002), Offene Koordinierung der Alterssicherung in der Europäischen Union, (DRV-Schriften, Bd. 34). Frankfurt/M.
- Vogd, Werner (2002), Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und akteurstheoretischer Perspektive, in: Zeitschrift für Soziologie, H. 4, S. 294-315.
- Wanek, Volker/Heinrich, Siegfried/Chawet (2002), Alfons, Gesundheitspolitik zur Verringerung der „sozialbedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen“, in: Deppe/Burkhardt, S. 159-170.
- Wasem, Jürgen (1997): Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland, Frankfurt a.M./New York.
- Wasem, Jürgen (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Neuss.
- Wasem, Jürgen (1998), Im Schatten des GSG: Gesundheitspolitik in der 13. Wahlperiode des Deutschen Bundestags – eine (vorläufige) Bilanz, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 7-8, S. 18-30.
- Wasem, Jürgen (2000), Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung?, in: Leibfried/ Wagschal (Hrsg.), S. 427-438.
- Webber, Douglas (1988), Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland, in: Leviathan, H. 2, S. 156-203.
- Webber, Douglas (1989), Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – Teil II: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby, in: Leviathan, H. 2, S. 262-300.
- Webber, Douglas (1992), Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Mayntz (Hrsg.), S. 211-272.
- WHO (World Health Organization) (2000), The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. France.
- Wiesenthal, Helmut (1981), Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus. Frankfurt, a. M./New York.

- Wiesenthal, Helmut (2003), Beyond Incrementalism: Sozialpolitische Basisinnovationen im Lichte der politiktheoretischen Skepsis, in: Mayntz/Streeck (Hrsg.), S. 31-70.
- Wigge, Peter (1999), Das Entscheidungsmonopol des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen für Arzneimittel und neue medizinische Verfahren, in: Medizinrecht, H. 11, S. 524-529.
- Wigge, Peter (2000), Evidenz-basierte Richtlinien und Leitlinien. Qualitätssicherungs- und Steuerungsinstrumente in der GKV?, Medizinrecht H. 12, S. 574-585.
- Wilke, Helmut (1992), Ironie des Staates. Grundlagen einer Staatstheorie polyzentrischer Gesellschaften. Frankfurt a. M.
- Wille, Eberhard (2002), Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: G+G Wissenschaft, H.3, S. 7-14.
- Winkelhake, Olaf/Miegel, Ulrich/Thormeier, Klaus (2002), Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, in: Sozialer Fortschritt, H. 3, S. 58-61.
- Zeuschwitz, Friedrich von (1990), Verfassungswidrige Richtlinienkompetenz der Bundesausschüsse der Ärzte und Zahnärzte nach dem SGB V, in: Köhler, Gerhard/Heinze, Meinhard/ Schnapp, Jan (Hrsg.), Geschichtliche Rechtswissenschaft. Festgabe für Alfred Söllner zum 60.Geburtstag am 5.2.1990. Gießen, S. 645-655.
- Ziltener, Patrick (1999), Strukturwandel der europäischen Integration: die Europäische Union und die Veränderung von Staatlichkeit. Münster.
- Ziltener, Patrick (2000), Die Veränderung von Staatlichkeit in Europa. Regulations- und staatstheoretische Überlegungen, in: Bieling/Steinhilber (Hrsg.), S. 73-101.
- Zentrum für Europäisches Wirtschaftsrecht (Hrsg.) (2002), Gesundheitswesen in Europa - von Kohl/Decker bis Gerats-Smits. (14. Bonner Europasymposium). Bonn.
- Zipperer, Manfred (2000), Schwierige Umsetzung. Der Koordinierungsausschuss als neues Element der sozialen Selbstverwaltung, in: Forum für Gesellschaftspolitik, H. 10, S. 249-255.
- Zöllner, Detlev (1992), Beitragssatzstabilität. Eignung, Bedingungen und künftige Entwicklung, in: Sozialer Fortschritt H. 1, S. 58-61.
- Zok, Klaus (2002), Die Erwartungen der Versicherten an die gesetzliche Krankenversicherung. Bevölkerungsumfragen zum Versicherungsverständnis bei GKV-Mitgliedern, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 3-4. S. 29-35.
- Zürn, Michael (1992), Interessen und Institutionen in der internationalen Politik. Grundlegung und Anwendungen des situationsstrukturellen Ansatzes. Opladen.